

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MİMARLIK ANABİLİM DALI**

**KAYSERİ ÖRNEKLERİ BAĞLAMINDA İLK
BASAMAK SAĞLIK YAPILARININ TASARIM
İLKELERİ ÜZERİNE BİR İNCELEME**

**Hazırlayan
Sevgi DURSUN**

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Murat Çağlar BAYDOĞAN**

Yüksek Lisans Tezi

**Mart 2021
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MİMARLIK ANABİLİM DALI**

**KAYSERİ ÖRNEKLERİ BAĞLAMINDA İLK
BASAMAK SAĞLIK YAPILARININ TASARIM
İLKELERİ ÜZERİNE BİR İNCELEME
(Yüksek Lisans Tezi)**

**Hazırlayan
Sevgi DURSUN**

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Murat Çağlar BAYDOĞAN**

**Mart 2021
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Sevgi DURSUN

İmza

YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI

“Kayseri Örnekleri Bağlamında İlk Basamak Sağlık Yapılarının Tasarım İlkeleri Üzerine Bir İnceleme” adlı Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Hazırlayan

Sevgi DURSUN

Danışman

Dr. Öğretim Üyesi Murat Çağlar BAYDOĞAN

Mimarlık ABD Başkanı

Doç. Dr. Zübeyde Özlem PARLAK BİÇER

Dr. Öğretim Üyesi Murat Çağlar BAYDOĞAN danışmanlığında **Sevgi DURSUN** tarafından hazırlanan “**Kayseri Örnekleri Bağlamında İlk Basamak Sağlık Yapılarının Tasarım İlkeleri Üzerine Bir İnceleme**” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü **Mimarlık** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Gün / Ay / Yıl

JÜRİ:

Danışman : Dr. Öğretim Üyesi Murat Çağlar BAYDOĞAN

Üye : Dr. Öğretim Üyesi Halil Sencer ERKMAN

Üye : Dr. Öğretim Üyesi Fatih KİRAZ

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih vesayılı kararı ile onaylanmıştır.

..... / /

Prof. Dr. Mehmet AKKURT

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam süresince gerekli bütün yardım, tavsiye ve yönlendirmeleri yapan; düşünce, yorum ve tecrübeleriyle bana yol gösteren değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Murat Çağlar BAYDOĞAN' a;

Çalışma sürecimdeki fikir ve destekleri için tez izleme komitem, Dr. Öğr. Üyesi H. Sencer ERKMAN ve Dr. Öğr. Üyesi Fatih KİRAZ' a;

Anket çalışmalarında bilgisini ve yardımını esirgemeyen babam Prof. Dr. YUNUS DURSUN'a; sevgileri ve destekleri ile her zaman yanımda olan aileme ve yardımı dokunan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Sevgi Dursun

Mart 2021, KAYSERİ

KAYSERİ ÖRNEKLERİ BAĞLAMINDA İLK BASAMAK SAĞLIK YAPILARININ TASARIM İLKELERİ ÜZERİNE BİR İNCELEME

Sevgi DURSUN

Erciyes Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Tezi, Mart 2021

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Murat Çağlar BAYDOĞAN

ÖZET

Bedenen, ruhen ve sosyal tam bir iyilik hali olarak tanımlanan sağlığın, sürdürülebilir olması için sağlık hizmetlerinin etkin sunumunun yapıldığı mekanlara ihtiyaç duyulmaktadır. İlk aşamadaki tanı, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verildiği birinci basamak sağlık kuruluşlarından aile sağlığı merkezlerinin mekan niteliğini belirleyen tasarım kriterleri çalışma konusunu belirlemiştir.

Yapılan tez çalışmasında öncelikle sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili kavramsal tanımlara yer verilmiş, Türkiye sağlık sektörünün tarihsel gelişimi cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar araştırılmış ve sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması yapılmıştır. Hükümetlerin sağlık politikalarına göre oluşan sağlık sektöründeki değişimlerin, sağlık hizmetlerinin sunulduğu mekanları da etkilediği anlaşılmıştır.

Günümüzdeki sağlık yapıları tasarım kriterleri, uyulması gerekli olan yasa ve yönetmelikler ile dünyada son yıllarda sağlık alanında benimsenen iyileştiren mekanlar ve hasta odaklı tasarım yaklaşımı irdelenmiştir. Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu için, sunulan mekanların sürekli etkileşim halinde oldukları kullanıcıları üzerindeki etkileri daha da önem kazanmaktadır.

Aile sağlığı merkezlerinin tasarım kriterleri incelendiğinde; asgari fiziki şartların detaylı ve yeterli olmadığı, mimari tasarım kriterlerinin sadece asgari mekan büyüklüğüne indirgendiği bir yaklaşımın benimsendiği anlaşılmıştır. Asgari şartlarda aranmayan, fakat sağlık yapıları tasarım kriterlerine göre, olması gerekli mekansal ölçütler ortaya konmuştur. Türkiye'deki aile sağlığı merkezi yapıları üretme biçimleri araştırıldıktan sonra, Dünya'dan ve Türkiye'den küçük ölçekli sağlık yapılarına ilişkin örneklerle yer verilmiştir.

Alan çalışması kapsamında Kayseri kenti merkez ilçelerinde bulunan birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği aile sağlığı merkezlerinin konumları, sayıları ve dağılımları incelenmiştir. Seçilen aile sağlığı merkezleri, oluşturulan değerlendirme kriterlerine göre incelenmiştir. Aile sağlığı merkezi kullanıcılarından birisi olan hastalar tarafından nasıl algılandığını anlamak, mekan kalitesi bağlamında memnuniyet oranlarının değerlendirilmesi amacıyla anket çalışması yapılmıştır. Söz konusu küçük ölçekli bu sağlık yapılarının çoğu tip projelerden elde edildiği için bağlamla ilişkisi olmayan, hastalıklı yapılar olarak üretildiği saptanmıştır. Yalnızca fiziksel olanın düşünüldüğü, kullanıcılarının psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının göz ardı edildiği sağlık yapılarının, iyileşme mekanları bağlamında yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen tüm bulgulara dayanarak toplumun tamamını ilgilendiren aile sağlık merkezi yapılarının, gelecekte iyileşmeye katkı sağlayan daha nitelikli yapılar haline gelmesi ve tasarım kriterlerine girdi sağlamak amacıyla öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Küçük ölçekli sağlık yapıları, birinci basamak sağlık kuruluşları, aile sağlık merkezi, tasarım kriteri, Kayseri

A RESEARCH ON THE DESIGN PRINCIPLES OF PRIMARY HEALTH CARE FACILITIES IN THE CONTEXT OF THE EXAMPLES IN KAYSERİ

Sevgi DURSUN

Erciyes University, Graduate School of Natural and Applied Sciences

Master Thesis, March 2021

Supervisor: Dr. Murat Çağlar BAYDOĞAN

ABSTRACT

The places, where effective health services are provided, are needed for a sustainable health, which is defined to be a complete well-being in physical, psychological and social respects. This study was carried out on the design criteria of the places of the family health centres, primary healthcare institutions where diagnosis, therapeutic and rehabilitation services as well as preventive health services in the first stage are provided.

In this thesis study, conceptual definitions related to health and health services were initially provided, the historical development of the health sector in Turkey was investigated from the foundation of the Republic until present, and health services were classified. It was concluded that the changes in the health sector due to the health policies of governments affected the places where health services were provided.

Current design criteria of health buildings, laws and regulations to be followed and healing places and patient-oriented design approach applied in the field of health in the world in recent years were investigated. For providing health services effectively, the effects of the places, where health services are provided, on the users with whom they have a continuous interaction gradually become more important.

When examining the design criteria of the family health centres, it was concluded that that the minimum physical conditions were not detailed and adequate, and an approach adopting to reduce architectural design criteria only to the minimum place size was accepted. The spatial criteria, not required under minimum conditions, but must be provided in accordance with the design criteria of health buildings, were discussed. After investigating the types of constructing family health centres in Turkey, small-scale health buildings in the world and Turkey were exemplified.

The locations, numbers and distributions of the family health centres, where primary health care services are provided, in the city centre of Kayseri were investigated under the field study. The selected family health centres were examined in accordance with the evaluation criteria. In addition, a questionnaire study was carried out in order to understand how patients, a group of the family health centre users, perceived family health centres and to evaluate their satisfaction rates regarding place quality. Most of these small-scale health buildings were found to be unhealthy structures irrelevant of their nature. It was concluded that health buildings, where only physical properties were considered by ignoring the psychological and social needs of their users, were inadequate in terms of providing services as healing places. Based on all findings obtained, suggestions were provided in order to make the family health centre buildings, relating to the whole society, more qualified structures that contribute to the healing of patients in the future and to provide input for their design criteria.

Key Words: Small scale health structures, primary health care facilities, community health center, design criteria, Kayseri

İÇİNDEKİLER

KAYSERİ ÖRNEKLERİ BAĞLAMINDA İLK BASAMAK SAĞLIK YAPILARININ TASARIM İLKELERİ ÜZERİNE BİR İNCELEME

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI	ii
KABUL ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR	xiii
TABLOLAR LİSTESİ	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xviii

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Hipotez - Problem Tanımı	3
1.2. Çalışmanın Amacı, Kapsamı ve Önemi	3
1.3. Çalışmada İzlenen Yöntem	4

2. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE SINIFLANDIRILMASI

2.1. Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluşundan Günümüze Türk Sağlık Politikaları	6
2.1.1. 1920-1938 Dönemi	8
2.1.2. 1938-1960 Dönemi	12
2.1.3. 1960-1980 Dönemi	14

2.1.4. 1980-2003 Dönemi	18
2.1.5. 2003'ten Günümüze Sağlık Politikaları	23
2.1.6. Bölüm Sonucu	27
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	28
2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	31
2.2.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	32
2.2.1.2. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	32
2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	32
2.2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	32
2.2.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	35
2.2.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	36
2.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	36
2.2.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon	36
2.2.3.2. Sosyal Rehabilitasyon.....	36

3. BÖLÜM

SAĞLIK YAPILARI TASARIM KRİTERLERİ

3.1. Yerleşim ve Çevre	40
3.2. Mekansal Özellikler	43
3.2.1. Erişebilirlik	46
3.2.2. Aydınlatma, Havalandırma ve Gürültü	53
3.2.3. Malzeme Seçimi	55
3.3. Yasa ve Yönetmelikler Çerçevesinde Tasarım	56
3.4. Sağlık Yapıları Tasarımında Yeni Yaklaşımlar.....	60
3.4.1. Hasta Odaklı Tasarım.....	60
3.4.2. İyileştiren Mekanlar	62
3.5. Aile Sağlık Merkezleri Tasarım Kriterleri ve Mimari Özellikler	69
3.5.1. Mekansal Kriterler	70
3.5.1.1. Alan Seçimi ve Yerleşim.....	78

3.5.1.2. Mekansal İlişkiler	74
3.5.1.3. Malzeme Seçimi ve Kullanımı	77
3.5.2. Değerlendirme Kriterleri.....	78
3.5.2.1. Mekansal Gereklilikler.....	79
3.5.3. Türkiye'de'ki Aile Sağlığı Merkezi Yapıları Tasarım Biçimleri	84
3.6. Dünyadan Örnekler	85
3.7. Türkiye'den Örnekler.....	104
3.8. Bölüm Sonucu.....	108

4. BÖLÜM

KAYSERİ ÖZELİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ

4.1. Sayı, Nitelik ve Konum Bilgileri	116
4.2. Alan Çalışması.....	119
4.2.1. Bölüm Sonucu	150
4.3. Anket Çalışması.....	154
4.3.1. Araştırmanın Sınırlamaları.....	155
4.3.2. Araştırma Yöntemi.....	155
4.3.3. Bulgular	156
4.3.3.1. Cevaplayıcıların Özellikleri	156
4.3.3.2. Cevaplayıcıların Yapının Algılanışına İlişkin Değerlendirmeleri	157
4.3.3.3. Cevaplayıcıların Yapının Erişim, Ulaşım ve İç Mekan Düzenlemesine İlişkin Değerlendirmeleri.....	159
4.3.3.4. Cevaplayıcıların Ortak Alanlara ve Dış Mekan Düzenlemesine İlişkin Değerlendirmeleri	161
4.3.3.5. Cevaplayıcı Özelliklerine Göre Algılama Farklılıklarının Analizi	163
4.3.4. Bölüm Sonucu	169

5. BÖLÜM

SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER	171
KAYNAKÇA	177
EKLER.....	187
Ek 1. Kocasinan Belediyesi Aile Sağlığı Merkezlerinin Konumları	188
Ek 2. Melikgazi Belediyesi Aile Sağlığı Merkezlerinin Konumları	189
Ek 3. Talas Belediyesi Aile Sağlığı Merkezlerinin Konumları.....	190
Ek 4. Anket.....	191
ÖZGEÇMİŞ.....	195

KISALTMALAR

A.Ü	: Ankara Üniversitesi
AÇS	: Ana-çocuk Sağlığı
AHB	: Aile Hekimliği Birimi
AHB	: Aile Hekimliği Birimi
ANOVA	: Analysis Of Variance
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BAĞ-KUR	: Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
ÇEKÜS	: Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DR	: Doktor
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DTHF	: Desmond Tutu HIV Vakfı
HFA	: Health For All
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
İSG	: İş Sağlığı ve Güvenliği
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
LCD	: Liquid Crystal Display
LED	: Light Emitting Diode
PHOS	: Platform Handicap & Ontwikkelingssamenwerking
PVC	: Poly Vinyl Chloride
SB	: Sağlık Bakanlığı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHM	: Sağlıklı Hayat Merkezi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SSYB	: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
T.C	: Türkiye Cumhuriyeti
Tb	: Tüberküloz

TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
Vb	: Ve Benzeri
Vd	: Ve Diğerleri



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.	Türkiye’de Sağlık İnsan Gücü Ve Sağlık Tesisleri.....	19
Tablo 2.	Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları	33
Tablo 3.	Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler.....	34
Tablo 4.	Sağlık Tesisleri Asgari Alan Büyüklüğü	41
Tablo 5.	Kayıtlı Olan Özürlü Bireylerin Özur Türlerine Göre, Sağlık Hizmetlerinden Yararlanırken Karşılaştıkları Sorunlar, 2010 [$15 \geq$ yaş - age].....	47
Tablo 6.	Aile Sağlığı Merkezi Gideri Olarak Yapılacak Katkıların Tespitinde Kullanılmak Üzere Aile Hekimliği Birimi Gruplandırması.....	72
Tablo 7.	Hekimlik ASM Asgari Standart Tablosu –I.....	73
Tablo 8.	Hekimlik ASM Asgari Standart Tablosu –II [69].....	73
Tablo 9.	TÜİK İllere Göre Mutluluk Kaynağı, 2013 [133].....	116
Tablo 10.	Kocasinan Belediyesi Aile Sağlığı Merkezi [135].....	117
Tablo 11.	Melikgazi Belediyesi Aile Sağlığı Merkezi [135].	118
Tablo 12.	Talas Belediyesi Aile Sağlığı Merkezi [135].	119
Tablo 13.	Bünyamin Somyürek Aile Sağlığı Merkezi.	120
Tablo 14.	Bünyamin Somyürek Aile Sağlığı Merkezi.	121
Tablo 15.	Yıldırım Beyazıt Aile Sağlığı Merkezi.	122
Tablo 16.	Yıldırım Beyazıt Aile Sağlığı Merkezi.	123
Tablo 17.	Latif Başkal Aile Sağlığı Merkezi.....	124
Tablo 18.	Latif Başkal Aile Sağlığı Merkezi.....	125
Tablo 19.	Osman Ulubaş Aile Sağlığı Merkezi.....	126
Tablo 20.	Osman Ulubaş Aile Sağlığı Merkezi.....	127
Tablo 21.	Gökkent Aile Sağlığı Merkezi	128
Tablo 22.	Gökkent Aile Sağlığı Merkezi.	129
Tablo 23.	Fatma Kirazlıgiller Aile Sağlığı Merkezi.....	130
Tablo 24.	Fatma Kirazlıgiller Aile Sağlığı Merkezi.....	131

Tablo 25. Servet Ziya Ustaoglu Aile Sağlığı Merkezi	132
Tablo 26. Servet Ziya Ustaoglu Aile Sağlığı Merkezi.	133
Tablo 27. Bahçelievler Aile Sağlığı Merkezi	134
Tablo 28. Bahçelievler Aile Sağlığı Merkezi.	135
Tablo 29. Talas 1 Nolu H. Ömer Aslaner Aile Sağlığı Merkezi	136
Tablo 30. Talas 1 Nolu H. Ömer Aslaner Aile Sağlığı Merkezi.	137
Tablo 31. Reşadiye Aile Sağlığı Merkezi.....	138
Tablo 32. Reşadiye Aile Sağlığı Merkezi.....	139
Tablo 33. Fevzi Çakmak Aile Sağlığı Merkezi	140
Tablo 34. Fevzi Çakmak Aile Sağlığı Merkezi.	141
Tablo 35. Cemal Bozkurt Aile Sağlığı Merkezi.....	142
Tablo 36. Cemal Bozkurt Aile Sağlığı Merkezi.....	143
Tablo 37. Nezaket Necati Şahin Aile Sağlığı Merkezi.....	144
Tablo 38. Nezaket Necati Şahin Aile Sağlığı Merkezi.....	145
Tablo 39. Medine Aile Sağlığı Merkezi.....	146
Tablo 40. Medine Aile Sağlığı Merkezi.	147
Tablo 41. Mithatpaşa Aile Sağlığı Merkezi	148
Tablo 42. Mithatpaşa Aile Sağlığı Merkezi.	149
Tablo 43. Kayseri Alan Çalışması.....	150
Tablo 44. Cevaplayıcıların Demografik Özellikleri.....	157
Tablo 45. Yapının Algılanışına İlişkin Sorular	158
Tablo 46. Yapının Algılanışına İlişkin İfadeler.....	159
Tablo 47. Cevaplayıcıların Yapının Erişim, Ulaşım ve İç Mekan Düzenlemesine İlişkin Değerlendirmeleri	160
Tablo 48. Cevaplayıcıların Ortak Alanlara ve Dış Mekan Düzenlemesine İlişkin Değerlendirmeleri	162
Tablo 49. Cinsiyete Göre Algılamalardaki Farklılıklar.....	163
Tablo 50. Yaşa Göre Algılamalardaki Farklılıklar.....	164
Tablo 51. Eğitim Durumuna Göre Yapının Algılanışına İlişkin Farklılıklar	165

Tablo 52. Eğitim Durumuna Göre Yapının Erişim, Ulaşımın ve İç Mekan Düzenlemesine İlişkin Farklılıklar.....	167
Tablo 53. Eğitim Durumuna Göre Ortak Alanlara ve Dış Mekan Düzenlemesine İlişkin Farklılıklar	168



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.	Hıfzıssıhha Enstitüsü Kimyahane ve Bakteriyoloji Binası.....	9
Şekil 2.	Hygenia (Sağlık) Heykeli, 1927-2010.....	9
Şekil 3.	Ankara Numune Hastanesi	10
Şekil 4.	Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme Şeması.....	15
Şekil 5.	Muş Merkez Sağlık Ocağı 1963	16
Şekil 6.	A.Ü. Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği ve Sağlık Ocağı Binası Kuzey-Doğu ve Kuzey-Batı Görünüşü, 1980	19
Şekil 7.	Etimesgut ve Çubuk Sağlık Bölgeleri	20
Şekil 8.	Sağlık Hizmetleri.....	28
Şekil 9.	Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler	35
Şekil 10.	Tekerlekli Sandalye Boyutları	50
Şekil 11.	Tekerlekli Sandalye Kullanıcısının Boyutları	50
Şekil 12.	Tekerlekli Sandalye Kullanıcısının Dikey Erişim Bölgeleri	51
Şekil 13.	Tekerlekli Sandalye Kullanıcısının Uzanma Mesafesi.....	51
Şekil 14.	Ortak Erişim Bölgesi	51
Şekil 15.	Farklı Profildeki Kullanıcıların Kapladığı Alanlar.....	52
Şekil 16.	Vidar Clinic Girişi	64
Şekil 17.	Vidar Clinic Avlusu.....	64
Şekil 18.	Vidar Clinic	65
Şekil 19.	‘‘Kuram- Araştırma- Uygulama’’ Zinciri.....	84
Şekil 20.	Primary Healthcare Center.	86
Şekil 21.	Primary Healthcare Center Kat Planları	87
Şekil 22.	Primary Healthcare Center	87
Şekil 23.	Primary Healthcare Center Dr.Masdevall.	88
Şekil 24.	Primary Healthcare Center Dr.Masdevall	88
Şekil 25.	North Mediterranean Health Center.	89
Şekil 26.	North Mediterranean Health Center Kat Planları	89
Şekil 27.	North Mediterranean Health Center	90
Şekil 28.	Ruukki Health Clinic.	90
Şekil 29.	Ruukki Health Clinic Planı.....	91

Şekil 30.	Ruukki Health Clinic	91
Şekil 31.	Monterroso Health Center.	92
Şekil 32.	Monterroso Health Center	92
Şekil 33.	Monterroso Health Center Kat Planları ve Kesiti.....	93
Şekil 34.	Monterroso Health Center Kat Planları ve Kesiti.....	93
Şekil 35.	Saint Germain Du Bois Medical Center.	94
Şekil 36.	Saint Germain Du Bois Medical Center	94
Şekil 37.	Saint Germain Du Bois Medical Center Kat Planları.....	95
Şekil 38.	Health Municipal Clinic.	95
Şekil 39.	Health Municipal Clinic	95
Şekil 40.	Health Municipal Clinic	96
Şekil 41.	Les Patios Health Center	96
Şekil 42.	Les Patios Health Center	97
Şekil 43.	Desmond Tutu Clinic.....	97
Şekil 44.	Desmond Tutu Clinic Kat Planları	98
Şekil 45.	Desmond Tutu Clinic.....	98
Şekil 46.	Center For Cancer and Health.	98
Şekil 47.	Center For Cancer and Health	99
Şekil 48.	Center For Cancer And Health Kat Planları	99
Şekil 49.	Center For Cancer And Health Kat Planları	100
Şekil 50.	Tanaka Clinic.....	100
Şekil 51.	Tanaka Clinic.....	101
Şekil 52.	Tanaka Clinic.....	101
Şekil 53.	Blood Center.....	102
Şekil 54.	Blood Center	102
Şekil 55.	Blood Center Kat Planları.....	103
Şekil 56.	Sancaktepe İşitme ve Konuşma Engelliler Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi.	104
Şekil 57.	Kat Planları	105
Şekil 58.	Sancaktepe İşitme ve Konuşma Engelliler Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	105
Şekil 59.	Cumhuriyet Aile Sağlığı Merkezi.....	106
Şekil 60.	Cumhuriyet Aile Sağlığı Merkezi Kat Planları	106

Şekil 61. Bağcılar İşitme ve Konuşma Engelliler Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi.....	107
Şekil 62. Bağcılar İşitme ve Konuşma Engelliler Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi Kat Planları.....	107
Şekil 63. Bağcılar İşitme ve Konuşma Engelliler Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi Kat Planları.....	108
Şekil 64. Gevher Nesibe Sultan Şifahanesi Rölövesi	112
Şekil 65. Kayseri Memleket Hastanesi 1924	112
Şekil 66. Kayseri Amerikan Hastanesi.	113
Şekil 67. Askeri Hastane (redif binası) 1930	113
Şekil 68. Devlet Hastanesi (Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi).....	114
Şekil 69. Geriatri Merkezi	115
Şekil 70. Recep Mamur ASM (a), Mehmet Mürüvvet Çolak Bayraktar ASM (b), Müşerref Hasan Eser ASM (c), İsmet Yılmaz Akansu ASM (d), Osman Hilmi Kalpaklıoğlu (e), Bünyamin Somyürek ASM (f).....	152
Şekil 71. Servet Ziya Ustaoglu ASM (g), Kocasinan Belediyesi'nde ki Medine ASM (h).....	153
Şekil 72. Mithatpaşa ASM (ı), Refik Saydam ASM (i), Hacı Nimet Köseoğlu ASM (j), Keykubat ASM (k).....	154

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Kişilerin sağlıklı olarak doğma, yaşama, üreme, çalışma ve yaşlanmaları sorunu önemlidir ve öncelik gerektirmektedir. Toplumun sağlığının korunması ve yükseltilmesi bir kamu görevidir ve devlet bu hizmetlerini halka sağlık yapıları ile sunmaktadır. Sağlıklı bir bireyin, ferdi olduğu topluma yararı da çok olacağı için toplumun sağlık düzeyinin korunması ve gelişmesi için sağlık hizmetlerinin verildiği mekanlar da önemli hale gelmektedir.

Türkiye’de günümüzde piyasanın şartlarına teslim olan, kişilerin talebi ve fırsatlarının el verdiği ölçüde faydalanabildiği sağlık hizmetleri ticarileştirilmiştir. Kağıt üzerinde kabul gören “sağlık hakkı” ile bazı temel sağlık hizmetlerinin gelir, statü gibi ayırım gözetmeksizin herkese eşit olarak ulaşmasını öngördüğü sağlık hizmetlerinin, pratikte sadece birinci basamak sağlık kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetlerinde rastlamaktayız. Birinci basamak sağlık kuruluşlarından biri olan aile sağlığı merkezi yapıları, ilk başvuru noktası olması sebebiyle de diğer birinci basamak sağlık kuruluşlarına göre daha fazla sayıdadır ve daha yoğun kullanılmaktadır. Bu yüzden, devlet eliyle herkese eşit olarak sunulan sağlık hizmetlerinin verildiği aile sağlığı merkezi yapılarının mimarileri de kişilerin en çok deneyimlediği yerler haline gelmektedir.

İnsan sağlığının söz konusu olması sebebiyle, sağlık hizmeti verilen yapıların mekansal niteliklerinin irdelenmesi önemli ve öncelikli görünmektedir. Aile sağlığı merkezi, kişilerin sağlık hizmetleri için ilk başvuru ve izleme noktasıdır. Birinci basamak sağlık kuruluşu olan aile sağlığı merkezi yapılarını mimari olarak ele almak ve incelemek, kullanıcılarına en iyi hizmeti sağlayabilmesi için gerekli olduğu düşünülmektedir.

“Kayseri Örnekleri Bağlamında İlk Basamak Sağlık Yapılarının Tasarım İlkeleri Üzerine Bir İnceleme” başlıklı bu çalışmada, öncelikli olarak sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektöründe meydana gelen değişimler cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar incelenmiştir.

İkinci bölümde, ayrıca, sağlık hizmetleri ve bununla ilgili bazı kavramlara, sağlık hizmetlerinin önemi ve sağlık düzeyine etkileri üzerinde durulmuş, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması yapılarak birinci basamak sağlık kuruluşları incelenmiştir.

Üçüncü bölümde sağlık yapılarının yerleşimi ve yer bağlamı ile ilişkisi, mekansal gereklilikleri, tabi olunan yasa ve yönetmelikler, sağlık yapılarının tasarımında yeni benimsenen yaklaşımlar olarak hasta odaklı tasarım ve iyileştiren mekanlar üzerinde durulmuştur. Aile sağlığı merkezlerinde aranan mekansal özellikler, yer seçim kriterleri, bulunan mekanların fonksiyonları ve birbirleriyle ilişkileri, kullanılan malzemeler ve özellikleri incelenmiştir. Aile sağlık merkezleri asgari şartlarda aranmayan, fakat incelenen sağlık yapıları tasarım kriterlerine göre, olması gerekli olan mekansal gereklilikler ortaya konmuştur. Türkiye’deki aile sağlığı merkezi yapıları tasarım biçimleri araştırıldıktan sonra, küçük ölçekli sağlık yapılarına Dünya’da ve Türkiye’den örnekler verilmiştir. Bölüm sonucunda, incelenen örnekler ve sağlık yapıları mimari tasarım kriterlerine göre küçük ölçekli sağlık yapıları için değerlendirme kriterleri oluşturulmuştur.

Alan çalışmasının yer aldığı dördüncü bölümde; Kayseri ili Melikgazi, Kocasinan ve Talas merkez ilçelerinde bulunan, birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği aile sağlığı merkezlerinin konumları, sayıları ve dağılımları incelenmiştir. Üç belediyeden beşer adet olmak üzere, toplam onbeş adet aile sağlığı merkezi seçilerek incelenmiştir. Bu bölümde, ayrıca, aile sağlığı merkezlerinin kullanıcıları tarafından nasıl algılandığını anlamak amacıyla anket çalışması yapılmıştır.

Sonuç bölümünde ise, gelecekteki aile sağlığı merkezi tasarımlarına kılavuz olması amacıyla mevcut aksaklıklar belirlenmekte ve tasarıma ilişkin önerilerde bulunmaktadır.

1.1. Hipotez - Problem Tanımı

Sağlık alanında tıbbi bilgiler zamanı yakalayıp geliştirmekteyken, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunulduğu aile sağlık merkezi yapılarının konumu, koşulları, arazi verileri değişse bile, mekanları nitelik olarak aynı kalmakta, aynı problemlerle yenileri yapılmakta ve iyileştirme çabası içinde olunmadığı görülmektedir.

Bu çalışmanın hipotezi, birinci basamak sağlık kuruluşlarından olan aile sağlığı merkezi yapılarının tasarım kriterlerinin eksikliğinden dolayı, bağlamla ilişkisi olmayan, görsel, fiziksel ve algısal olarak mekan niteliğinin düşük olduğu mimari yapılar olduğu şeklindedir.

1.2. Çalışmanın Amacı, Kapsamı ve Önemi

Sağlık problemi hastayı, yakın çevresini ve oluşturduğu aksaklıklarla toplumu ilgilendirmektedir. Toplumun sağlık düzeyinin sürdürülebilir olması ve gelişmesi için sağlık hizmetlerinin sunulduğu mekanlar ve çevreleri de önemli hale gelmektedir. Son zamanlarda dünyada, sağlık alanında ciddi değişimler yaşanmaktadır. Sağlık hizmeti sunan mekanların tasarımında, hastaların memnuniyetini artıran, stresi ve kaygıyı azaltan, sağlığı ve iyileşmeyi teşvik eden, estetik kaygıların da öne çıktığı bir yaklaşım benimsendiği görülmektedir. Türkiye’de sağlık yapılarından küçük ölçekli, birinci basamak sağlık kuruluşu olan aile sağlığı merkezinin bu yeni yaklaşım doğrultusunda incelenmesi, tasarlanması, sağlığa ve yaşam kalitesine olan katkılarından dolayı önemli olduğu düşünülmektedir.

Mimarlık bilim dalına ait birinci basamak sağlık yapıları ile ilgili Filiz Şenkal Sezer’in ‘‘Sağlık Ocaklarında Konfor Koşullarının Değerlendirilmesi: Bursa/Nilüfer Örneği’’ (2015) makalesi, Gamze Kaya’nın ‘‘ Küçük Ölçekli Portatif Yapıların Ve Mobil Sağlık Yapılarının Mimaride Kullanımı Baz Alınarak Prototip Bir Aile Sağlığı Merkezi Tasarlanması’’ yüksek lisans tezi (2012), İmran Baran’ın ‘‘Aile Sağlık Merkezlerinin Erişilebilirlik Ve Kullanılabilirlik Açısından Değerlendirilmesi: Bingöl İli’’ yüksek lisans tezi (2019) literatürde bulunmaktadır. Bu tezin amacı, üzerinde bilimsel araştırmanın yeterli olmadığı küçük ölçekli aile sağlığı merkezi yapılarını incelemek, mevcut durumu ortaya koymak, gelecekteki sağlık yapılarının tasarımına ilişkin önerilerde bulunmaktır. İlk başvuru noktası olarak kullanılan aile sağlığı merkezlerinin

mimari özellikleri, mekan kalitesi, konfor koşulları, işlevselliği, ulaşımı kullanıcılarının da görüşleri doğrultusunda değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışmanın sonucunda yapılan tartışma ve önerilerin, gelecekteki aile sağlığı merkezi tasarımlarına rehber olabileceği, iyileşmeye katkı sağlayan bir tasarım kılavuzu oluşturulması ve böylece toplumun sağlık ve yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmektedir.

1.3. Çalışmada İzlenen Yöntem

Çalışmanın zeminini oluşturması adına, konuya ilişkin literatür araştırması yapıp mevcut çalışmalar derlenip değerlendirilerek araştırma ile ilgili ölçütler belirlenmiştir. Konuya ilişkin bilimsel araştırmalar ağırlıklı olarak hemşirelik, halk sağlığı, aile hekimliği kapsamında yoğunlaşmaktadır. Kuramsal verilerin bulunduğu bölümde sağlık hizmetlerinin gelişim sürecini anlamak için tarihsel araştırma yapılmıştır.

Bu aşamada belirlenen ve yapılan alan çalışmasında, Kayseri ilinin Melikgazi, Talas ve Kocasinan merkez ilçelerinden seçilen onbeş adet aile sağlığı merkezi mimari projelerine ulaşılarak, kuramsal bilgiler ışığında oluşturulan değerlendirme kriterlerine göre yerinde gözlem yapılarak incelenmiştir. Bu bölümde, aile sağlığı merkezleri kullanıcılarına anket çalışması yapılmıştır. Mevcut durumu anlamaya yönelik yapılan bu çalışmada tanımlayıcı araştırma modeli kullanılmış ve veriler yüz yüze anket yöntemiyle toplanmıştır. Anket çalışması sonucunda elde edilen veriler çeşitli analiz teknikleriyle incelenmiştir. Son olarak, alan çalışmasında elde edilen verilerle birlikte, kuramsal bilgiler ilişkilendirilerek aile sağlığı merkezi yapıları ile ilgili değerlendirmeler yapılmış ve öneriler sunulmuştur.

2. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE SINIFLANDIRILMASI

Bütün canlıların temel amacı hayatta kalmak, yani sağlığını korumak ve üremektir. Canlılardaki bu temel içgüdü birçok davranışlara yansımaktadır. Sağlığı korumaya yönelik davranışlar diğer canlılarda içgüdü düzeyinde kalırken, insanlarda zamanla gelişerek bilinçli davranışlara dönüşmüş ve hatta toplumsal bir davranış niteliği halini almıştır. Bu gelişim de sağlık hizmetleri sektörünün var olmasını sağlamıştır. İnsanlık tarihiyle birlikte sağlık hizmetlerinin var olduğu; hatta, ilk insanın ilk doktor ve eczacı olduğu söylenebilir [1].

Öncelikle, sağlık kavramının geleneksel tanımına bakacak olursak, sağlık, hastalığın olmayışı olarak tanımlanmaktadır [1]. Fişek'in dikkat çektiği bir konu, Dünya Sağlık Örgütü'nün ana yasasında yer alan “sağlık yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” tanımlamasıdır. Fişek, buradaki sosyal iyilik halinin üzerinde durulması gereken bir konu olduğunu belirtmekte ve sosyal zorların (stres) sağlığı etkileyen bir faktör olduğu vurgusunu yapmaktadır [2].

Sağlıklı bir birey olmak ve buna bağlı olarak, sağlıklı bir toplum olmak ve bunun sürekliliğini sağlanabilmek için sağlık hizmetlerinin üretilmesi gereklidir ve bu hizmetin etkin sunumu toplumsal gelişmenin en önemli unsurlarındandır [3]. Taban, sağlık ve ekonomik büyüme arasında yakın ve karşılıklı bir etkileşim görüldüğünü söylemektedir. Çoğu iktisatçı tarafından, toplumların sağlık düzeyinin yükselmesinin, beşeri sermayenin niteliğini artıracığı; ve böylece, ülke kalkınmasına pozitif olarak katkı sağlayacağı kabul edilmektedir [4]. Sağlıklı bireylerin toplumsal yararı da çok olacağı için sağlığın korunmasına yönelik hizmetlerin üretilmesi, önemsenmesi, nitelik ve niceliğinin artırılması kaçınılmazdır [3].

Bireyler açısından bakıldığında, sağlık hizmetleri bir tüketim unsurudur. Bütün bireyler sağlıklı olmayı arzu eder ve bunun için sağlık çalışanlarının sunduğu hizmetleri kullanır. Bu sağlıklı olma arzusu temelde aynı olsa da, toplumdan topluma ve zaman içinde farklı değerlendirmeler olmaktadır [5]. Bilimdeki gelişim ve birikim ile toplumsal dinamiklerin önemli ölçüde belirleyici olarak rol aldığı sağlık hizmetleri, teknolojik düzey ve hizmet sunumu açısından devamlı değişim, dönüşüm ve gelişim içerisinde [1].

Bu bölümde Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan günümüze kadar sağlık politikaları incelenerek, sağlık hizmetleri sunumunun tarihsel değişimi ele alınmakta ve sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasına yer verilmektedir.

2.1. Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluşundan Günümüze Türk Sağlık Politikaları

Akdur [1], sağlık politikasını; bir ülkedeki benimsenen felsefe doğrultusunda sağlık sektörünü düzenlemek ve yapılandırmak olarak tariflemiştir. Sağlık sektörü finansman, örgütlenme ve insangücü ile yapılandırılmaktadır. Bu yapılanmalar incelendiğinde, sağlık politikalarının iki farklı felsefeyi benimseyerek, iki farklı tutumu sergilediği söylenebilmektedir. Akdur [1]'un da belirttiği gibi, sergilenen bu tutumlar şunlardır:

1- Bunlardan biri, sağlıklı yaşam ve sağlık hizmetinin, doğuştan kazanılmış bir temel insanlık hakkı olarak gören, sağlığı toplumsal bir olgu olarak ele alan ve sağlık hizmetlerini toplumsal bir görev olarak kabul eden politikadır. Bu politikaya göre, bu hakkın yerine getirilmesi sorumluluğu devlete aittir ve herkes hizmetlerden eşit yararlanabilmektedir.

2- Diğer ise; sağlığı toplumsal bir görev olarak benimsemeyen, bireysel bir olgu olarak gördüğü için sağlık hakkının gereklerinin yerine getirilmesini piyasanın değişken şartlarına bırakarak kişilerin talebi doğrultusunda ve fırsatlarının el verdiği ölçüde yararlanmasını öngören, sağlık hizmetlerini ticarileştiren, kar aracı olarak gören politikadır.

Bu iki ayrı yaklaşım sağlık sektörünün yapılanmasını belirlemektedir. Birinci seçenekten yola çıkan sağlık politikası, sağlık hizmetlerini kamu eliyle finanse ederken, hizmet sunumunda kamu örgüt ve kuruluşlarından yararlanmaktadır; diğer sağlık

politikası ise, cepten ödeme veya özel sigortacılık ile finanse olmakta, hizmet sunumunda özel örgüt ve birimleri benimsemektedir [1].

Şenatalar [6]’ın bahsettiği sağlık politikalarının belirlenmesinde kullanılmak üzere, değer yargılarından, politik bakıştan bağımsız, üzerinde düşünülmesi gereken ve pozitif yaklaşımla cevaplarının arandığı bazı sorular şunlardır:

“- Bir toplumda sağlık hizmetlerine ne kadar kaynak ayrılıyor ve neden?

- Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar farklı sağlık hizmetleri arasında nasıl dağılıyor ve neden?

- Sağlık hizmetlerinden kimler yararlanıyor?

- Sağlık hizmetleri nasıl üretiliyor?

- Sağlık hizmetleri nasıl finanse ediliyor?

- Sağlık hizmetlerinin üretiminde kaynaklar etkin kullanılıyor mu?

- Sağlık harcamalarının ve sağlık hizmetlerinin toplumun sağlık düzeyine etkisi nedir?

- Öncelikler nasıl belirleniyor?”

Bu soruların cevaplarının yeterince verilemediği durumlarda öngörülen hedeflerle çelişen öneriler getirilmektedir [6]. Sağlık düzeyinin gelişmesi için, bu sorulara politik bakıştan, ekonomik ve rant kaygısından uzak yanıtlar aranarak sağlık hizmetleri politikası oluşturulmalıdır.

Yıldırım [7]’a göre, ülkelerin sağlık sisteminin finansmanı ve hizmet sunumu ile oluşma biçimi, o ülkenin ekonomik, siyasi ve sosyal yapılarının bir uzantısı halindedir. Sağlık sektörüne daha fazla kaynak ayırma olanağı bulan ülkelere bakıldığında, belli bir fiziki ve insangücü altyapısı kapasitesine eriştiği görülmektedir. Sağlıklı ve eğitim seviyesi yükselmiş bireylerden oluşan ülkelerde, üretim yapılan her alanda verimlilik arttığından dolayı kalkınma sağlanmaktadır [7].

Ancak, geçmişte sağlık sektöründe geçirilen evreleri kavramaya çalışarak, günümüzdeki sağlık sektörünü ve gelecekte bu alanda yaşanacak değişimleri anlayabilir ve görebiliriz. Aşağıda Cumhuriyet’in kuruluşundan günümüze kadar sağlık politikaları beş döneme ayrılarak incelenmektedir.

2.1.1. 1920-1938 Dönemi

23 Nisan 1920'de Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin kurulması ile sağlık hizmetleri batılı ve çağdaş manada bir devlet vazifesi olarak ele alınmış ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevi 2 Mayıs 1920'de Sıhhiye ve Muavenet- İctimaiye Vekaleti'ne (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na) verilmiştir. Dr. Adnan Adıvar ilk Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı olarak göreve başlamıştır. Bakanlık göreve başladığında, mevcut herhangi bir kayıt ve bilgi olmadığı için öncelikle görev başındaki hekimlerin isimleri istenerek kayda alınmış, yasa ve yönetmelikler de İstanbul'dan elde edilmiştir. Ancak, Bakanlık ulaşılan mevzuatın eksik ve yetersiz olduğunu düşündüğü için kendine göre yöntem geliştirmiş ve kadro düzenlemiştir. Yerel yönetimlerin sağlık kurumları (hastaneler), taşra örgütün ise eski sağlık müdürlükleri, hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri ile küçük sıhhiye (sağlık) memurlukları olduğu gibi korunmuş, kuduz tedavi merkezi, aşı üretim merkezi (telkikhane) ve bakteriyolojihane kurulması kararlaştırılmıştır [8].

Ulusal Kurtuluş Savaşı cephelerinden Ankara'da Sarı Kışla'ya getirilen yaralıların bakımlarını bizzat Bakan, milletvekili doktorlar ve Bakanlık görevlileri de üstlenmiştir. Bakanlığın gece gündüz çalıştığı zor savaş günlerinin ardından kazanılan Büyük Zafer sonrasında, birçok probleme ilave olarak, sağlık sorunları da çözüm beklemektedir [8].

Cumhuriyetin ilanından sonra Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam, 1937 yılına kadar hizmet vermiştir. 1923'de hükümet kurumları, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile sağlık hizmeti verilmektedir [9].

Cumhuriyet'in kurulması ile Sağlık Bakanlığı'nın çalışmaları hızlı bir şekilde gelişmeye başlamış ve 1925 yılında öncelikli sağlık problemleri, hazırlanan ilk çalışma tasarısında belirtilmiştir. Hekim, sağlık memuru ve ebe sayısındaki yetersizlik, sağlık hizmetlerinin köylere ulaşım sorunu, sıtma ve verem gibi önemli hastalıklar, sağlıkla ilgili yasaların yokluğu, devlet sağlık örgütünün genişletilmesi, numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevlerinin açılması, çözümlenmesi gereken sorunlar arasında gösterilmektedir [8].



Şekil 1. Hıfzıssıhha Enstitüsü Kimyahane ve Bakteriyoloji Binası [10].

Avusturyalı mimar Theodor Jost tarafından tasarlanan Hıfzıssıhha Enstitüsü Kimyahane ve Bakteriyoloji Binası, 1928-1930 yılları arasında yapılmıştır [11].



Şekil 2. Hygenia (Sağlık) Heykeli, 1927-2010 [11].

Refik Saydam'ın başkanlığı döneminde aşağıdaki ilkelere göre sağlık politikaları belirlenmiştir:

1. Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi,
2. Merkezi yönetimlerde koruyucu hekimlik, yerel yönetimler de ise tedavi edici hekimlik hizmetlerinin verilmesi,
3. Tıp fakültelerinin çekiciliğinin artırılması, yatılı talebe yurtlarının açılması, mezunlarına zorunlu hizmet verilmesi,
4. Bulaşıcı hastalıklarla (sıtma, frengi, verem, cüzzam gibi) savaşın başlatılması [9].

Bu ilkelere göre, geniş bir bölgede sağlık hizmeti verilmiştir. Çıkarılan kanunlarla koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş, ilçelerde hükümet tabipliği kurulmuş ve yerel yönetimlerin hastane açmaları desteklenmiştir. Nüfus yoğunluğuna bakılarak seçilen ilçe merkezlerinde muayene ve tedavi evleri, illere örnek olması için numune hastaneleri açılmıştır. Hekimlerin serbest çalışmaları yasaklanmıştır [9].



Şekil 3. Ankara Numune Hastanesi [12].

Merkezden köylere doğru bir yapılanma tesisi, savaş sonrası problemlerin çözülmesi, sağlık personelinin desteklenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi birçok alanda yeni düzenlemeler yapılmıştır. Bugün bile devam etmekte olan dikey örgütlenme, bu dönemde başta sıtma olmak üzere, bulaşıcı hastalıklarla mücadele için yapılmıştır [13].

Cumhuriyet Türkiye'si'nin ilk 15 yılında illerde il sağlık müdürlükleri, ilçelerde hükümet tabipliklerinin kurulması, sağlık ve sosyal örgütlenmenin köylere kadar götürülmesi, tedaviden çok birinci basamağı oluşturan koruyucu hekimliğin öne çıkarılması gibi önemli atılımların yapıldığı, ileri görüşlülükle hazırlanan bugünkü sağlık hizmetlerinin de temelini oluşturacak düzenlemeler ve kanunlar çıkarılmıştır. Bilhassa bütün sağlık politikalarını düzenleyen bir anayasa gibi görülen “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” 1930 yılında çıkarılmıştır [14].

Sağlık Bakanlığı, 1928-1936 yılları arasında çıkarılan yasalar ile bugünkü kuruluş ve örgütlenme özelliklerini kazanmıştır. 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'na göre Sağlık Bakanlığı tüm yurttaki sağlık koşullarını düzeltmeli,

hastalık ve sağlığa zarar veren etkenlerle savaşarak sağlıklı yeni nesiller oluşmasını sağlamalı, halkın tıbbi ve sosyal yardımdan yararlanması için çalışmalıdır [8].

1593 sayılı yasaya göre, Sağlık Bakanlığı'nın görevleri ağırlıklı olarak koruyucu hekimlik hizmetleri ile ilgilidir. Yasanın Sağlık Bakanlığı'na verdiği görevler şunlardır:

1. "Doğumu artıracak ve çocuk ölümlerini azaltacak önlemleri almak" [8].
2. "Annelerin doğumdan evvel ve sonra sağlıklarını korumak" [8].
3. "Memlekete bulaşıcı ve salgın hastalıkların girmesine engel olmak" [8].
4. "Yurt içinde her çeşit bulaşıcı ve salgın hastalıklarla veya çok sayıda ölümlere neden olan diğer zararlı etkenlerle savaşmak" [8].
5. "Hekimlik ve hekimlikle ilgili mesleklerin uygulanışını gözetmek" [8].
6. "Gıdalarla ilaçları ve bütün zehirli etkili ve uyuşturucu maddelerle yalnız hayvanlar için kullanılan aşılar ve serumlar hariç olmak üzere, her çeşit aşı ve serumları denetlemek" [8].
7. "Çocukluk ve gençlik sağlığına ilişkin işlerle, çocuk sağlığı ve bünyesinin korunması ve gelişimine ait kuruluşları denetlemek" [8].
8. "Okul sağlığı hizmetlerini yürütmek" [8].
9. "Çalışma ve meslek sağlığı ile ilgili hizmetleri yürütmek" [8].
10. "Maden suları ile diğer şifalı suların sağlık yönünden denetimlerini yapmak" [8].
11. "Hıfzıssıhha müesseseleri ve bakteriyoloji laboratuvarları ile genel olarak hayati muayene ve tahlillere ait müesseselerin açılış ve idareleri ile ilgili hizmetleri yürütmek" [8].
12. "Mesleki eğitim kuruluşları açmak, idare etmek ve dengi kuruluşları denetlemek" [8].
13. "Akıl hastaları ile diğer ruh hastalıklarına ait tedavileri, sakatlığı olanları kabul edecek yurt ve müesseseler kurmak ve idare etmek" [8].
14. "Göçmenlerin, cezaevlerinin ve ulaştırma hizmetlerinin sağlıkla ilgili hizmetlerini yürütmek" [8].

15. ‘‘Sağlıkla ilgili yayın, propoganda hizmetleri ile tıbbi istatistiklerin düzenlenmesi hizmetlerini yürütmek’’ [8].

Bu dönemde; 1920-1938 yılları arasında Bakanlık kurularak, sağlık hizmetlerine başlanmış, koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş, numune hastaneleri açılmıştır. İleri görüşlülükle çıkarılan kanunlar ve yapılan düzenlemeler ile bugün bile devam etmekte olan dikey örgütlenme, sağlık ve sosyal örgütlenmenin köylere kadar götürülmesi gibi önemli gelişmeler bu dönemde gerçekleşmiştir.

2.1.2. 1938-1960 Dönemi

Refik Saydam’ın kurduğu sağlık örgütü yavaş işlediği için 1940 yılında bazı eklemeler yapılmıştır. Bakanlıktan çıkan bir buyruğun sırasıyla vilayet, sağlık müdürlüğü, tekrar vilayet, kaymakamlık ve son olarak asıl hizmet üreten birim olan hükümet tabipliğine ulaşması zaman almaktadır. Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı’ndan sonra ülkede sıtma gibi ciddi boyutlara ulaşan bazı sağlık problemlerinin çözümünün hızlanması için, bu gibi hastalıklar bürokratik çarktan kurtarılarak yarı bağımsız, geniş alanda tek sağlık hizmeti veren ve hastalık merkezli örgütsel yapılar kurulmuştur. ‘‘Sıtma Savaşı’’, ‘‘Frengi-Lepra Savaşı’’ gibi bu örgütler, dikey örgütlenme örnekleridir ve çok da başarılı olmuşlardır [8].

1945 yılında İş Güvenliği Yasası çıkarılarak, Sağlık Bakanlığı’nın bu alandaki tekeli kaldırılmıştır [13]. Dr. Refik Saydam zamanında genellikle kentlere yönelik olan tedavi hizmetleri, Dr. Behçet Uz’un 1946-1947 yıllarında sağlık bakanı olduğu dönemde, her 40 köy için (yaklaşık 20.000 nüfus) bir sağlık merkezi kurulması planlanmış; böylece kırsal bölgede yaşayanların da tedavi hizmetlerinden yararlanması amaçlanmıştır. Ancak, Dr. Behçet Uz’dan sonraki dönemde bu planın gerçekçi olmadığı düşünülerek uygulanmasından vazgeçilmiştir [8].

Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz’un döneminde ülkemizin ilk sağlık planı olan ‘‘Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı’’ 1946 yılında onaylanmış, fakat Dr. Behçet Uz bakanlıktan ayrılınca kanunlaşamamıştır. Hasan Saka hükümetinde (10.8.1947/10.6.1948), Dr. Behçet Uz tekrar Sağlık Bakanı olunca kanun tasarısı halindeki Milli Sağlık Planı TBMM tarafından kabul edildiği halde, hükümet değişikliği olması sebebiyle kanunlaşamamış ve yeni Sağlık Bakanı Dr. Kemali Bayazit tarafından geri çekilmiştir.

Milli Sağlık Planı kanunlaşmadığı için tümüyle uygulanamamış olsa bile, ülkemizin sağlık yapılanmasını fazlasıyla etkilemiştir [9].

Milli Sağlık Planı'ndaki köylerimize kadar sağlık hizmetinin götürülmesi esasına dayanarak, tedavi edici hekimlik ve koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verildiği her 40 köy (40.000 nüfusa) için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurulmaya çalışılmıştır [9].

Hem Milli Sağlık Planı hem de Milli Sağlık Programı'nın hedefleri çerçevesinde 1945'de İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu), 1947 yılında Biyolojik Kontrol Laboratuvarı ve bir aşı istasyonu kurulmuş, 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlamıştır [9]. 1952 yılında aktif hale gelen Sosyal Sigortalar Kurumu ve 1953 yılında kurulan Emekli Sandığı ile işçiler ve memurlar devlet güvencesi altında sağlık hizmeti almaya başlamıştır. Emekçilerin sosyal ve sağlık hakları, İş Güvenliği Yasası ile yasal güvence altına alınmıştır [14].

1952 yılında Ana-çocuk sağlığı (AÇS) hizmetleri başlamıştır [15]. Özel idare hastanelerinin 1953 yılında devletleştirilmesi ile hasta bakım ve tedavisinin devletin bir görevi olarak algılandığı anlaşılmaktadır [8].

Milli Sağlık Planı'nın devamı niteliğinde, ülkemizin sağlık plan ve organizasyonunun temel yapı taşlarından olan 1954 tarihli "Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler", Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanmıştır [9]. 1954 yılında hastane hizmetleri sorumluluğu, İl Özel İdareleri ve yerel yetkililerden alınarak Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bölgesel Numune Hastaneleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri kurulmuş ve sağlık ocaklarının sayısı da artmıştır [13].

1950-1960 yılları arasında hastaneciliğin gelişmesine önem ve öncelik verildiğinden dolayı, koruyucu sağlık hizmetleri geri planda kalmıştır. Hastaneciliğin gelişmesi sağlanırken, sağlık personeli yetersizliğinden dolayı hasta bakım hizmeti gelişmemiştir [16].

Bu dönemde; 1940 yılında "Sıtma Savaşı" gibi, geniş alanda tek sağlık hizmeti veren ve hastalık merkezli örgütsel yapılar kurulmuştur. Koruyucu ve tedavi hizmetlerinin birlikte verildiği, her 40 köy (40.000 nüfusa) için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurulmaya çalışılarak hastaneciliğin geliştiği görülmektedir. Kurumsal örgütlenmelere,

Emekli Sandığı'nın kurulması ve sosyal sigorta kapsamının geliştirilmesi yönündeki çalışmalara bu dönemde rastlanmaktadır. 1953 yılında, özel hastanelerin yönetimi devletin idaresine geçmiş, 1954 yılında ise hastane sağlık hizmetlerinin sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

2.1.3. 1960-1980 Dönemi

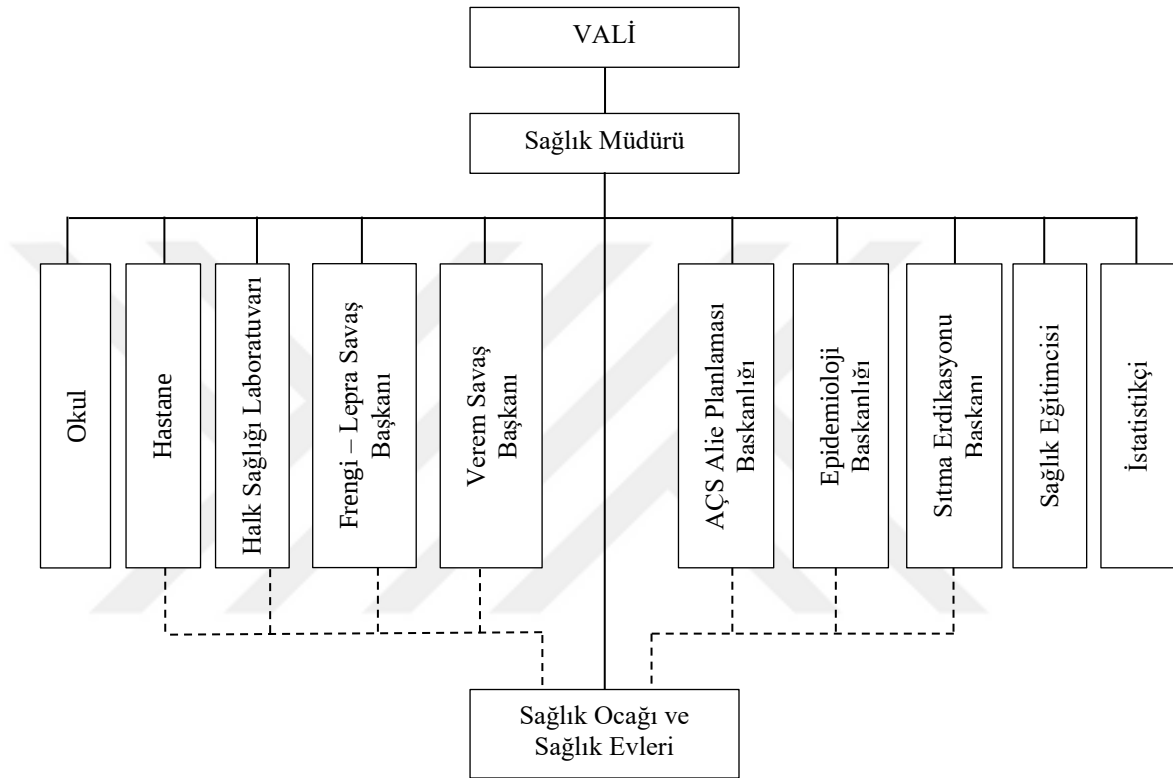
1960'dan sonra sağlık politikalarının belirlenmesinde, beş yıllık kalkınma planlarının etkisinin fazlaca olduğu daha planlı bir süreç başlamıştır [13]. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda asıl amacın, halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilerek halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi olduğu belirtilmiştir. Bunun için koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı bir ögesi olarak tedavi hizmetleri benimsenmiş, hastanecilik yerine evde ve ayakta tedavi hizmeti verebilen, ücra köşelere kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür [1]. 1961-1998 döneminin sağlık örgütlenmesine baktığımızda, herkese eşit ve etkin sağlık hizmeti vermek amacı ile 1961 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun döneme damgasını vurmuştur [8].

1961'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası yürürlüğe girerek sağlık yasaları 1980'e kadar bu yasa çerçevesinde oluşturulmuştur. Farklı hizmetleri sunan yapılar sağlık ocakları çatısı altında toplanarak, dikey örgütlemeler kademeli olarak azaltılmıştır [13].

1961 Tarih ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa'nın bazı ilkeleri şöyledir:

- . “Sağlık hizmeti herkese eşit olarak sunulacaktır” [8].
- . “Herkes, belli kurallara uymak koşulu ile, sağlık hizmetinden para ödmeden yararlanacaktır” [8].
- . “Birinci basamak (temel) sağlık hizmetlerini herkese eşit sunmak için sağlık ocakları kurulacaktır” [8].
- . “Sağlık ocaklarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri bir arada yürütülecektir” [8].

- “Hekim de içinde olmak koşulu ile, tüm personelin hizmet içinde sürekli eğitimi planlanmıştır” [8].
- “Bir bölgede hizmetin iyi yürütülmesi için gerekli kuruluşlar kurulmadan, malzeme ve personel sağlanmadan o bölgede sosyalleştirme uygulanmayacaktır” [8].



Sağlık Müdürüne bağlı olarak gösterilen ikinci basamak birimlerin hepsi her ilde yoktur.

Şekil 4. Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme Şeması [16]’dan uyarlanmıştır.

Bu kanuna göre, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme (kamu) sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmaları şeklinde açıklanmıştır [17].

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanunda bahsedilen sağlık, yalnız hastalık ve malûliyetin yokluğu olmayıp, beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır [17]. Bu dönemde son derece çağdaş, hümanist bir yaklaşım ile sağlık hizmetlerinin ele alındığı ve sunulduğu görülmektedir.

Muş ilinde 1963 yılında uygulanmaya başlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmiştir [18]. Sosyalizasyon ile birlikte sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanma başlamış, çeşitli sağlık hizmetleri veren yapılar sağlık ocağı bünyesinde toplanmıştır. Bununla birlikte, “geniş bölgede tek yönlü hizmet” anlayışının yerini “dar bölgede çok yönlü hizmet” ilkesi almıştır [9].



Şekil 5. Muş Merkez Sağlık Ocağı 1963 [19].

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile kırsal alanda her 5.000-10.000 nüfus için bir sağlık ekibi ve sağlık ocağı kurulacaktır. Hizmet verilen yerin nüfusuna ve kırsal-kentsel oluşuna göre sağlık ekibinin üye sayıları ve nitelikleri değişecektir. Hekimler, halk sağlığı hemşiresi, sağlık memuru ya da çevre sağlığı teknisyeni, ebeler, tıbbi sekreter, hizmetli ve şoförden oluşan bu sağlık ekibine ihtiyaca göre başka görevde çalışanlar da eklenebilecektir. Kırsal alanda 2.000, kentsel alanda 2.500 nüfusa bir, sadece ebelerin hizmet verdiği sağlık evleri kurulacaktır [8].

Bu sosyalleştirme yasası ile sağlık ocakları temel ya da birinci basamak sağlık hizmetlerini yerine getirmektedirler. Bu hizmetler şunlardır:

1. Koruyucu Hekimlik Hizmetleri

a. Kişiye Yönelik Koruyucu Hekimlik Hizmetleri

Başışıklama,erken tanı, beslenmenin düzeltilmesi, aile planlaması, sağlık eğitimi, kemo ve aktif korunma hizmetlerini kapsamaktadır.

b. Çevreye Yönelik Koruyucu Hekimlik Hizmetleri

Yeterli ve temiz içme ve kullanma suyu sağlanması, insan dışkı ve idrarının sağlık koşullarına uygun olarak uzaklaştırılması, barınak hijyeni, besin hijyeni, doğanın ve çevrenin korunması, atıkların yok edilmesi, çevre, hava ve su kirlenmesi ile savaş gibi koruyucu hizmetler verilmektedir. Bu hizmetler doğrudan sağlık ekibinin görevi değildir; fakat, bu konularda yol gösterme ve denetleme yapmaktadırlar.

2. İlk Yardım Hizmetleri

3. Acil Tedavi Hizmetleri

4. Evde-Ayakta Bakım ve Tedavi Hizmetleri

5. Hasta Sevk ve Sonuçlarını İzleme Hizmetleri

6. Adli Hekimlik Hizmetleri

7. Yönetimle İlgili Hekimlik Hizmetleri [8].

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine göre sağlık ocakları; hastanelerin polikliniği, evde ve ayakta tedaviyi yürüten basamakları olarak düşünülmektedir. Sağlık örgütleri bütün olarak ele alınmakta ve sağlık örgütünün başı sağlık müdürüdür [2].

Cumhuriyet'in kuruluşundan itibaren 1970'e kadar olan dönemde, sağlık hizmetlerin kamu eliyle götürülmesini benimseyen sağlık politikası benimsenmiştir. Zaman zaman bu politikaya karşı çıkanlar, engelleme çalışmaları olmuş, fakat politika değiştirelemediği için aktif bir özelleştirme yapılamamıştır [1].

Dünya Sağlık Örgütü, bugün "2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık"(Health For All by the Year 2000-HFA 2000) olarak bilinen hareketi 1977'de başlatmıştır. DSÖ ve UNICEF'in işbirliği ile hazırlanan 12 Eylül 1978'de yapılan konferansta Alma Ata bildirgesi yayınlanmıştır [20]. 1978'de Alma Ata'da düzenlenen konferansda, dünya ülkelerine "2000 Yılında Herkese Sağlık" başlığı altında bir takım hedefler ve stratejiler gösterilmiş ve birinci basamak sağlık hizmeti sunumunun kendine özgü bilgi ve şartlar içerdiğini, bunun da uzmanlaşmış hekimlerce sunulması gerektiğinin üzerinde

durulmuştur. Bu görüş paralelinde ülkeler sağlık sistem ve politikalarını gözden geçirmişler ve dünyada bu konudaki çalışmalar hızlanmıştır [21].

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri için çok büyük önem arz eden sağlık ocakları hekimlerinin, etkin bir şekilde hizmet verilebilmesi için özel muayenehane açması yasaklanmıştır. 1978 de çıkarılan “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun” ile kamuda çalışan hekimlerin de tam süreli çalışması için özel muayenehane açması engellenmiş, fakat bu sürekli uygulanamamış ve sistem giderek yıpranmıştır. 1980’de “Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun” ile hekimlere muayenehane açma özgürlüğü tanımıştır. Devlet politikalarındaki bu gibi tutarsızlıklar sağlığın kamusal bir hizmet olarak sunumunda kesintilere sebebiyet vermiştir [14].

Türkiye’de 1927-1980 yıllarında sağlık tesisleri ve insangücünde ciddi gelişmeler görülmektedir. 1960’dan sonra oluşan meslek okulu ve kolejleri programının, sağlık personeli yetiştirilmesinde katkısı çok olmuştur [16].

Bu dönemde, 1961 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un öne çıktığı, herkese eşit ve etkin sağlık hizmeti vermek amacıyla sağlık ocaklarının kurulduğu görülmektedir. 1977’de DSÖ, "2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık” olarak bilinen hareketi başlatmıştır. 1978’de DSÖ ve UNICEF’in işbirliği ile gerçekleştirilen konferansta Alma-Ata bildirgesi yayınlanmıştır.

2.1.4. 1980-2003 Dönemi

1961’de başlayan toplumsallaşma (sosyalleşme) politikalarının gelişimi 1980’lerde görülmüştür [13]. Aşağıdaki tabloda 1927-1981 yıllarında Türkiye’de sağlık insan gücü ve sağlık tesislerinin gelişimi görülmektedir.

Tablo 1. Türkiye’de Sağlık İnsan Gücü Ve Sağlık Tesisleri [16].

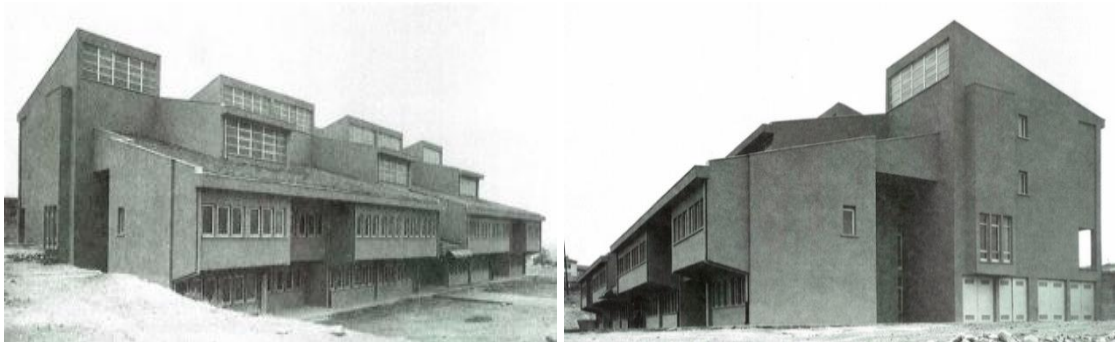
	1927		1969		1981	
	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran
Hekim	1059	12842	9826	3829	28411	1605
Hemşire (*)	139	97842	2420	11488	29459	1547
Ebe (*)	347	39139	3126	8893	13890	3282
Sağlık Mermuru	1036	13127	3890	7146	12226	3729
Hastane						
Sayı	42	232810	566	49117	831	54874
Yatak	3615	3762	45807	607	97765	466
Tb.Dispanseri	0	-	106	262260	256	178125
Sağlık Ocağı	0	-	0	-	1890	12600

(*) Yardımcı hemşire ve köy ebeleri dahil

(Oran) Nüfus/personel

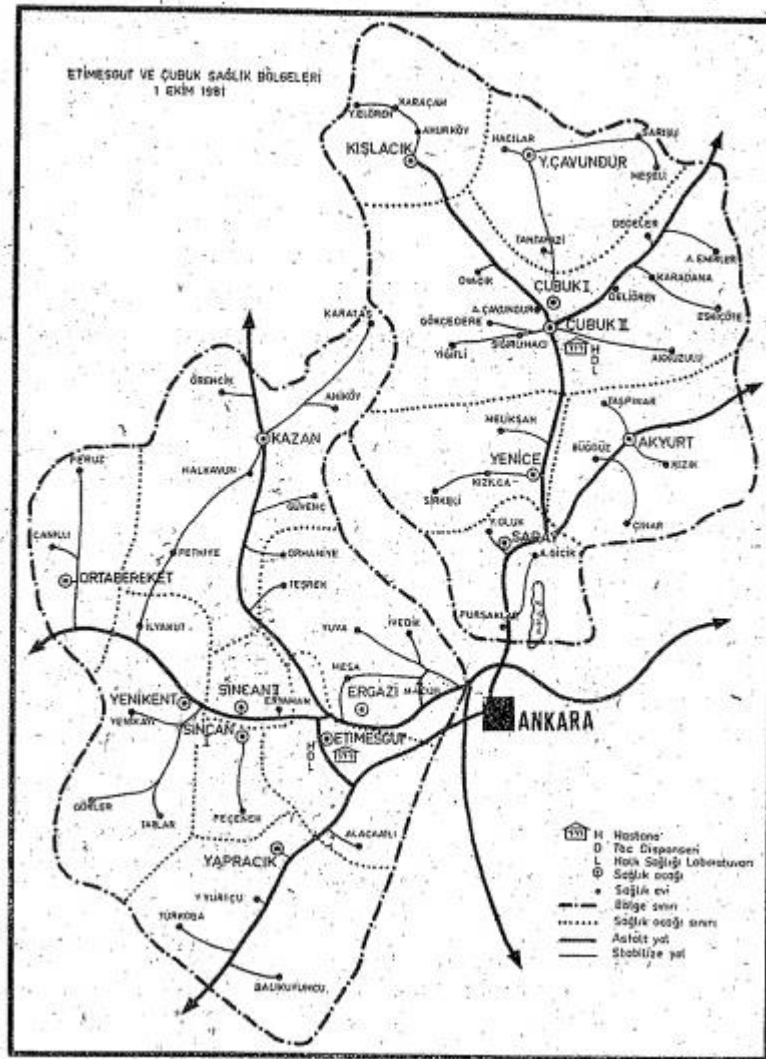
Mayıs 1979’da Dünya Sağlık Asamblesi’nde Genel Kurul, "Temel Sağlık Hizmetleri" konulu Alma-Ata bildirgesini destekleyen "2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık" konulu genel planı ortaya atmış ve 1981 yılındaki kararlar kesinlik kazanmıştır. Türkiye’nin de bulunduğu DSÖ Avrupa Bölgesi’ne üye ülkelerin çoğu endüstrileşmiş olduğu için, DSÖ Avrupa Bölge Bürosu "2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık" hareketi için endüstrileşmiş toplumların sorunlarına yönelik çalışmalarını; sağlıklı yaşamın teşviki, önlenabilir hastalık ve kazaların azaltılması, hizmetlerin herkes tarafından ulaşılabilir ve kabul edilebilir düzeyde olmasının sağlanması olarak üç ana konuda yoğunlaştırmıştır [20].

1980 yılında Ankara’da hizmete açılmış olan A.Ü. Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği ve Sağlık Ocağı Binası, mimar Mustafa A. Aslaner tarafından tasarlanmıştır [22].



Şekil 6. A.Ü. Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği ve Sağlık Ocağı Binası Kuzey-Doğu ve Kuzey-Batı Görünüşü, 1980 [22].

Aşağıda 1 Ekim 1981 tarihli Etimesgut ve Çubuk sağlık bölgeleri haritası görülmektedir. Etimesgut ve Çubuk bölgelerindeki hastane, dispanser, sağlık ocağı, sağlık evi, halk sağlığı laboratuvarının yerlerini ve sağlık ocaklarının hizmet verdikleri bölge sınırları görülmektedir [16].



Şekil 7. Etimesgut ve Çubuk Sağlık Bölgeleri (Fişek, 1983: 231) [16].

Neoliberal anlayış ve politikaların dünyada harekete geçtiği 1970’li yıllarda sosyal devlet anlayışından uzaklaşmıştır. Bu anlayışın Türkiye’yi etkilemesi uzun sürmemiş, 1980’lerde resmi olarak açıklığa kavuşmuş ve “Aktif Özelleştirme Dönemi” olarak adlandırılan dönem başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin piyasa şartlarına teslim olduğu, kişilerin talebi ve fırsatları oranında yararlandıkları politika benimsenmiştir. Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri devletin görevi ve sorumluluğu iken, devletin düzenleyeceği ve denetleyeceği bir hale yasalarca bürünmüştür [1].

1981 yılında sağlık yatırımları teşvik kapsamına alınmış, sağlıkta kamu fonlarının özel sektöre akıtılması dönemi Bakanlar Kurulu kararı ile başlatılmıştır. Bu dönemde kamu hizmetlerini çökertici, özel sermayeyi destekleyen ilk kararlar alınmıştır [23].

Sağlık Hizmetleri Temel Yasası, 1987 yılında çıkarılmış, fakat uygulanması için gerekli düzenlemeler yapılmadığından ve Anayasa Mahkemesi tarafından bazı maddeleri iptal edildiği için bütünüyle uygulanamamıştır. Bu kanuna göre, kamu sağlık hizmetleri fiyatlandırılarak ticarileştirilmiş, kamu sağlık kuruluşları işletmelere dönüştürülerek devletin kamu ve özel sağlık kuruluşlarına aynı mesafede oluşu meşrulaştırılmıştır [23].

“Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı” (SSYB), 1989 yılında “Sağlık Bakanlığı” (SB) olarak değiştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri sunumundan sorumlu ve sağlık hizmetleri ile ilgili genel politikaları belirlemektedir [14].

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından 1990 yılında “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” hazırlanmış ve 1992’de Ulusal Sağlık Kongresi bu plan doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Sağlık sektörü ile ilgili bu temel plan, sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin eşiğini oluşturmuştur [9]. 1990’lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarında, aile hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, hastanelerin özzerleştirilmesi, Sağlık Bakanlığı’nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren bir anlayışla sağlık hizmetlerini planlayıp denetlemesi, Genel Sağlık Sigortası kurularak sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması gibi önemli teorik kararlar alınmış, fakat bu kararlar yeterince uygulanamamıştır [9].

1992 yılında düzenlenen Birinci Ulusal Sağlık Kongresi’nde yeniden yapılanma süreci başlatılmış ve 1993 yılında İkinci Sağlık Kongresi toplanarak ulusal sağlık politikaları belirlenmiştir [13]. Sağlıklı Türkiye, çevre sağlığı, yaşam biçimi, destek, sağlık hizmetlerinin sunumu olarak beş ana kısımdan oluşan “Ulusal Sağlık Politikası” hazırlanmıştır [9]. Kongreden, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması adı altında hastanelerin özelleştirilmesi ve özzerleştirilmesi ile ilgili kararların alındığı yeni sağlık politikaları çıkmıştır [14]. Yeşil Kart uygulamasına geçilerek sosyal güvencesi olmayan ve maddi durumu el vermeyen vatandaşların sağlık hizmetlerinin karşılanması kararı alınmıştır [13].

Soyer [23]'inde belirttiği gibi, 5 Nisan 1994 kararları ile devletin bu alandaki sorumluluğu, kamu sağlık kuruluşlarına sadece maaş ödemeye indirgenmiş, devlet hastaneleri tüm ihtiyaçlarını kendi karşılamak zorunda kalmış, sağlık ocakları da hizmet karşılığında vatandaşlardan para almak durumunda bırakılmıştır.

21. Yüzyıla yönelik sağlık politikalarına ilişkin Ljubljana Bildirgesi, 17-20 Haziran 1996 tarihlerinde DSÖ Avrupa Sağlık Hizmetleri Konferansı'nda kabul edilmiştir. Bildirgenin amacı; DSÖ Avrupa Bölgesi'ne üye ülkelerin herkes için sağlık hedeflerinden ortaya çıkan ve sağlık hizmetlerini iyileştirebilecek olan temel ilkeleri ortaya koymaktır. Sağlık sistemlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelmesi kararı temel ilkeler arasındadır [20].

1998 yılında, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı” ve 2000 yıllarında “Sağlık Sandığı” adı altında bir kanun taslağı hazırlanmış, fakat kanunlaşmamıştır [9].

Sağlık sektöründe karmaşanın yaşandığı bu dönemde, Akdur bir yandan devlet eliyle yatırımlara devam edilirken, diğer yandan özelleştirmeler için teşvik söz konusu olduğunu belirtmiştir. Mevcut kamu hizmet kuruluşları hizmetlerini sürdürebilmek için kaynak sancısı içindeyken, bütçeden yeterli kaynak ayırlamamakta, ayrılarak yapılan yatırımlar uzun süreler yayılmakta, inşaatı bitse bile iç donanımı eksik kalmaktadır. Bu durum kamu sağlık hizmetlerinin kalitesiz ve yetersiz olmasına neden olmaktadır [1].

1980'lerde “Aktif Özelleştirme Dönemi” başlamış, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri devletin sorumluluğundayken, devlet bu hakkın gerçekleşmesi için lüzumlu tedbirleri alır, teşkilat kurar ve denetler hale gelmiştir. 1987 Sağlık Hizmetleri Temel Yasası ile kamu sağlık hizmetleri fiyatlandırılarak ticarileştirilmiş, kamu sağlık kuruluşlarının işletmelere dönüştürülmesi yasalarca meşrulaştırılmıştır. 1993 yılında İkinci Sağlık Kongresi'nde, hastanelerin özelleştirilmesi ve özerkleştirilmesi ile ilgili sağlık politikaları çıkmıştır.

2.1.5. 2003'ten Günümüze Sağlık Politikaları

2003 yılında uygulamaya koyulan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde köklü bir değişim süreci başlatılmıştır [13]. Sağlıkta Dönüşüm adı altında yürütülmesi öngörülen program 8 ana ilke ile belirlenmiştir. Bunlar şunlardır [15]:

- 1- Sağlık hizmetlerini tek elden planlama ve denetlemeden sorumlu Sağlık Bakanlığı,
- 2- SSK, Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR kuruluşlarını tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Genel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- 4- Bilgi ve beceri ile donanmış ,yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- 8- Sağlık bilgi sistemi ile karar aşamasında etkili bilgiye erişim.

Kamuya ait kurumların hastaneleri, öncelikle SSK hastaneleri olmak üzere, Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. “112 Acil Sağlık” hizmeti köylerde de verilmeye başlanmıştır. Aile hekimliği uygulaması başlatılmış, öncelikli koruyucu sağlık ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmiştir [9].

2004 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile çıkarılan yasayla çeşitli eleştirilere maruz kalan aile hekimliği uygulanmaya başlamıştır. Bu uygulama ile 148 hastane, 370 sağlık tesisi ve 56.000 sağlık personeli SSK'dan alınarak Sağlık Bakanlığı'na devir edilmiştir. “Sosyal Güvenlik Kurumu” (SGK) kurularak bütün sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması olumlu olmasına rağmen, sağlık hizmetinin kamu hizmetinden çıkarılarak özelleştirilmesini desteklemek için gerçekleştirilen bu toplanma düşündürücüdür. Sağlık gibi son derece hayati bir konunun serbest piyasanın değişken şartlarına terk edilip

alınıp-satılan bir mal haline dönüştürülmesi ile sağlık bir hizmet olarak metalaştırılmıştır [14].

Günümüzde toplumların çoğunda sağlık bir hak olarak kabul görmüş ve “sağlık hakkı”na anayasalarında yer vermişlerdir. Sağlık hizmetinin piyasaya bırakılmasıyla, kişilerin faydalandığı hizmet ihtiyaca göre değil, satın alma gücüne göre belirlenmektedir. Şenatalar [6], sağlık hizmetinin herkese eşit bir şekilde sunulmasını öngören sağlık hakkının kağıt üzerinde benimsendiğini, fakat pratikte ne kadar yerine getirildiği üzerine düşünülmesi gerektiğini söylemektedir. Kasapoğlu [14], Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın serbest piyasa mantığı ile oluşturulduğunu ve sağlık hizmeti kuruluşlarını ticari kaygı taşıyan işletmelere dönüştürdüğünü dile getirmektedir.

Bir ülkenin sosyal güvenlik politikasına göre belirlenen ilkeler doğrultusunda sağlık hizmetlerinin örgütlendiğini belirten Fişek [16], tedavi hizmetlerinin kamu hizmeti olarak görülmediğini ve “gücü yetenin sağlık hizmetini alması” nı öngören bir politikanın varlığında; sağlık personeli, hekim, hizmet ve tesis dağılımı piyasa şartlarına göre kendiliğinden oluştuğu için bu ülkede örgütlenmeden bahsedilemeyeceğini söylemektedir.

Bu bölümde, 2003 yılında çıkarılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlıkta özelleştirmelerin olduğu bir dönem başlamış bulunmaktadır. Bu tez kapsamında incelenecek olan aile sağlık merkezinde sunulan aile hekimliği hizmetinin bu dönemde uygulanmaya başlandığı görülmektedir.

Aile Hekimliği

Bu bölümde; aile hekimliği sistemi ve aile hekimlerinin görevleri incelenmekte, konuyla ilgili tanımlamalara ve görüşlere yer verilmektedir.

Yönetmelikte geçen aile hekimi: “kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri” olarak yer almaktadır. Aile hekimliği birimi ise, bir aile hekimi ile en az bir aile sağlığı elemanından meydana gelen yapıyı anlatmaktadır [24].

9 Aralık 2004 tarihinde “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ile bu kanuna göre çıkarılan 6 Temmuz 2005 tarihli “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” uyarınca; Düzce’de 15 Eylül 2005 tarihinde pilot uygulama başlamış, sonrasında hızla ilerleyerek 2006 yılı sonunda 7, 2007 sonunda 15, 2008 sonunda 32, 2009 sonunda 35 şehre ve 2010 yılı sonunda ise tüm ülkeye yayılmıştır [21]. Bugün halen uygulanmakta olan aile hekimliği ile herkesin bir aile hekimi olması hedeflenmiştir ve Aile Hekimliği Biriminde (AHB) birinci basamak sağlık hizmeti sunulmaktadır [25].

Aile hekimliği, temel sağlık hizmetlerinin önemli bir koludur ve aile hekimleri valiliklerle sözleşmeli elaman olarak çalıştırılmaktadır. Sistemin özü, devletin sorumluluğu vatandaşla paylaşmasıdır ve böylece, devlet birinci basamak sağlık hizmetlerinden büyük ölçüde çekilmektedir. Daha iyi bir hasta doktor ilişkisi için kişiler, kendi seçtikleri aile hekimleri tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerini almaktadırlar. En temel farkın nüfusa göre, ekip halinde, çok amaçlı hizmet vermenin olduğu aile hekimliği, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ile çok fazla benzer yanları bulunmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği ve aile hekimliği sistemini desteklemek üzere Toplum Sağlığı Merkezleri kurulmuştur [14].

Bireylerin sağlık hizmeti alma alışkanlıkları, nüfus yoğunluğu, idari ve coğrafi koşullar dikkate alınarak aile hekimlerinin çalışma bölgeleri tespit edilmekte ve bölgede yaklaşık 2000 kişiye bir aile hekimi olacak şekilde aile hekimliği birimleri belirlenmektedir. Her bölgede aile hekimine kayıtlı nüfus sayısı aynı olmayabilir. Valilik, yerleşim alanının nüfus hareketleri ve hizmet gereksinimindeki değişikliklerden dolayı yeni aile hekimliğinin açılması veya kapanması için teklif verebilmektedir. Yeni aile hekimliği birimleri, Kurumun durumu değerlendirdikten sonraki onayı ile açılabilen veya kapatılabilir [24].

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine [24] göre, aile hekiminin kayıtlı kişilere karşı görevlerinden bazıları aşağıdaki gibidir :

- Birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon hizmetleri ile sağlığı geliştirici ve koruyucu sağlık hizmetlerini vermek,

- Sağlıkla alakalı konularda rehberlik yapmak, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek,
- Düzenli sağlık muayenesi yapmak,
- Kendisine kayıtlı olan kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına göre takip ve taramalarını (gebe, lohusa, bebek, adölesan (ergen), çocuk sağlığı, yaşlı sağlığı, kanser vb.) yapmak,
- Engelli, yaşlı, yatalak gibi mecburi durumdaki kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde kişiye yönelik sağlık hizmetlerini vermek,
- Hastalardan teşhis veya tedavisi yapılamayanları diğer basamaklara sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak,
- Bağışıklama programı kapsamında ihtiyaç duyulan aşılar aile hekimleri tarafından uygulanmaktadır.

2018 mevzuat kitabında belirtildiği üzere, aile hekimleri, sağlık hizmetlerine yardımcı olması amacıyla güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya gibi işler için veya ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ek sağlık hizmetleri için personel çalıştırabilmekte ya da hizmet satın alabilmektedir [26].

Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği [27]'ne göre, aile hekimine kayıtlı kişi sayısının aralıksız iki aydan fazla süreyle bin kişinin altına düşmesi halinde sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimi ve aile sağlığı elemanının sözleşmesi, alınan savunmalar uygun görülmediği takdirde, vali tarafından herhangi bir ihbar veya ikaza gerek duyulmadan sona erdirilmektedir. Aytül [14], hekimlerin iş yükü fazlalığı, düşük kalite hizmet sorunları, kayıtlı hasta sayısı eksilmesi halinde aile hekiminin sözleşmesi iptal edilerek yerine başka bir hekimin tayini gibi sistemde bazı sorunların da yaşanmakta olduğunu söylemektedir. Hizmet talep edilmemesinin nedeni sadece hekim olmamakla birlikte, bunun birçok farklı sebebinin olabileceğini belirtmektedir.

Sağlık ocağı sisteminde devlet sağlık hizmetlerini kamusal bir sorumluluk olarak görürken; aile hekimliğine geçiş ile verilen sağlık hizmetleri neredeyse aynı kalırken, hizmetin veriliş şekli özelleştirilmiştir. Geçmişte sağlık ocaklarında hekim, hemşire,

ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter ve şoför kadroları bulunmaktaydı ve herkes memur olarak güvence altındaydı; fakat şu an hekimler ve sağlık elemanları sözleşmeli olarak çalışmaktadır. Bu durum hastalara müşteri gözüyle bakılmasına ve sağlık hizmetlerini metalaştırmaya sevk etmiştir [14].

2.1.6. Bölüm Sonucu

Bu bölümde sağlık, sağlık hizmetlerinin sunumu ve tarihsel gelişimi incelenmiştir. Türkiye’de sağlık alanında meydana gelen değişimler, cumhuriyetin kuruluşundan günümüze dek ele alınıp incelenmiştir. Sağlık sektöründe meydana gelen bu değişiklikler, hükümetlerin kendi sağlık politikalarına göre farklılaşmaktadır.

Zor savaş günlerinin ardından, zor şartlarda olan Cumhuriyet Türkiye’si’nin ilk 15 yılında sağlık ve sosyal örgütlenmenin köylere kadar götürülmesi, tedaviden çok birinci basamağı oluşturan koruyucu hekimliğin öne çıkarılması gibi ileri görüşlölükle hazırlanan kanunlar ve düzenlemeler yapılmıştır. Zor şartlar altında, birçok probleme ek olarak, sağlık sorunları ile uğraşan devlet, sağlığı toplumsal bir olgu olarak ele almakta, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi sorumluluğunu üstlenmekte ve herkesin hizmetlerden eşit yararlanabilmesi için düzenlemeler yapmaktadır.

Sağlık hizmetleri devletin sorumluluğundayken, devlet bu hakkın gerçekteşmesi için gerekli önlemleri alır, teşkilat kurar, denetler hale gelmiştir. Sağlık hizmetinin kamu hizmetinden çıkarılması, özelleştirilmelerin desteklenmesi ile sağlık hizmetleri ticarileştirilmiş, ve sağlık kuruluşları ticari kaygı taşıyan işletmelere dönüşmüştür. Tüm dünyada devletin sorumluluğunda olan koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği aile sağlık merkezleri de bu dönüşümden etkilenerek hastalara müşteri gözüyle bakan, ticari kaygısı olan işletmeler halini almıştır. Kaynak sıkıntısı çeken sağlık kuruluşları için öncelik hizmetlerini sürdürebilmek olmuştur. Bu kuruluşların mimari niteliği ve verimliliği ekonomik kaygılardan dolayı hep göz ardı edilmiştir. Sağlık sektöründe meydana gelen değişikliklerin yalnızca sağlık sistemini değil, hizmetin sunulduğu mekanları da etkilediği anlaşılmıştır.

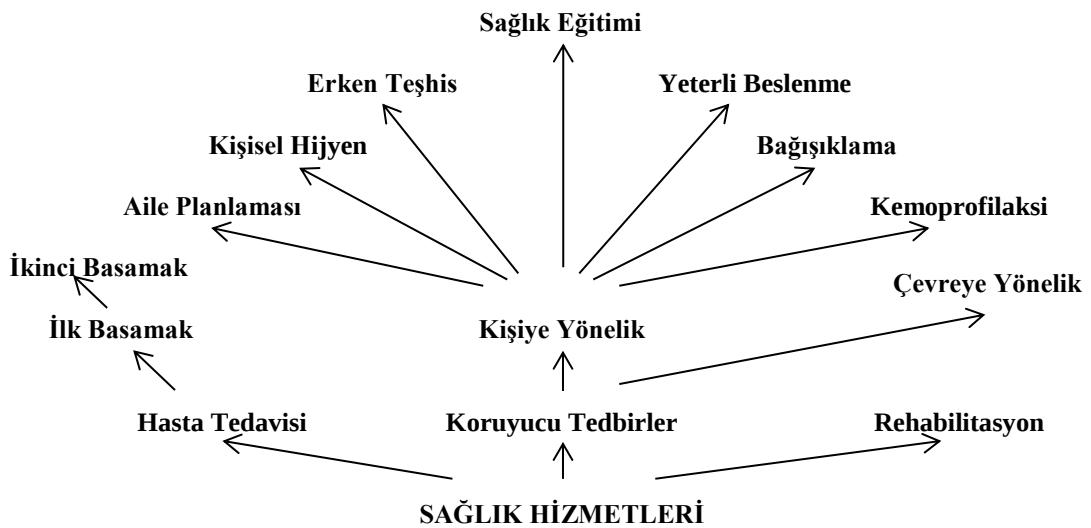
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Bu bölümde, sağlık hizmetleri ve bununla ilgili bazı kavramlara, sağlık hizmetlerinin önemi ve sağlık düzeyine etkileri, sağlık hizmetlerinde etkinliğin artırılması ile ilgili görüşlere ve önerilere yer verilmektedir.

Sağlık, kavramı ağırlıklı olarak kişi ile, sağlık hizmeti ise kişi ve sistem ile ilişkili olduğu için sağlık hizmetlerinin sunumu devlet müdahalesini gerektirmektedir. Devletin sahip olduğu araçlar ile bir kısmını ya da tamamını üstlenerek yaptığı müdahaleler şöyledir [28];

- Sağlık hizmetlerinin herkese erişebilir olmasını sağlamak,
- Sağlık hizmetleri piyasasında meydana gelen aksamaları gidermek,
- Koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak,
- Sağlık sisteminin finansmanını sağlamak veya denetimini yapmak.

Sağlık hizmetleri genel anlamda sağlığın korunması, hastalıkların teşhis ve tedavisi, rehabilitasyon için yapılan çalışmaların bütünü olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri bir bütün olduğu halde, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç ana başlıkta incelenmektedir [1].



Şekil 8. Sağlık Hizmetleri [16]'dan uyarlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, aşağıdan yukarıya doğru olmalıdır. Hastaneler gelişmeden önce, mahalle ve köy hekimleri taban örgütünü teşkil etmişlerdir. Evde tedavisi sağlanamayan hastaları zamanla gelişen hastanelere yollamışlar ve böylece, örgütün yukarı basamakları gelişmiştir. Batının tıp teknolojisini satın alan az gelişmiş ülkeler, bu gerçeği unutmuş ve örgütlenme yukarıdan aşağıya doğru gelişerek hastanelere ağırlık verilmiştir [16].

Akdur [1]'un bahsettiği gibi hastalar tedavi edilip hastalığın etkenlerinin olduğu çevreye geri döndüğünde, hastalık tekrarlayıp yayılabileceği için çevredeki olumsuzluklar giderilerek, hastalıkların önüne geçilebileceği ve hatta yeryüzünden silinebileceği görülmüştür. Bu sebeple, koruyucu sağlık hizmetleri önem ve öncelik taşımaktadır. Çağdaş sağlık hizmet anlayışına göre, kişilerin öncelikle sağlığı korunmalıdır; hastalanır ise, erken teşhis ile uygun tedavi verilmelidir; gerektiğinde de, rehabilite edilmelidir. Çağdaş sağlık hizmeti anlayışının ilkeri şunlardır [1]:

- Sağlık hizmeti hasta bireyden çok sağlıklı bireye götürülür ve koruma tedaviden daha önemli ve önceliklidir,
- En önemli hastalık, toplumda en sık görülen hastalıktır,
- Hastalık sadece kişiyi ilgilendirmez, toplumu etkiler ve ilgilendirir,
- Kişi çevresi ile ayrılamaz bir bütündür ve kişinin sağlığı çevrenin, özellikle de, sosyal çevrenin bir fonksiyonudur,
- Sağlık hizmeti, birçok sektörün hizmetinden etkilenmektedir.

Toplumun sağlık düzeyi, önemli bir gelişmişlik göstergesi olarak kabul görmektedir. Sağlık hizmetleri, hem birey hem de toplum bazında nitelik artırıcı “insana yatırım” anlamına gelmektedir [5]. Çelikay ve Gümüş [28]'ün dediği gibi bireylerin yaşam kalitelerinin korunması, hatta artması, ancak sağlıklı olmaları halinde gerçekleşebilir. Nitelikli ve erişilebilir sağlık hizmetleri ile insanlara kaliteli bir yaşam standardı sağlamaya çalışan devletler; sağlık sisteminin de içinde bulunduğu sosyal, kültürel ve ekonomik alanlarda düzenlemeler yapmaktadır. Ekonomik alanda gelişmek, toplumsal dirlik ve huzurun sağlanması ve sürekliliği insanların sağlıklı olarak aktif rol alması ile mümkün olmaktadır.

Mazgit [5]'e göre, bütün ülkelerin amacı, ekonomik gelişmeyi sağlayarak toplumun refahını arttırmaktır. Refah içinde olabilmenin ön koşulu ise, sağlıklı uzun bir ömürdür. Ekonomik gelişmesini belli bir düzeye getirebilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar ve bireylerin sağlık bilinci artmaktadır. Bununla birlikte, sağlık düzeyinin gelişimi; hastalıkların neden olduğu erken ölümlerin azaltılması, sakatlık veya hastalıkların azalması, çalışma gücünü düşüren halsizlik gibi durumların azalması şeklinde fayda sağlayarak ekonomik gelişmeyi hızlandırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin amaçlarına uygun olarak sunulması ile ekonomik katkı da sağlanmaktadır.

Maruf Önal [29], sağlık hizmetlerinin herkese adil ve eşit olarak ulaştırılması ve dolayısıyla insan gücünden yeterince yararlanılması için yeterli ve rasyonel bir sağlık planlaması yapılması gerektiğini belirtmektedir.

Yıldırım [7]'a göre, sağlık sektörünün belli başlı problemleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

- Sağlık sisteminin organizasyonunda bozukluk ve aksaklıklar ile sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında koordinasyon eksikliği olduğu görülmektedir.
- Koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmet birimleri; daha geniş kapsamlı hizmet verecek şekilde yapılandırılarak, fiziki ve insangücü altyapısı daha iyi hizmet verilmesi için geliştirilmelidir.
- Sağlık sektöründe akılcı kaynak kullanımı için yapılan harcamaların sistemli olarak denetimi yapılmalıdır ve yeni düzenlemeler ile etkinliğin artırılması sağlanmalıdır.

Hastalık, hafif olandan öldürücü olana kadar çeşitli düzey ve ağırlıkta olabilmektedir ve bu durum sağlık içinde sözkonusudur. Kişi, hastalığa yakalanmamış olsa bile, sağlık düzeyi düşük olduğunda etkinliği düşmektedir. Bu yüzden, hastalıklardan korunmanın yanında sağlığın geliştirilmesi ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi gerekmektedir [16].

Aşağıda sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak üç ana başlıkta incelenmektedir. Tez kapsamında incelenen aile sağlık merkezlerinde, birinci basamak sağlık hizmetleri verilmektedir.

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalıklar daha oluşmadan insanları, dolayısıyla, toplumu korumak için verilen hizmetlerin tamamı olarak adlandırılmaktadır. Kendi içerisinde çevreye yönelik ve insana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır [1].

Sağlık hizmetlerinin asıl amacı, bireyi ve toplumu hastalıklardan korumak olduğu için koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu birinci basamak sağlık hizmetlerinin olması kaçınılmaz bir gerçektir [18]. Yıldırım [7]'a göre, bir kişi için hastalık ihtimalinin azaltılması, toplum için ihtimalin azaltılması demektir. Bu sebeple, sağlık hizmetleri arasında koruyucu sağlık hizmetleri, dışsal faydası en fazla olan sağlık hizmetleridir.

Sağlık yapıları içinde koruma ve teşhis yapılarının maliyetleri daha düşüktür, en yüksek maliyetli olan çok yataklı sağlık tesisleri olmasına rağmen, en çok yatırım da bunlara yapılmaktadır. Hastalıktan korumak, hastanın tedavisinden daha az maliyet gerektirmektedir [29]. Bireylerin sağlıklarını ve yaşam kalitelerini korumak için hastalık oluşmadan veya başlangıç aşamasında yapılan müdahaleler daha düşük maliyet gerektirmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri etkinliğinin artırılarak, daha fazla maliyetli olan ayakta ve yatan hasta tedavi hizmetlerine ayrılan harcamaların azaltılması, sağlık giderlerinin daha düşük maliyetlerle gerçekleştirilmesine neden olmaktadır [13]. Altay [3]'ün belirttiği gibi, tedavi hizmetlerinin daha çok organizasyonu ve maliyeti gerektirmesi sebebiyle, koruyucu sağlık hizmetlerine tüm dünyada daha fazla önem ve öncelik verilmiştir.

Küçük yaşlarda çocuk felci geçirmiş ve topal kalmış bir kişiyi hiç bir tedavi ve hekim eski haline döndüremez. Bu çocuk aşılansaydı bu hastalıktan korunsaydı, sakat kalmazdı. Fişek [2]'in verdiği bu örneğe göre, aşılansaydı hastalıktan korunmak mı yoksa tedavi uygulamak mı daha insancıldır? Koruyucu sağlık hizmetleri hem daha ucuz, hem daha insancıldır.

Fişek [2]'in bahsettiği gibi, sağlık yapılarının kuruldukları yerler kişilerin erişebilecekleri yerler olmalıdır. Koruyucu hekimlik hizmetlerinde mesafe daha da önemli hale gelmektedir ve minimuma indirmek gerekmektedir. Daha az gelişmiş ülkelerde koruyucu sağlık hizmetlerinin, her yerleşkede hatta evlerde yapılması başarıyı arttırmaktadır.

2.2.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevre sağlığı hizmetleri olarak da isimlendirilen bu hizmetlerin amacı; insanın çevresindeki sağlığını olumsuz etkileyebilecek etkenleri önleyerek veya ortadan kaldırarak, çevreyi olumlu hale getirmektir [2].

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sağlık sektöründen çok, diğer sektör ve meslek gruplarını ilgilendiren hizmet grubu olmakla birlikte, sağlık sektörünün buradaki görevi; danışmanlık yapmak, denetlemek ve yol göstermektir. Konut sağlığı, hava kirliliği ile savaş, radyasyonla ve gürültü ile savaş, yeterli ve temiz su sağlanması, vektörlerle (haşerelerle) savaş, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, endüstri sağlığı gibi hizmetler bu başlık altındadır [1].

2.2.1.2. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; insanları ve bununla birlikte, toplumu hastalıklardan korumak, onlara karşı dirençli kılmak, hastalanmaları halinde erken tanı ile en uygun tedavi uygulanarak en kısa zamanda sağlıklarına kavuşmasını sağlayan hizmetlerin tümü bu başlık altındadır. Aşılama, ilaçla koruma, erken tanı ve uygun tedavi, aşırı doğurganlığın kontrolü, beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi gibi hizmetler sağlık personelleri tarafından yürütülmektedir [1].

2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Kişilerin hastalanmaları halinde iyileşmeleri için harcanan çabalarının tümü bu grup altındadır ve sağlık personeli ve sektörünce yürütülmektedir. Birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olmak üzere kendi içinde üç kademeye ayrılmaktadır [1].

Hastalık riski ortaya çıktıktan sonra verilen tedavi hizmetleri arasında yataklı tedavi en pahalı sistemdir ve koruyucu sağlık hizmetlerine göre kişisel fayda ön plandadır [7].

2.2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

2018 yılına ait mevzuat kitabında birinci basamak sağlık hizmetleri; ilk aşamadaki teşhis, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri ile sağlığın teşviki ve koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verildiği, kolay erişebilen etkin ve yaygın sağlık hizmeti

sunumu olarak tanımlanmıştır [26]. Birinci basamak tedavi hizmetleri; hastanın ilk başvurduğu hekim veya sağlık personelleri tarafından evde ve ayakta uygulanan tedavi hizmetlerini kapsamaktadır [16].

T.C. Sağlık Bakanlığı 2018 Faaliyet Raporu'nda belirtildiği üzere, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; birinci basamak sağlık kuruluşlarını kurmakta ve işletmekte, gerektiğinde bunları birleştirmekte, ayırmakta, nakletmekte veya kapatmaktadır [25]. Ülkemizde 1961 yılında yasal olarak başlayan sosyalleştirme ile birinci basamak sağlık hizmeti kapsamındaki koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık ocakları ve sağlık evlerinde verilmiş; fakat “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” ile 2003 yılından itibaren aile hekimliği veya aile sağlık merkezleri tarafından vermeye başlanmıştır [13].

T.C. Sağlık Bakanlığı 2018 Faaliyet Raporu'na göre, birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayıları şöyledir: 353 Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve 423 ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı 7.979 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bulunmaktadır [25]. Diğer birinci basamak sağlık tesisleri ve sayıları Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları [25].

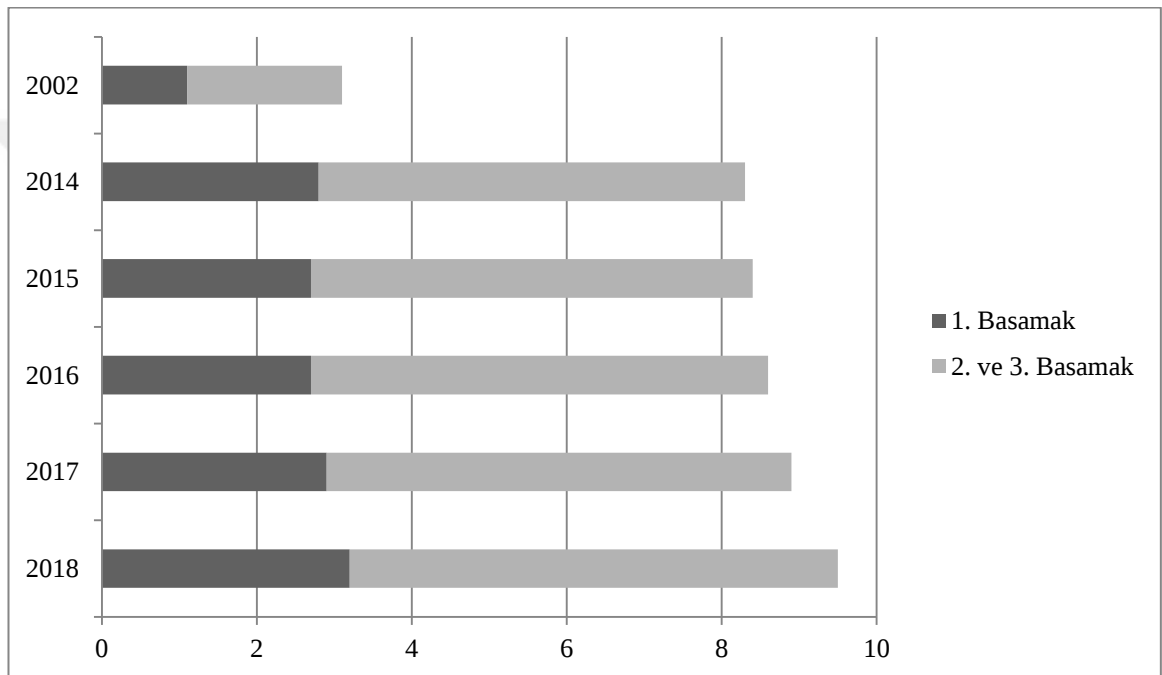
1. Basamak Sağlık Tesisleri	Sayı
Sağlık Evi	5.259
Göçmen Sağlığı Birimi	750
Verem Savaş Birimi	173
Çeküs Birimi	172
Göçmen Sağlığı Merkezi	178
İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi	114
Sıtma Savaş Birimi	35
Hemoglobinopati Tanı Birimi	29
Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezi	35
Deri ve Zührevi Hastalıklar Birimi	8
Göçmen Sağlığı Eğitim Merkezi	7

Tablo 3. Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler [30].

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Sağlık Ocağı	69.103.517	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği	-	214.120.750	208.538.951	205.549.931	228.098.527	258.436.607
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	1.643.937	1.495.558	1.374.153	1.391.817	1.332.580
ÇEKÜS Birimi*	2.980.481	660.056	548.433	525.011	646.856	366.095
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler*	-	2.234.348	3.4 57.520	8.080.631	4.496.425	4.821.348
Özel Poliklinikler	731.132	546.514	523.694	461.013	501.993	539.593
Birinci Basamak Toplamı	74.827.588	219.205.605	214.564.156	215.990.739	235.135.618	265.496.223
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	28.208.781	26.953.360	22.069.610	18.912.829	19.055.722
Hastaneler	124.313.659	396.577.644	418.581.931	447.648.830	464.876.362	497.963.259
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	292.100.331	306.825.524	340.080.539	353.703.814	380.623.055
Üniversite	8.823.361	32.143.930	34.539.363	36.420.413	38.963.933	42.665.139
Özel	5.697.170	72.333.383	77.217.044	71.147.878	72.208.615	74.675.065
Özel 2. ve 3. Basamak Toplamı	134.138.461	424.786.425	445.535.291	469.718.440	483.789.191	517.018.981
Genel Toplam	208.966.049	643.992.030	660.099.447	685.709.179	718.924.809	782.515.204

*Danışmanlık hizmeti başvuruları, hekime müracaat sayısına dahil edilmedi.

Temmuz 2013 tarihinde kabul edilen Onuncu Kalkınma Planı çalışmaları çerçevesinde oluşturulan koruyucu ve temel sağlık hizmetleri çalışma grubu; ‘‘birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısal ve fiziksel yetersizliğinin ve personel açığının giderilmesi, bu hizmetlere yönelik finansal kaynakların artırılması, ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliğini geliştirici çalışmalarının yapılması ve birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan finansal kaynağın artırılmasının gerekli olduğunu’’ belirtmiştir [13].



Şekil 9. Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler [30]’dan uyarlanmıştır.

Birinci basamak sağlık kurumlarının personel ve alt yapı yetersizliklerinden dolayı, ikinci basamak sağlık kurumlarına sevk oranı fazladır. İnsanlar, birinci basamak sağlık kurumlarında vakit kaybetmek yerine, sağlık ihtiyaçlarının daha iyi karşılanacağına inandıkları ikinci basamak sağlık kuruluşlarına doğrudan başvurdukları için birinci basamak sağlık kurumlarının kullanılma oranları istenen seviyeye ulaşamamıştır [13].

2.2.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak tedavi hizmetlerinde; yataklı tedavi hizmetleri verilmektedir [1].

2.2.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri; üst düzeyde uzmanlaşmış ve yüksek teknoloji kullanılan merkezlerde verilen hizmetlerdir [1].

2.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, hastalığın ardından güçsüzlük veya sakatlık gibi sebeplerle işgücünü yitirmiş olan kişilere verilen, işgücü ve çalışma olanağı sağlayan hizmetlerdir. Kendi içinde tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılmaktadır [16].

2.2.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Bireyin günlük işlerini devam ettirebilme imkanına erişebilmesi için kaybedilen organ yerine protez takılması, güçsüzleşen organın yeniden güçlendirilmesi için sağlık sektöründe yürütülen hizmetleri kapsamaktadır [1].

2.2.3.2. Sosyal Rehabilitasyon

Fiziki ve psikolojik olarak hasar almış kişilerin durumlarına göre bakımlarının yapılması, uygun işe yerleştirilmesi gibi sosyal hizmet kurum ve personeline yürütülen hizmetlerdir [1].

3. BÖLÜM

SAĞLIK YAPILARI TASARIM KRİTERLERİ

Bu bölümde sağlık yapılarının, ne şekilde ele alındıklarını ve uygulandıklarını görebilmek için, mevcut tasarım kriterleri incelenmektedir. Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları incelenerek sağlık yapılarında aranan kriterler üzerinde durulmaktadır. Sağlık yapılarının tabi olduğu yasa ve yönetmeliklerin yanı sıra; sağlık yapılarının tasarımında uluslararası alanda son zamanlarda benimsenen iyileştiren mekanlar ve hasta odaklı tasarım anlayışı irdelenmektedir. Mevzuat Kitabı'nda ve Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre aile sağlığı merkezlerinde aranan mekansal özelliklere yer verilmiştir. Aile sağlık merkezleri asgari fiziki şartlarda aranmayan fakat sağlık yapıları tasarım kriterlerine göre, olması lüzumlu mekansal gereklilikler ortaya konmuştur. Türkiye'deki aile sağlığı merkezi yapıları elde ediliş biçimleri araştırıldıktan sonra, Dünya'dan ve Türkiye'den seçilen nitelikli küçük ölçekli sağlık yapılarına örnekler verilmiştir. Bölüm sonucunda ise, incelenen sağlık yapıları mimari tasarım kriterlerine ve örneklerle göre küçük ölçekli sağlık yapılarında bulunması gereken kriterler ortaya konmaktadır.

Sağlık yapıları, bireyin doğumundan, hatta anne karnındayken ölümüne kadar, toplum, çevre, doğa ile ilişkili geniş kapsamlı bir hizmet türü olan sağlık hizmetlerinin verildiği bir üründür [29]. Özgen [31], sağlık yapılarının ekonomik ölçütlerin ötesinde bir öneme sahip olduğunu ve katkı sağladığını şöyle ifade etmektedir: “Sağlık yapıları tasarımının topluma değer katacak, şekillendirecek kuvvete sahip, maliyeti büyük ölçekte etkilemeyecek bir zenginlik olduğunu unutmamak gerekir. Topluma, şehre, bireylere ait iyileştirme mekanları, sağlıklı nesiller yetişmesine fırsat tanıyacaktır.” Bu bağlamda, sağlık yapılarının tasarımı da önemli hale gelmektedir.

Yataklı tedavi hizmetlerinin sunulduğu hastanelerde, blok tip ve ayırık birimlerden oluşan mekansal denemeler, pavyon plan tipinin uygulanmasının ardından asansörün düşey bir taşıma aracı olarak bulunması ile dikey biçimlenişe geçilmiş ve bu gelişme ile iç-dış mekan iletişimine izin veren yaşanabilir mekan algısı değişim göstermiştir. Geniş alanlar ve maliyet gerektiren tek katlı pavyon sistemi terk edilerek, I, L, T, Y ve H tip planları ile çeşitlilik gösteren, daha ekonomik olan “mono blok” sistemine geçilmiştir. Zamanla, arsa değerlerindeki değişim ve hastane birimlerindeki büyümeden kaynaklı kapasite artırma gereksiniminden doğan gökdelen hastane sistemleri ve sağlık kampüsleri görülmektedir [31]. Sağlık yapılarında, ekonomik kaygı ve ihtiyaçlardan dolayı, tip planlarının evrildiği, hızlı bir şekilde sonuç ürününe ulaşma isteğiyle en iyi ihtimalle asgari fiziki ihtiyaçların karşılandığı, tersi bir yaklaşımın sermaye ve süre kaybı olarak algılandığı bir yapılaşma süreci olduğu görülmektedir.

Akdur [1], Türkiye’de sağlık politikasının çizilmesi ve uygulanmasından Sağlık Bakanlığı’nın sorumlu olduğunu, fakat diğer sağlık birimleri üzerindeki yetkisi oldukça az olduğu için, ülkemizde sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi veya eşgüdümünden bahsedilemeyeceğini belirtmektedir. Birbirinden bağımsız ve habersiz hizmet üreten birçok kuruluş olduğu için de sınırlı miktarda ayrılan kaynakların verimli kullanılamadığını söylemektedir. Bunun sonucu olarak da, niteliksiz yapılar oluşmaktadır. Bu niteliksiz yapıların oluşmasının diğer sebebi olarak, Türkiye sağlık yapıları asgari tasarım standartlarında, sağlık sektöründe “örnek proje” adı altında uygulanan projeler olduğu belirtilmektedir. Bu örnek veya tip olarak adlandırılan projelerin zamanla farklılaşan ihtiyaçlar sebebiyle uygulandıktan sonra oluşan tadilat ihtiyaçlarının maliyetleri artırdığını, çoğu zaman mevcut yapının maliyetini geçtiği halde istenen hizmet kalitesine ulaşamadığı belirtilmektedir. Herhangi bir yerde çok iyi işleyen bir plana sahip sağlık yapısı olmasına rağmen, başka bir yerde eksik kalabileceğinden dolayı, kopya ve tip projelerden uzak durulması gerektiğinin altı çizilmektedir [32].

Şenkal Sezer [33]’e göre, sağlık yapıları kullanıcılarının çoğunlukla sağlık problemleri ile burada bulunacakları düşünüldüğünde, bu yapıların planlanması, tasarımı ve uygulanması büyük bir önem ve titizlik gerektirmektedir. Tasarım aşamasında iklimsel veriler, yönelim, doğal havalandırma, doğal aydınlatma ve enerji etkin tasarım parametreleri mimar ve bu işin uzmanları tarafından mutlaka düşünülmesi gereken

unsurlardır. Bu konuda benzer fikre sahip olan Önal [29]'ın da söylediği gibi, sağlık yapıları mimar idaresinde, işinde uzman kadrolar ile tasarlanmalı ve uygulanmalıdır. Aksi takdirde, yapıların hizmete başlaması uzamakta, bütçe aşımı yaşanmakta, verimlilik oranı azalmaktadır.

İnsan ve mekan arasında sürekli bir etkileşim olmakla beraber, bu etkileşim birbirlerini değiştirmeye ve yönlendirmeye dayalı bir süreçtir. İnsan, mekanı işlevleri ve ihtiyaçları doğrultusunda kullanmakta, mekan da insan hareketlerini yönlendirmekte ve kısıtlamaktadır. Bu karşılıklı etkileşim içinde kullanıcı, kendi ihtiyaçlarının nitelikli mekanlarda karşılanmasını istemektedir [34]. Bu bağlamda, tasarımcılar mekanların olumsuz yanlarını en aza indirmeli, kaliteli ve işlevsel mekanlar oluşmasını sağlamalıdır. Benzer görüşe sahip olan Şenkal Sezer [33]'de, bireylerin bulundukları mekanlarda sağlıklı ve üretken olabilmeleri için yapı daha tasarım aşamasındayken, gereken fizyolojik rahatlıkla eş anlamdaki konfor ve konfor koşullarını sağlayacak olan etkenlerin iyi analiz edilmesi, planlanması, gerekli önlemler alınarak uygulanması gerektiğini belirtmektedir.

Güç [34], ayrıca, mekanların, kullanıcılarının duyguları üzerinde oluşturduğu etki ile algılanmakta ve deneyimlenmekte olduğunu söylemektedir. Algılama, kişiler tarafından farklılık gösteren bir kavram olduğu için, mekanın nasıl algılanacağını belirleyen tasarımcının buradaki rolü önemlidir. İyi bir tasarım için; mekanı tasarlayan, kullanan ve mekan arasında güçlü bir dil birliğinin sağlanması gerekmektedir. Tasarımcı; kullanıcı ihtiyaçlarını gözetmeli, mekansal öğeleri toplumun kültürü, gelenekleri, beklentileri paralelinde oluşturarak kolay algılanan mekanlar oluşturmalıdır. Tuncer Gürkaş ve Barkul [35] da sadece fiziksel ihtiyaçların karşılandığı mekanın tasarım nesnesi olarak görülebilmesi için, toplum-mekanı da içinde barındıran “yer”i, algısal, tarihsel, politik, deneyimsel, ekonomik, toplumsal, zihinsel, görsel vs. katmanlarıyla sorgulanması gerektiği üzerinde durmaktadır.

Mimarlar kullanıcılarına kaygı, korku gibi olumsuz duyguların çağrışım yaptığı sağlık yapıları yerine, mekan ile etkileşim kurabilecekleri, sosyal bir mekan oluşumuna izin veren, maddi kaygılardan etkilenmeksizin iyileştirici güce sahip mekan ve tasarım yaklaşımları ile topluma katkı sağlayabilecek konumdadırlar [31]. Mimarlar tarafından,

sunulan hizmetin ihtiyaçları, aşamaları düşünülerek, işlevin doğruduğu gereksinimler göz önünde bulundurularak sağlık yapısı biçimlenmelidir.

Fiziksel mekanın estetik özelliklerinin hasta psikolojisine katkısı düşünülerek tasarlanması gereken sağlık yapıları; görsel, işitsel, termal ve kokusal konfor koşullarını sağlamalı ve ergonomik olmalıdır [36]. Bu bilgiler ekseninde, sağlık yapılarının yerleşimi ve çevre ile ilişkisi, mekansal gereklilikleri, uyulması gerekli olan yasa ve yönetmelikler, tasarımda yeni yaklaşımlardan olan hasta odaklı tasarım ve iyileştiren mekanlar aşağıda incelenmektedir.

3.1. Yerleşim ve Çevre

Bu bölümde, günümüzdeki sağlık yapılarının hangi kriterlere göre yer seçimlerinin yapıldığı, vaziyet kararları, otopark ihtiyaçları, mevcut çevre ile ilişkisi sorgulanmaktadır.

Bütün sağlık yapılarının yer seçim kısıtları, kamu sektörü ve özel sektör yatırımcıları için çok önemlidir. Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları [32]'nda, en etkin ve en iyi sağlık hizmetini sunabilmek için gerekli olan yer seçim kriterleri şöyledir:

- Yakın ve orta vadede gelişme potansiyeli olduğu öngörülen bir bölgede olması,
- Yerleşim birimlerine, nüfus yoğunluğunun olduğu yerlere ve diğer sağlık kurumlarına yakın olması,
- Arsa maliyetinin düşük olması,
- Toplu ve özel taşıma araçları ile rahat ulaşımın sağlanması ve araç park yeri ihtiyacının yeteri kadar karşılanması,
- Trafik yoğunluğundan mümkün olduğunca az etkilenmesi,
- Gürültü, çöp, toz, aydınlatma gibi çevresel olumsuz etkenlerden olabildiğince uzak olması,
- Kanalizasyon, elektrik, doğalgaz, su gibi altyapının mevcut olması gerekmektedir.

Önal [29]'a göre sağlık yatırımlarının yer seçiminde; ulaşım kolaylığı, topoğrafik veriler, gelişme olanakları gibi veriler öncelikli incelenerek sağlık hizmetlerinin en iyi

şartlarda, verimli olarak sağlanabileceği alan tercih edilmelidir. Yer seçim kriterlerinden biri olan sağlık tesislerinin asgari alan büyüklükleri aşağıda yer almaktadır. Yapılması düşünülen sağlık yapısına göre aşağıdaki büyüklükler dikkate alınarak yerleşilecek alan belirlenmektedir.

Tablo 4. Sağlık Tesisleri Asgari Alan Büyüklüğü [32].

Sağlık Tesisleri	m ²
Köy Tipi Sağlık Ocağı	2.240
İlçe Tipi Sağlık Ocağı	2.300
İlçe Tipi Sağlık Evi	1.050
Sağlık Merkezi (15 Yatak)	2.300
Hıfzısıhha Enstitüsü	3.200
Halk Sağlığı Laboratuvarı	1.000
Dispanser-Semt Polikliniği	5.000
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	1.050

Devlet hastaneleri (25-700 yatak), ağız ve diş sağlığı merkezi, fizik tedavi ve rehabilitasyon hastaneleri, doğum ve çocuk bakım evleri (75-250 yatak), acil yardım ve kurtarma istasyonu, ihtisas hastanelerinde, yatak başına 130 m² alan ayrılmaktadır [32].

Ülkemizde sağlık yapılarının yer seçimlerinde, mülkiyet durumu en fazla belirleyici role sahip etkindir. Bu yüzden, belediyeler, genellikle Sağlık Bakanlığı'nın bilgisine başvurmadan yer seçiminde bulunmaktadır. İmar planında kullanımı başka işlev için ayrılmış alanların mülkiyeti hazineye ait ise, Bakanlığın ara girmesi ile sağlık tesisi alanı olarak değiştirilmektedir [32].

Yer seçiminden sonra, sağlık kurumunun vaziyet planı kararları, güvenlik politika ve protokolleri dikkate alınarak kontrol ve güvenliği sağlanan, acil hallerde kolayca erişimin sağlandığı, kolay algılanan erişim yolları ve kontrol noktaları olacak şekilde oluşturulmalıdır. Vaziyet planı kararlarında; acil giriş ve çıkışları, lojistik giriş ve çıkışları, araç ve yaya trafiği ile otopark ihtiyacı düşünülmelidir [32].

Otopark ihtiyacı için yeterli alan ayrılmalı, araç giriş ve çıkışları belirtilmelidir. Sağlık yapılarında uygulanan Otopark Yönetmeliği'ndeki standartlara göre, her 125 m² kapalı

alan için en az bir otopark yeri ayrılması gerekmekte; fakat, bölgedeki ihtiyaçlara göre otopark sayısı artırabilmektedir. Açık tesislerde parsel alanı üzerinden, diğer yapılarda ise emsal hesabı üzerinden otopark miktarı belirlenmekte ve sonuç değerleri yaklaşık olarak benzer olduğu için, pratik olarak en az hasta yatak sayısı kadar otopark miktarı belirlenmektedir [32].

Yeterli otopark miktarının nasıl hesaplanacağı otopark yönetmeliğinde belirtilmişse de, Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları'nda pratik olarak hesaplama yöntemleri de mevcuttur. Otopark ihtiyacının ön çalışması olmalı, yapılamadığı durumda her çalışan için bir park yeri veya her yatak için iki park yeri ayrılması gerekmektedir. Diğer sağlık hizmetleri için ilave park alanı bulundurulmalı; ayrıca, servis araçları, acil hastalar için kullanılan araçlara park alanı düşünülmesi gerekmektedir. Diğer bir pratik hesaplama, görevli her doktor için bir otopark yeri ile birlikte diğer dört sağlık personeline bir otopark alanına ek olarak her hasta yatak başına bir otopark yeri temin edilmesi şeklindedir [32].

Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları'nda sağlık yapısının yerleşiminde, fiziksel çevrenin tasarımında ve binanın organizasyonunda; manzara, hakim rüzgar, doğal ışık, güneşlenme gibi arazi verilerinin dikkate alınması gerekliliği belirtilmektedir. Yeşil alan konusunda da belediyelerin kanun ve yönetmeliklerine uyulması gerektiği ve ilgili belediye tarafından yeterli yeşil alan ayrıldığıının belgelenmesinin uygun olacağından bahsedilmektedir [32]. Gezer [37], sağlık yapısı tasarlanırken, iyi bir planlamanın yanı sıra, yapıyı oluşturan çevre ile ilişkisinin sorgulanması gerektiğini ve iç mekan kadar oluşturulan dış mekanların da düşünülmesi gerektiğini söylemektedir. Düzenlenen dış mekanlar; dinlenmeye, beklemeye, doğal alan ihtiyacına cevap vermeli ve hakim rüzgar yönü, güneşlenme, arazi ve iklim verilerine göre tasarlanmalıdır.

Olguntürk [38] küçük yaşlardan itibaren her insanın farklı sıklıkta kullandığı sağlık yapılarının nitelikli bir çevre oluşturacak şekilde tasarlandığında, iyi bir hizmet vermelerinin yanı sıra kaygı, korku, fiziksel ve duygusal iyi hissedememe haline olumlu katkı sağlayacağını dile getirmektedir. Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları [32]'nda su ögesinin, insan psikolojisi üzerinde olumlu etkileri olmasının yanı sıra, mikroorganizma üretme durumu da söz konusu olduğu için suyun kalitesinin

korunması gerektiği belirtilmektedir. Açık mekanlarda suyun temas ettiği malzemelerin kimyasal çürümeye karşı dayanıklılığı sorgulanarak kullanılması önerilmektedir.

Özgen [31] sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık yapıları için; sosyal ortamlar oluşturabilen, ortaklaşa eylemlerin gerçekleştirildiği bir merkez olma eğiliminde olduğunu düşünmektedir. Sürdürülebilir bahçeler, dinlenme alanları, bekleme alanları, beceri stüdyoları, oyun alanları gibi kişilerin birlikte kullanımına uygun açık mekan önerileri vermektedir.

Sağlık yapılarında yer seçimi kriterlerinden olan rahat ulaşım, nüfus yoğunluğu, gelişme olanakları gibi veriler önemli yere sahip olsa bile, ekonomik kaygı sebebiyle arsa maliyeti ve mülkiyet durumu en çok belirleyici role sahip olan etkenlerdir. Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları'nda sağlık yapılarının vaziyet planı kararları ile ilgili olarak, acil giriş ve çıkışlarının, lojistik giriş ve çıkışlarının, araç ve yaya trafiğinin düşünülerek kolay algılanan erişim yolları oluşturulması, yeterli otopark alanının ve yeşil alanın ayrılması, manzara, doğal ışık, güneşlenme, hakim rüzgar ve arazi verilerine göre yerleşimin yapılması gerekliliğinden bahsedilmektedir. Özgen'in belirttiği gibi, sağlık yapıları düzenlenen dış mekanlarla ortak kullanıma uygun, sosyalleşme alanlarının olduğu yer olma eğilimindedir. Nitelikli bir çevre oluşturularak, kişilerin hastalıkları dolayısıyla yaşadıkları korku, stres, kaygı gibi duyguları azaltarak olumlu katkı sağlamaktadır.

3.2. Mekansal Özellikler

Olguntürk [38], mekanların etkili görsel kalitesini arttıran uygulamaları, mekansal gereklilikler ve algısal kalite olarak görmektedir. Mekansal gereklilikler, kullanıcı ve mekan arasındaki fiziksel ilişkiyi anlatırken, algısal kalite ise kullanıcı ve mekan ilişkisini görme, duyma, dokunma gibi duyular açısından sorgulamaktadır. Bu bağlamda, mekansal gereklilikler tefriş, erişebilirlik, boyutlar ve güvenlik konularını; algısal kalite ise malzeme, aydınlatma, doku ve renk ile ilgili gereksinimleri içermektedir. Bu bölümde sağlık yapılarının mekansal özellikleri, asgari mekansal gereklilikleri incelenmektedir. Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu [32]'na göre, bütün sağlık yapılarında bulunması gerekli olan genel mekansal kriterler aşağıdaki gibidir:

- Tüm mekanlarda mümkün olan her yerde, doğal ışığa, doğa manzaralarına ve dış mekana erişimi olacak şekilde planlanmalı, kütlenin yerleşimi ve mekan organizasyonu doğal arazi verilerine uyum sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Proje tasarımında personel, hasta ve yakınlarının erişebilecekleri terapötik ve canlandırıcı bahçeler bulunmalıdır.
- Yoğun olarak kullanılan sağlık tesislerinin karşılanma ve bekleme mekanlarının ölçüleri kliniğin niteliğine göre, öngörülen hasta ve yakınlarının sayısına uygun olacak şekilde ayarlanmalıdır. Yığılmanın olduğu ana giriş, poliklinik, ameliyathane, acil servis ve yoğun bakım giriş mekanlarında, hasta yakınları için bekleme alanları ve fizyolojik gereksinimlerini karşılayabilecekleri yerler ayrılmalıdır.
- Sağlık tesisi ana girişi, araçların kolayca ulaşabildiği, araçla gelen ve tekerlekli sandalye veya sedyeye ihtiyaç duyan hastaların rahatça inebildikleri, üzeri örtülü bir alan olacak şekilde düzenlenmelidir. Girişte ısıyı muhafaza etmek amacıyla, iç ve dış havayı birbirinden ayıran bir rüzgarlık bulunmalıdır. Kapıların sayısı, rüzgarlığın boyutu hastanenin hasta potansiyeline göre planlanmalıdır. Giriş mekanlarında; müracaat, danışma gibi alanlar bulunmalı ve bu alanlar insan kalabalığını süratli bir şekilde dağıtacak nitelikte düzenlenmelidir.
- Acil servis girişleri, ambulans ve yaya girişi olarak düzenlenmeli, aynı anda birden fazla ambulansın hasta indirmesine imkan vermeli ve üzerleri kapalı değildir. Acil girişinde; sedye ve tekerlekli sandalye park alanının, güvenlik birimi ve polis için ayrılmış bir bölümün, müracaat, vezne ve karşılama ekibinin bulunduğu alanlar ile hasta yakınları için bekleme mekanlarının olması gerekmektedir.
- Poliklinik girişlerinde vezne, danışma, müracaat birimleri bulunabilir. Hastanenin bu alanları, hastalar ve yakınlarından oluşan kalabalıkları hızlı bir şekilde dağıtırken, hastaların işlemlerini de seri olarak halledecek şekilde düzenlenmelidir.
- Hastane personeli ve genel kullanım olarak planlanan tuvaletlerin sayısı, kullanıcı sayısına göre hesap edilmektedir. Hasta ve yakınları için ayrılan tuvaletler; poliklinik alanlarında, çok amaçlı odalarda ve gerekli görülen diğer yerlerde, kadın ve erkekler olarak ayrı şekilde yeterli sayıda, engellilerin kullanımı için elverişli ve hizmet verdiği hasta grubuna da uygun olacak şekilde planlanmalıdır.

- Her muayene odası/poliklinik odası, hasta mahremiyetini korumalı ve gün ışığı almalıdır. En az bir doktor, bir hemşire veya tıbbi sekreter, hasta ve yakınının olacağı düşünülerek genel muayene odalarının asgari 20 m² olması gerekmektedir.
- Bugün elektrik ve mekanik tesisatları gibi çoğu donanım alt yapısı tavanlarda çözüldüğü ve aktarıldığı için, tavan yükseklikleri mimari projede belirlenen yükseklikten farklı olabilmektedir. İnce işler bittikten sonraki yükseklik; çalışma odaları, hasta odaları, izole odalar, mutfak, toplantı salonu, yemekhane, koridor gibi mekanlarda en az 270 cm olması gerekmektedir. Cerrahi, ameliyathane, pediatrik yoğun bakımlar, müşahede, doğumhane gibi mekanlarda ise en az 300 cm olması istenmektedir. Tavanların fazla yüksek veya basık olması halinde mekanların ışıklandırma, ısınma, havalandırma ve enfeksiyon kontrolü bozulmakta, ısınma ve ışıklandırma maliyetleri değişmekte ve kullanıcılar üzerinde olumsuz etki bırakmaktadır.
- Hasta yatak veya sedye erişimi olması gereken tüm mekanların kapı genişliği asgari 105 cm, tekerlekli sandalye erişimi gerekli yerlerin kapı genişliği en az 90 cm olması gerekmektedir. Araçların, tekerlekli sandalyelerin rahat hareket edebilmesi için ekler ve eşikler kaplanmalı ve yerle hemzemin durumuna getirilmesi gerekmektedir.

Mekanların fiziki gerekliliklerinin yanında, bu mekanların işlevlerinin, işleyişinin ve birbirleriyle ilişkilerinin ve öncelik durumuna göre diziliminin doğru kurgulanması gerektiğini de söylemek gerekmektedir. Bu konuyla ilgili olarak, Gezer, sağlık yapısının tasarımında mekanların organizasyonunun, doğru işleyişinin, mekan büyüklüklerinin sağlık problemi yaşayan kullanıcıları tarafından kolay ulaşılabilen, yorucu olmayacak ve zaman kaybettirmeyecek şekilde planlanması gerektiğini belirtmektedir [37]. Sungur Ergenoğlu ve Aytuğ [36]'a göre de, sağlık yapısının, mekansal organizasyon planları ve işlevsel dolaşım açısından kullanışlı ve verimli olacak şekilde tasarlanması gerekmektedir. Yapı, çok amaçlı mekanlar ile toplum kullanımına olanak sağlamalı, ilerleyen zamanlarda yaşanabilecek değişikliklere ve gelişen isteklere cevap verebilecek esneklikte ve uyum sağlayabilecek şekilde tasarlanmalıdır.

Çeşitli ve çok sayıda kullanıcıya hizmet veren sağlık yapılarında güvenlik ve mahremiyet konuları da önem arz etmektedir. Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu [32]'nda, sağlık yapılarının girişinde herkese denetim

yapılamadığından dolayı, güvenliğin bina içinde sağlanmasının gerektiği belirtilmektedir. Bu da, mekanların organizasyonunda mekanların diziliminin ve işleyişinin işlevsel olarak tasarlanmasıyla sağlanabilmektedir. Yataklı tedavi hizmeti verilen kurumlarda, genel sirkülasyon ile personel/hasta sirkülasyonunun birbirinden koparılması ve mekanların işlevlerine göre birbirleriyle ilişkilerinin ve işleyişin doğru düzenlenmesiyle hastaların gizlilik ve mahremiyeti sağlanmalıdır [32].

Aşağıda mekansal gerekliliklerinden olan erişebilirlik konusu ile algısal kaliteyi etkileyen aydınlatma, havalandırma ve gürültü ve malzeme seçimi ve kullanımı başlıkları altında sağlık yapıları incelenmektedir.

3.2.1. Erişebilirlik

Bu bölümde sağlık yapılarına ait mekanlarda erişebilirlik konusu irdelenmektedir. Öncelikle, erişebilirliğin ne olduğu ve önemi ile ilgili görüşlere yer verilmektedir. Daha sonra, Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu'nda ve ilgili kaynaklarda geçen sağlık yapılarında erişebilirliğin nasıl olması gerektiği üzerinde durulmaktadır.

Kullanılan mekanda, bireyin nesneyle ve bir başka bireyle etkileşimi gerçekleşmektedir. Kullanıcılarının faaliyetlerini kolaylıkla gerçekleştirebileceği, ihtiyaçlarını karşılayan mekanların; erişilebilir, yaşanabilir ve kullanılabilir olması gerekmektedir [39]. Mamatoğlu [40] erişebilirlik çalışmalarını dört başlığa ayırmıştır:

1. Bina ve açık alanlara erişilebilirlik: konut, eğitim, sağlık, alışveriş merkezleri gibi binalar ile kent, şehir, bölge vb. ölçekteki açık alanları kapsamaktadır.
2. Ulaşımда erişilebilirlik: toplu taşıma araçları, demiryolları, metro, otobüs işletmeleri, hava yolları vb. ulaşım yollarına ve araçlarına erişimi kapsamaktadır.
3. Hizmetlere erişebilirlik: Eğitime, sağlık hizmetlerine, adalete, kültürel yaşama, dinlenme, spor faaliyetlerine, siyasal ve toplumsal yaşama erişimi kapsamaktadır.
4. Bilgi ve bilişim teknolojilerine erişebilirlik: Kamu web sitelerine, internet teknolojilerine, sanal kütüphanelere erişimi kapsamaktadır.

Sungur Ergenoğlu ve Yıldız [41]'a göre erişebilirlik; bir alet, ürün, hizmet veya çevrenin çoğunluk tarafından kullanılabilirliğinin derecesini ifade etmektedir.

Erişilebilirlikte, ağırlıklı olarak engelli bireylere ve onların erişim hakkına odaklanılmakta; fakat, herhangi bir engeli bulunmayan kullanıcıların da sunulan ürüne, hizmete, çevreye ulaşması hedeflenmektedir. Fiziksel erişilebilirlik; bireylerin konumu ve bedensel durumu ne olursa olsun bulunduğu yerden başka bir çevreye erişebilmesini; tüm kullanıcıların eşit olarak bulunduğu çevrede ve bununla ilişkili mekanlarda, kimseye ihtiyaç duymaksızın, kolay ve güvenli bir şekilde dolaşmasını ifade etmektedir. “Herkes için tasarım”, “kapsayıcı tasarım”, “evrensel tasarım” kavramları fiziksel erişilebilirlik ile ilgili kavramlar olarak görülmektedir [41].

TÜİK’in yapmış olduğu ‘‘Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması’’, ülke genelinde ilk kez 2010 yılında yapılmıştır. Ulusal Özürlüler Veri Tabanı’nda kayıtlı olan özürlü bireylerin özürlü türlerine göre, sağlık hizmetlerinden yararlanırken karşılaştıkları sorunlar Tablo 5’de görülmektedir. Bu verilere göre, veri tabanına kayıtlı engelli bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanırken karşılaştıkları sorunlar incelendiğinde; %69,8’i hastane işlemlerini takip etmede başka birine ihtiyaç duyduklarını, %53,3’ü sağlık çalışanları ile yeterli düzeyde iletişim kuramadıklarını, %47,5’i sağlık personelinin özrü ve tedavisi hakkında yeterli bilgi veremediğini, %47,4’ü sağlık kuruluşu içinde hareket güçlüğü yaşadıklarını, %45,6’sı sağlık kuruluşuna giderken ulaşımda engellerin olduğunu belirtmiştir. [42].

Tablo 5. Kayıtlı Olan Özürlü Bireylerin Özürlü Türlerine Göre, Sağlık Hizmetlerinden Yararlanırken Karşılaştıkları Sorunlar, 2010 [15 ≥ yaş - age] [42].

	Toplam	Görme özürlü	İşitme özürlü	Dil ve konuşma özürlü	Ortopedik özürlü	Zihinsel özürlü	Ruhsal ve duygusal özürlü	Sürekli hastalık	Çoklu özürlülük
Hastane işlemlerini takip etmede başka birine ihtiyaç duyulması	69,8	61,4	65,9	64,8	56,4	84,2	66,0	64,0	76,2
Sağlık çalışanları ile yeterli düzeyde iletişim kuramaması	53,3	36,3	71,5	69,8	30,6	78,9	58,2	40,4	59,6
Sağlık personelinin özürünün sağlık sorunu ile ilgili yeterli bilgi vermemesi	47,5	33,1	62,0	57,2	29,5	67,3	51,9	38,2	52,1
Sağlık kuruluşu içinde özürünün hareket güçlüğü yaşaması	47,4	47,9	26,6	36,6	53,1	45,4	29,6	48,7	54,5
Sağlık kuruluşuna giderken ulaşımda engellerin olması	45,6	47,2	29,1	36,3	46,9	44,3	30,8	46,6	52,0

Yukarıdaki araştırmaya göre engelli kullanıcıların neredeyse yarısının, sağlık kurumuna erişimde ve yapının içinde dolaşımında problem yaşadığı görülmektedir. Bu bağlamda Gezer [37], farklı kullanıcıların ihtiyaçları gözetilerek mekanın verimliliğinin artırılması, mekanın güvenilir şekilde kullanılabilmesi için herkes için mimarlık tasarım anlayışının benimsenmesi ve kullanıcıların mekana değil mekanın kullanıcıya uyması gerektiğini söylemektedir. Geze, ayrıca, yapı girişi, rampa, merdiven, asansör tuvaletler, manevra alanları, bildirişim elemanları ile döşeme, duvar yüzey elemanlarının da erişilebilir olması gerekliliğini de vurgulamaktadır. Sungur Ergenoğlu ve Aytuğ [36]'a göre; yapıya yayaların, araçların ve engelli kullanıcıların ulaşımı düşünülerek herkes için ulaşılabilirliğin çözülmesi gerekmektedir. Tekerlekli sandalye kullanıcılarının, bina içinde ve dışında ihtiyaç duyulan bütün mekanlara erişebilirliği sağlanmalıdır. Ayrıca, sağlık yapısının; rahatlatıcı, dostça karşılayan, insan ölçeğinde tasarlanarak sosyal anlamda da herkes için ulaşılabilir olması gerektiği belirtilmektedir.

Sağlık yapılarına ulaşımın kolay ve erişilebilir olması için, yayaların ve araçların sirkülasyonunun ve girişlerin doğru çözümlenmesi gerekmektedir. Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu [32]'na göre, sağlık tesislerinin acil girişi, yaya ve araç trafiği, lojistik giriş ve çıkışları, araç giriş ve çıkışlarının doğru yerlerde planlanması ile ulaşımın aksamaması sağlanmalıdır.

Sağlık yapılarında bekleme alanları ile koridorlar, hastaların ve yakınlarının en fazla deneyimledikleri mekanlar oldukları için üzerinde durulması, doğru tasarlanması ve erişilebilir olması gerekmektedir. Olguntürk [38]'e göre, hasta bekleme alanları, hasta ve yakınları için girişten rahatlıkla algılanabilir ve erişilebilir olmalı, tekli veya çoklu oturmaya müsaade etmeli, dış mekanla görsel iletişimi kesmeyecek şekilde tasarlanmalıdır. Gezer [37] bina koridorları için, genişlikleri en az iki hastanın rahatlıkla geçişini sağlayacak ölçülerde, rahat bekleme alanlarının düşünüldüğü, ferah, güvenli ve kolay algılanıp kullanılan özellikte olması gerektiğini belirtmektedir. Koridorlarda, hastaların hareketini kolaylaştıracak tutunma barlarının konulması gerekmektedir. Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu [32]'nda erişebilirliği sağlayan koridorların genişliklerinin belirlenmesi, sedyenin veya hasta yatağının genişliğine ek olarak birlikte taşınma olasılığı olan donanımların ebatları ile en az bir personelin eşlik edeceği düşünülerek hesaplanmalıdır. Bunlara ilave olarak, trafiğe açıksa koridorun genişliği artırılmalı ve yoğunluğun olduğu yerlerde daha da

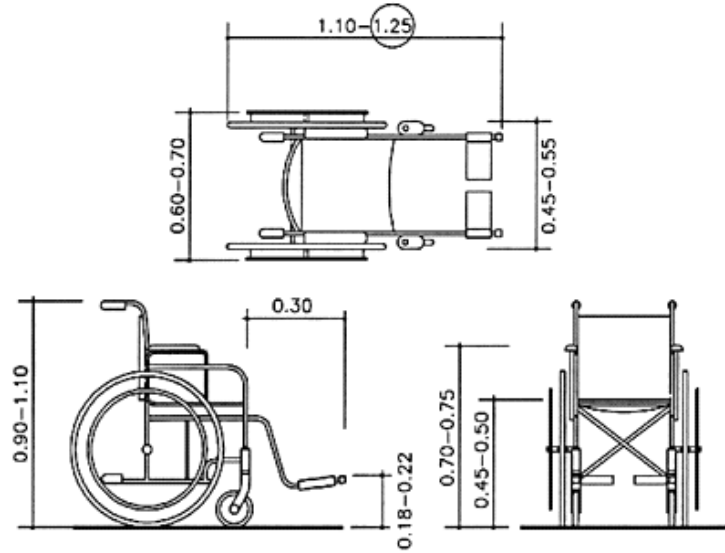
genişletilerek kolay kullanılan, rahat, güvenli bir sirkülasyon sağlanmalıdır. Koridorlarda bulunan içme suyu, kahve makineleri gibi donanımların yeri sirkülasyonu engellememelidir.

Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu [32]'na göre erişebilirliği sağlayan merdivenler ve asansörler ve rampalar için belirlenen kriterler şöyledir:

- Basamak genişliği en az 28 cm ve rıht yüksekliği en az 15 cm, en fazla 17 cm olması gereken merdivenlerin genişliğinin en az 150 cm olması gerekmektedir. Yangın yönetmeliğine uygun olarak tasarlanması gereken merdivenlerin tutunma yerleri, çocuklar ve yetişkinler olmak üzere iki kademeli çözümlidir.
- Hastanelerde, hastalara yönelik sağlık hizmetlerinin sunulduğu mekanlar ile hizmet alanları zemin katta bulunmuyorsa, elektrikli veya hidrolik asansörlerin olması gerekmektedir. Ziyaretçi, yatan hasta ve yük asansörü olarak ayrılması gerekli olan asansörler, yatak sayısı 60- 200 arasında olan hastanelerde en az 6, yatak sayısı 201- 350 arasında ise en az 9 adet bulunması gerekmektedir.
- Acil servisi ve ameliyathane arasında birden fazla kat bulunan tüm hastanelerin asansörü olması gerekmektedir. Acilin üst katlarından birinde bulunan ameliyathaneler için ayrıca bir asansörün olması gerekmekte ve bu asansör toplam asansör sayısına dahil olacak şekilde hesaplanmaktadır.
- Ayakta olan hastalar ile ziyaretçilerin ayrı ve birlikte kullandıkları asansörlerin tümü, engellilerin kullanımına da uygun olması gerekmektedir. Asansör kapıları en az 120 cm genişliğinde, 210 cm boyunda olmalıdır. Hasta asansörleri, bir hasta yatağı ve hastaya eşlik edenlerle birlikte en az 170 cm eninde ve 230 cm derinliğinde olacak şekilde rahat bir kullanım sağlaması gerekmektedir.
- Tekerlekli sandalye ve sedye kullanan kişilerin ulaşımını sağlayan rampaların eni en az 150 cm olmalı, yüksekliği 50 cm'yi geçmemelidir. 2 m'den daha fazla olan kot farkları için ise asansör kullanılmalıdır.

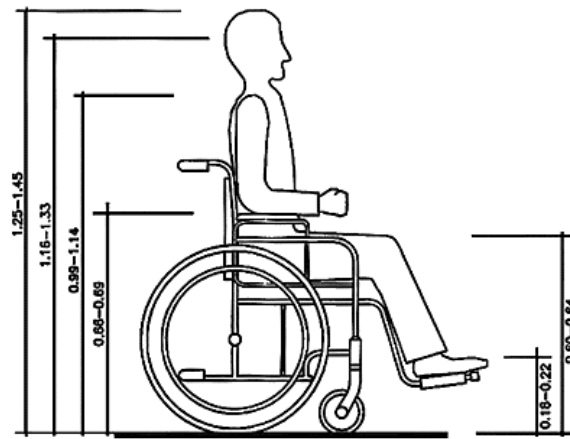
Sağlık kuruluşlarında herkes için tasarım yaklaşımıyla yapıyı kullanan kişilerin özel durumları dikkate alınarak, standart kullanıcı ölçüleriyle birlikte, engelli kişilerin kullandığı aparatlar ve kapladığı alanlar hesaplanıp kullanım alanlarının tasarlanması

gerekmektedir.Yürüme engeli olan bireyin tekerlekli sandalye boyutları yaklaşık olarak 125 cm x 70 cm ölçülerindedir ve dönüş alanı için en az 1.5 m çapında bir alana gereksinim duyulmaktadır.



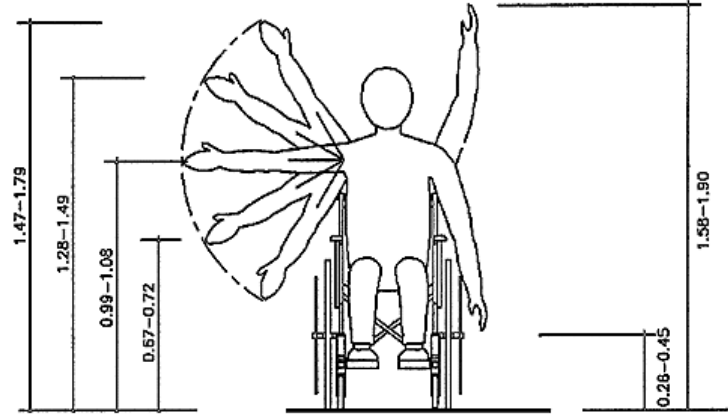
Şekil 10. Tekerlekli Sandalye Boyutları (PHOS: 59) [43].

Gezer [37], tekerlekli sandalye kullanan kişiler bacaklarını kullanamadıkları için omuz yüksekliklerinin önemli bir veri olduğunu belirtmektedir. Göz seviyesi yüksekliğinin mekanın algılanmasında önemli bir kriter olduğunu dile getirmektedir. İnsan, göz seviyesinin altındaki şeyleri daha önce algılandığı için kapılar, kapı aksamları gibi mimari elemanlar ve uyarı bantlarının bu ölçüler doğrultusunda tasarlanması gerektiğini belirtmektedir. Aşağıda Şekil 11.'de tekerlekli sandalye kullanıcısının boyutları bulunmaktadır.

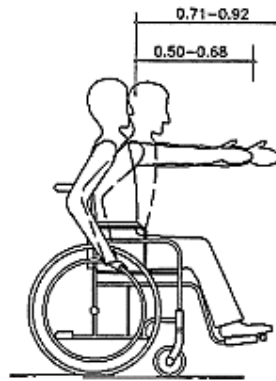


Şekil 11. Tekerlekli Sandalye Kullanıcısının Boyutları (PHOS: 59) [43].

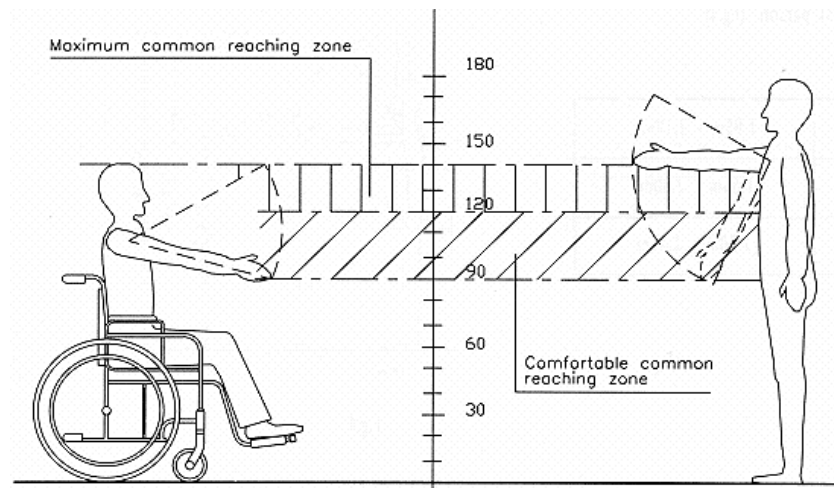
Erişilebilir mekanlar için, tekerlekli sandalye kullanıcılarının uzanma ve yaklaşma mesafeleri ve tüm kullanıcıların ortak erişim alanları dikkate alınarak tasarım yapılması gerekmektedir. Tekerlekli sandalye kullanıcılarının dikey erişim bölgeleri, uzanma mesafeleri ve tüm kullanıcıların ortak erişim bölgesi Şekil 12’de gösterilmektedir.



Şekil 12. Tekerlekli Sandalye Kullanıcısının Dikey Erişim Bölgeleri (PHOS: 59) [43].

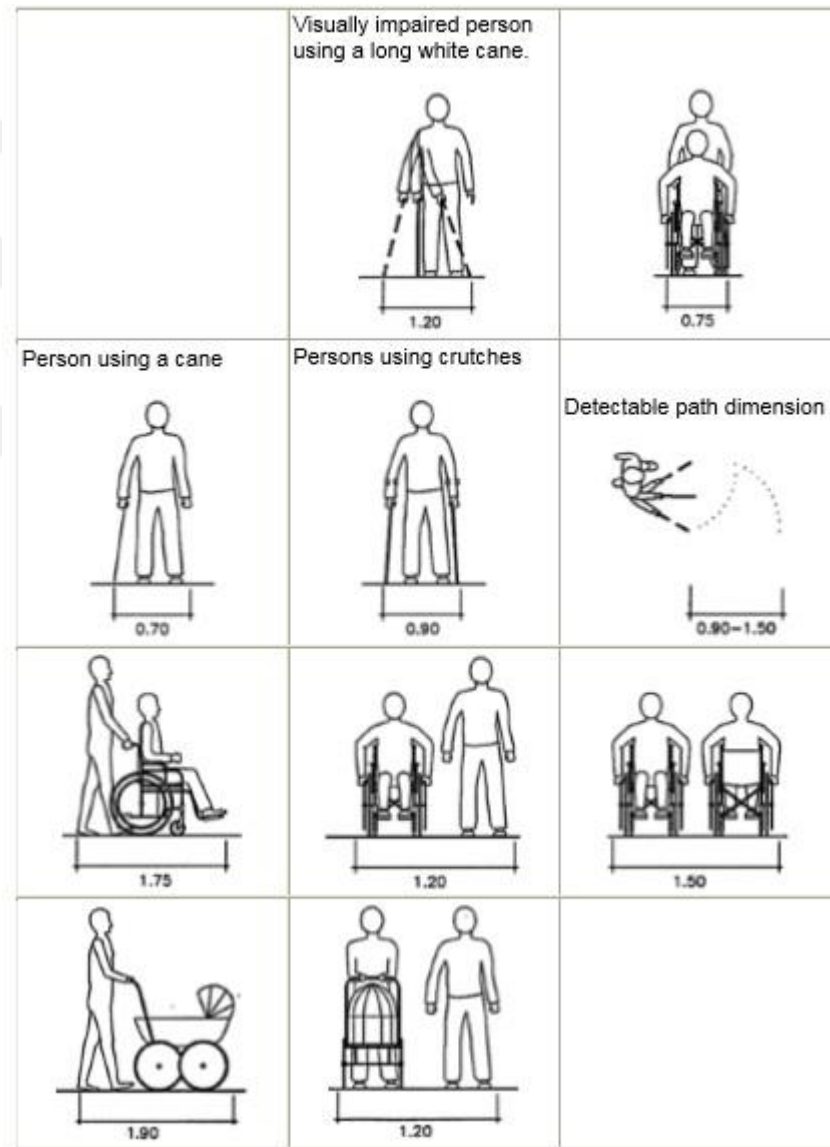


Şekil 13. Tekerlekli Sandalye Kullanıcısının Uzanma Mesafesi (PHOS: 59) [43].



Şekil 14. Ortak Erişim Bölgesi (PHOS: 59) [43].

Sağlık yapıları farklı türde engellere sahip kullanıcılar, bebek arabasıyla gelen ebeveynler, yaşlılar gibi çeşitli insan gruplarına hizmet vermektedir. Mekanların fiziksel ihtiyaçlarını belirlemek ve tüm kullanıcıların bütün mekanlara erişimini sağlamak için yürüme engeli olan kişilerle birlikte, görme engellilerin kullandığı aparatlar, bebek arabasının ebatları ve manevra alanlarının da bilinmesi gerekmektedir. Sirkülasyon alanları ve ilgili mekanların tasarımı için gerekli olan farklı profildeki kullanıcıların kapladığı alanlar Şekil 15’de gösterilmektedir.



Şekil 15. Farklı Profildeki Kullanıcıların Kapladığı Alanlar (PHOS: 59) [43].

Sağlık yapıları kullanıcılarının, özellikle engelli kişilerin gereksinimleri göz önüne alınarak binaya yaklaşımı, hatta açık otopark ihtiyacı planlanmalıdır. Otopark yönetmeliğine göre, engelli kişiler için ayrılmış birim park yeri ölçüleri bir araba için

minimum 3.50 m olmak zorundadır [44]. Gezer [37], iki araç park yeri arasındaki erişim koridorunun genişliği 1.20 m olduğu durumda park yeri genişliğinin 2.50 m olmasının tavsiye edildiğini söylemektedir.

Bu bölümde sağlık yapılarının, engelli veya engelsiz tüm kullanıcıların binaya, hizmete, çevreye, ilgili bütün mekanlara ve mimari elemanlara erişebilmesi, kolay ve güvenli bir şekilde dolanımı için herkes için mimarlık tasarım anlayışıyla tasarlanması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Tüm araç ve yayaların yapıya yaklaşımı, ulaşımı, otopark ihtiyacı düşünülerek bina içinde ve dışında erişimin sağlanması gerekmektedir. Bunun için araç ve yaya sirkülasyonunun, giriş ve çıkışların doğru planlanması, erişebilirliği sağlayan koridorların, rampa, asansör ve merdivenlerin yukarıda belirtilen kriterlere göre tasarlanması gerekmektedir. Yapıyı kullanan kişilerin özel durumları önemsenmeli ve hesaba katılmalıdır. Standart kullanıcı boyutlarıyla birlikte, yukarıda bahsedilen engelli kişilerin kullandığı aparatlar, ölçüleri, kapladığı alanlar ve bütün kullanıcıların ortak erişim alanları düşünülerek mekanların tasarlanması gerekmektedir.

3.2.2. Aydınlatma, Havalandırma ve Gürültü

Bu bölümde sağlık yapılarına ait mekanlarda, konfor koşulları kriterlerinden olan aydınlatma, havalandırma ve gürültü konuları incelenmektedir. Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu'nda; aydınlatma, havalandırma ve gürültü konularının ne şekilde ele alındığı sorgulanmakta ve bu konuyla ilgili görüşlere yer verilmektedir.

Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu [32]'na göre, fiziksel çevrenin tasarımı ile doğal ışık, havalandırma gibi çevre faktörlerinden mümkün ve makul oranda yararlanılması gerekmektedir. Isı, ışık, ses yalıtımı ile çevre kontrolü sağlanmalı ve ısı ve ışığın bireysel kontrollere izin verecek şekilde planlanması belirtilmektedir. Benzer olarak Gezer [37]; tüm mekanlar plan aşamasındayken, iş verimliliği, güven ve konfor koşullarının düşünülmesi gereken öncelikli tasarım ilkeleri olduğunu söylemektedir. Isı, ışık ve ses kontrolünün çevre koşullarıyla birlikte ve bununla bağlantılı tesisat donanımının da işin uzmanları tarafından bütüncül bir planlama yaklaşımı ile tasarım aşamasında çözümlenmesi gerektiğini belirtmektedir.

Aydınlatma ile ilgili olarak, mekanların yeterli derecede doğal ışık alacak şekilde tasarlanması gerektiğini belirten Gezer [37], gün içinde doğal aydınlatma dereceleri değişkenlik gösterdiği için yapay aydınlatmanın bu değişimleri dengeleyerek, mekanlarda homojen bir ışık dağılımının sağlanması gerektiğini dile getirmektedir. Doğal aydınlatmanın sağlanamadığı mekanlardaki aydınlığın niteliğinin düşük olması, göz yorgunluğuna, baş ağrısına, konsantrasyon bozukluğuna, iş verimliliğinin düşmesine sebep olmaktadır. Doğal ışığa erişimi olan, manzaraya sahip, dışarıyla görsel temas kurabilen sağlık personellerinin iş verimliliğinin artacağı düşünülmektedir. Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu [32]'nda iç mekanlardan dış çevrenin algılanmasına izin veren pencereler ile doğal aydınlatma sağlanırken, hasta mahremiyetinin korunması gerektiği uyarısı yapılmaktadır.

Şenkal Sezer [33], doğal havalandırmanın yetersiz olduğu durumda iç hava kalitesinin de olumsuz yönde etkilendiğini ve iç hava kalitesi yetersizliğinden ise sağlık problemlerinin oluşabileceğinin altını çizmektedir. Bu sağlık problemlerini biyolojik ve psikolojik etkiler olarak sınıflandıracak olursak; astım, ağrı, göz, burun, boğazda tahriş, deride kızarıklık, kaşıntı, kuruluk gibi oluşan sorunlar biyolojik etkilere; bulantı, kusma, zihinsel yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi, konsantrasyon eksikliği gibi yaşanan sorunlar psikolojik etkilere örnektir. Sağlık problemlerine çözüm bulmak için gelen kişilerin, sağlık düzeylerinin korunması için sağlık yapılarında yeterli doğal havalandırmanın sağlanması önemli hale gelmektedir.

Çoğu donanım alt yapısının aktarımı tavanlardan yapıldığı için bunların yükseklikleri planlanmalıdır; aksi takdirde, tavanların basık olduğu bir durumda hesaplanan aydınlatma, ısı seviye ayarları, hava akımları sağlanamadığı için enfeksiyon kontrolünde zorlaşmaktadır [37].

Fiziksel veya ruhsal bir rahatsızlık sebebiyle sağlık kuruluşuna başvuran kişilerin kendilerini iyi hissetmesi, sağlık düzeylerinin korunması, hatta sağlığa olan katkılarında dolayı aydınlık, doğal havalandırma ile hava kalitesi yeterli, ses yalıtımı ile gürültü kontrolü sağlanmış şifa veren mekanlarda bulunması gerekmektedir. Gürültü, yetersiz ışık ve havalandırmanın sebep olduğu biyolojik ve psikolojik sağlık problemlerinin oluşmaması, sağlık personellerinin iş verimliliğinin artması için fiziksel

çevre kontrolünün ve donanım altyapısının işin uzmanları ile birlikte tasarım aşamasında çözümlenmesi gerekmektedir.

3.2.3. Malzeme Seçimi

Sağlık yapılarında mimari tasarımı tamamlayıcı bir faktör olarak çok önemli olduğu için malzemenin kullanım amacına uygun olarak dikkatle seçilmesi gerekmektedir. Bu bölümde sağlık yapılarına ait mekanlarda malzeme seçim kriterleri incelenmektedir.

Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu [32]'na göre, zemin malzemeleri kolay temizlenebilir ve kullanıldıkları alana göre suya dayanıklı özellikte olmalıdır. Islak mekanların zemin malzemelerinin kaymaz özellikte, mikrop öldürücü solüsyonlara karşı dayanıklı olması gerekmektedir. Ameliyathane, doğumhane, sistoskopi, üroloji, küçük cerrahi prosedür odalarının zeminleri ve çevresi tek parça şeklinde olmalı ve ek yerlerinin bulunmaması gerekmektedir.

Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu [32]'na göre, tüm duvar boyaları yıkanabilir özellikte, tesisat donanımları yakınındaki duvar boyaları ise pürüzsüz ve suya karşı dayanıklı olmalıdır. Duvar ve zeminlerin ek yerleri ile duvar yüzeylerinde, böcek ve kemirgenlerin gizlenebileceği yerlerin olması ihtimali ortadan kaldırılmalıdır. Tüm tavanların, boyaları pürüzsüz ve kimyasallarla temizlenebilecek nitelikte olmalı ve asma tavanlarda, tavanın üzerindeki boşluktan partikül transferini önlemek için kısımlar contalarla sıkıca birleştirilmelidir. Tecrit odalarının, psikiyatri hasta odalarının ve tuvaletlerin tavanlarının olası kaçma veya intiharların önüne geçebilmek için tek parça olması gerekmektedir. Gezer [37]; sağlık mekanlarının duvar yüzeylerinde cam, polimer esaslı kaplama, alçı panel, zararlı kimyasallar içermeyen su bazlı, temizlenebilir, pürüzsüz ve suya dayanıklı epoksi boyaların tercih edildiğini belirtmektedir.

Sağlık hizmeti, engeli olan ve olmayan bütün insanların yararlanması gereken en temel hakdır. Bu yüzden sağlık yapılarının tasarımında, görme engelli kullanıcılar da düşünülmeli ve bu kullanıcılar için hissedilebilir yüzeyler, dokular, kaplamalar ve renkler kullanılmalıdır [37]. Pembe duvarların mahkumları sakinleştirdiği belirten Schweitzer vd. [45]; kişilerin ruh halini ve davranışlarını etkilediği için renklerin sağlık yapılarında da kullanılması gerektiğini belirtmektedir.

Tüm mekanlarda kullanılan malzemeler yüksek mukavemetli, hijyenik özellikte, yangına dayanıklı olmalı aynı zamanda estetik kriterleri de sağlamalıdır. Mekanlardaki zemin döşemeleri; mümkün olduğunca ek yeri az olanlar veya tek parça uygulanabilen, ıslak veya kuru olduğunda kaymayan, mat yüzeyler kullanılmalı, kolayca temizlenebilmeli ve uygulanan mekana göre suya dayanıklı olmalıdır [37]. Sağlık yapılarında çeşitli engellere sahip kullanıcılar için yüzeylerde dokular, renkler tercih edilmeli; renklerin fizyoloji ve psikoloji üzerindeki etkileri tasarımın tamamlayıcısı olarak kullanılmalıdır.

3.3. Yasa ve Yönetmelikler Çerçevesinde Tasarım

Sağlık tesislerinde; Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, Afetlere İlişkin Acil Yardım Teşkilatı ve Planlama Esaslarına Dair Yönetmelik, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, Atıkların Düzenli Depolanmasına İlişkin Yönetmelik, Karayolları Kenarında Yapılacak ve Açılacak Tesislere İlişkin Yönetmelik, Otopark Yönetmeliği, Gayri Sıhhi Müessese Yönetmeliği, Evsel ve Tıbbi Atık Yönetmeliği, Katı Atık Yönetmeliği, 3030 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Dışında Kalan Belediyeler Tip İmar Yönetmeliği, Plan Yapımına Ait Esaslara Dair Yönetmelik, Gürültü Kontrolü Yönetmeliği, Karayolları Trafik Yönetmeliği, Kıyı Kanununun Uygulanmasına Dair Yönetmelik, Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği, Su Kirliliği Yönetmeliği, Deprem Yönetmeliği, Yangın Yönetmeliği, Su ve Kanalizasyon Belediye Yönetmeliği, Tesisat Projesi Belediye ve Doğal Gaz Yönetmeliği, Sığınak İnşasına Yönelik Yönetmelikler'ine uyulması gerekmektedir [32].

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği [46], acil sağlık hizmeti sunan yada ilgili olan bütün kamu veya özel kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır. Hizmetin teşkili, sevk ve idaresi, acil sağlık hizmetlerinde yer alan temel hizmet birimlerinin görev ve sorumlulukları, yerlerinin belirlenme kriterleri, acil sağlık hizmetlerinde hizmet akışı, görev alacak personelin nitelikleri ile görev ve yetkileri gibi bilgiler yer almaktadır.

Afetlere İlişkin Acil Yardım Teşkilatı ve Planlama Esaslarına Dair Yönetmelik [47], 2013 yılında Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği olarak değişmiştir. Afet ve acil durum hizmetlerinin ulusal ve yerel düzeyde planlama ve hazırlık

çalışmaları, müdahale hizmetleri, afet ve acil durum hallerinde iş bölümü, görev ve sorumluluklar gibi bilgiler bulunmaktadır.

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik [48]'te, sağlık kuruluşlarının türleri ve açabilecek kişiler, bina durumu ve sağlık kuruluşlarının fiziki standartları, başvuru ve açılma izni işlemleri, sağlık kuruluşlarının çalışma usûl ve esasları, denetim ve ruhsatnamenin geri alınması gibi veriler vardır.

Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği [49]'nde, ambulans hizmeti veren ambulans servislerini kapsamaktadır. Çağrı merkezi ve istasyonlardan meydana gelen ambulans servislerinin ruhsatlandırılması, başvuru şartları ve başvurunun değerlendirilmesi, personel ve görevleri, bulunması zorunlu asgari birimler ve mekanlar ile özel ambulans servisi çalışma usul ve esasları mevcuttur.

Karayolları Kenarında Yapılacak ve Açılacak Tesisler Hakkında Yönetmelik [50]'te, belediye sınırları dışında karayolları kenarında açılacak tesisler kapsamında yer alan sağlık yapılarına geçiş yolunun kavşağa mesafesi, görüş mesafesi, yapıların konumu, karayolundan geri çekme mesafesi gibi hükümleri içermektedir.

Otopark Yönetmeliği [44], engelli kullanıcılar için ne kadar park yeri ayrılması gerektiği, otoparkların düzenlenmesinde uyulması gerekli ölçüler ve hususlar, planlama ve uygulama esasları, onaylı mimari projede gösterilmesi zorunlu olan değerler gibi sağlık yapılarının otopark ihtiyacının belirlenmesi, ölçüleri, diğer şartlarının tespiti ve giderilme esaslarını kapsamaktadır.

Evsel ve Tıbbi Atık Yönetmeliği, Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği [51] olarak değişmiştir. Sağlık kuruluşlarında oluşan tıbbi atıkların toplanması, geçici depolanması, bu geçici deponun özellikleri, en yakın atık işleme tesisine aktarılması ile ilgili esasları içermektedir.

Katı Atık Yönetmeliği kaldırılarak Atık Yönetimi Yönetmeliği [52] yürürlüğe girmiştir. Tıbbi atıklar dışında oluşan atıkların toplanması, taşınması, depolanması, geri kazanılması veya doğal çevre ve insan sağlığını etkilemeyecek şekilde bertaraf edilmesine ilişkin genel usul ve esasları kapsamaktadır.

3030 sayılı Kanun Kapsamı Dışında Kalan Tip İmar Yönetmeliği'nin adı Planlı Alanlar İmar Yönetmeliği [53] olarak değiştirilmiştir. İmar planı bulunan alanlarda inşa edilecek sağlık yapılarının projesi ve denetimine ilişkin yöntem ve esasları içermektedir. Bu yönetmelikte sağlık yapılarını da kapsayan; emsal hesaplaması, yapıya kot verilmesi, kullanım alanlarına ilişkin yapılaşma koşulları, parsel kullanım fonksiyonlarına göre yapılaşma koşulları, taban alanı ve katlar alanı hesaplaması, bahçe mesafeleri, yapı fonksiyonuna göre bulunması zorunlu birimler, yapı girişleri ve rampaları, merdiven ve asansöre ilişkin esaslar bulunmaktadır. Yönetmeliğe uygun olarak hazırlanan mimari projede olması gerekli çizimler ve çizimlere işlenmesi gerekenler, bilgi tablosu, hesaplar, ek olarak istenen raporlar ve projeler, başvurulacak yerler, sürece ilişkin bilgiler ve gereklilikleri içermektedir.

Plan Yapımına Ait Esaslara Dair Yönetmelik kaldırılarak, Mekansal Planlar Yapım Yönetmeliği [54] yürürlüğe girmiştir. Vaziyet ve kütle kararlarının oluşmasını sağlayan mekansal planlama kademeleri, planlamanın yapımı, revizyonu, ilavesi, uygulanması ile ilgili usul ve esasları kapsamaktadır.

Gürültü Kontrol Yönetmeliği, Çevresel Gürültünün Değerlendirilmesi ve Yönetimi Yönetmeliği [55] olarak değişmiştir. Kişilerin maruz kaldığı çevresel gürültüler ile çevresel titreşime yönelik esas ve usulleri, insanların beden ve ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilerinden dolayı değerlendirme yöntemleri ile hazırlanan gürültü haritaları ve raporları esas alınarak gerekli yerlerde gürültüyü engellemek veya azaltmak için eylem planlarının hazırlanması ve uygulanması ile ilgili usul ve esasları kapsamaktadır. Sağlık kurumları çok hassas kullanımlar tanımı içinde yer almaktadır.

Karayolları Trafik Yönetmeliği [56], karayollarında trafik düzeni ve güvenliğinin sağlanması için alınacak önlemlere yönelik kararların uygulanması ile ilgili usul ve esasları içermektedir.

Kıyı Kanununun Uygulanmasına Dair Yönetmelik [57]'te, kamu yararı kararı doğrultusunda sahil şeritlerinde yapılacak sağlık tesislerinin planlama ve uygulama esaslarını kapsamaktadır.

Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği, Özel Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği [58] olarak değişmiştir. Özel bakım gerektiren

yaşlıların hizmetini sağlamak amacıyla doğrudan veya huzurevi bünyesinde açılan yaşlı bakım merkezlerinin işletme koşulları, hizmet standartı, denetimi gibi usul ve esasların yanında yapının konumu, fiziki özellikleri, asgari mekanları ve özellikleri ile ilgili esasları kapsamaktadır.

Su Kirliliği Yönetmeliği, Su Kirliliği Kontrolü Yönetmeliği [59] olarak değişmiştir. Su kaynakları potansiyelinin korunması amacıyla su kalitesinin korunması ile ilgili yasakları ve planlama esaslarını, hastanelerde oluşan evsel nitelikli atıksuların boşaltım ilkelerini ve esaslarını içermektedir.

Deprem Yönetmeliği, Türkiye Bina Deprem Yönetmeliği [60] olarak değiştirilmiştir. Deprem sonrasında bile hemen kullanımı lüzumlu yapılardan olan hastaneler, aile sağlık merkezleri, dispanserler gibi sağlık tesislerinin deprem etkisi altında tasarımı ve uygulanması, mevcut yapıların performanslarının değerlendirilmesi ve güçlendirme tasarımı için ilgili usul ve esasları kapsamaktadır. Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu [32]'na göre, afet ihtimalinin yüksek olduğu bölgelerdeki sağlık yapılarının plan ve tasarımında, yönetmeliklerdeki doğa koşulları ve deprem dayanıklılığına ilişkin kriterler karşılanmalı, kullanıcıların can güvenliği için gerekli önlemler alınmalı, olası bir afet sonrasında sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi için ve meydana gelebilecek ek ihtiyaçları da içeren mekan çözümlerinin olması gerekmektedir.

Yangın Yönetmeliği'nin yerini Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik [61] almıştır. Kamuya açık ve kurumsal binalar sınıfında yer alan sağlık yapılarının tasarımı, yerleşimi ve binaya ulaşım yolları, inşası, yangın kompartımanları, mimari elemanlarının (duvarlar, döşemeler, cepheler ve çatılar) özellikleri, kullanılacak yapı malzemeleri, kaçış yolları, kaçış merdivenleri, bina bölümlerine ve tesislerine ilişkin düzenlemeler, elektrik tesisatı ve sistemleri, duman kontrol sistemleri yangın söndürme sistemleri, mevcut binalar hakkında uygulanacak hükümlere ilişkin usul ve esasları kapsamaktadır.

Su ve Kanalizasyon Belediye Yönetmeliği, Belediye Su ve Kanalizasyon Hizmetlerinde Uyulacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik [62] olarak değişmiştir. Belediyeye bağlı olan sağlık kurumlarının, su ve kanalizasyon hizmetlerine ilişkin usul ve esasları içermektedir.

Tesisat Projesi Belediye ve Doğal Gaz Yönetmeliği kaldırılarak, Doğal Gaz Piyasası İç Tesisat Yönetmeliği [63] yürürlüğe girmiştir. Yapı içine veya arsaya yerleştirilecek doğal gaz cihazları ve iç tesisatının tasarımı, yapımı ve kontrol edilmesine ilişkin usul ve esasları kapsamaktadır.

Sığınak İnşasına Yönelik Yönetmelikler, Sığınak Yönetmeliği [64] olarak değişmiştir. Bu yönetmelik, Toplam yatak sayısı 50'den fazla olan yataklı sağlık tesislerinde aranan özel sığınaklardan olan serpinti sığınakların özellikleri, hesabı, inşası, kullanımı, bakım ve muhafazasına ilişkin hükümleri kapsamaktadır.

Bu bölümde Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları'nda belirtilen, sağlık tesislerinde uyulması gerekli yönetmelikler ve bu yönetmeliklerin kapsamaları incelenmiştir.

3.4. Sağlık Yapıları Tasarımında Yeni Yaklaşımlar

Uluslararası alanda son zamanlarda sağlık sektöründe önemli değişimler yaşanmaktadır. Öncelikli mevzular değişirken, hasta merkezli bir yaklaşım benimsenerek her alanda egemen olmaya başlamıştır [36]. Stres ve iyileşme arasındaki yakın ilişki üzerine yapılan araştırmalar, iyileşme sürecinde etkili fiziksel çevrenin önemi üzerinde durmakta ve hasta odaklı tasarım anlayışı ile oluşturulan mekanların sağlığa olan katkıları konusunda artan bir farkındalık söz konusudur.

Bu bölümde sağlık yapılarının tasarımında, yeni yaklaşımlardan olan hasta odaklı tasarım anlayışı ve iyileştiren mekanlar başlığı altında terapötik çevre, aidiyet ve benlik ve pozitif uyaran konuları incelenmektedir.

3.4.1. Hasta Odaklı Tasarım

Sağlık yapıları fiziksel veya zihinsel sorunlara sahip hasta ve yakınları tarafından kullanılmakta olup, bu farklı kullanıcı gruplarının fiziksel ihtiyaç ve isteklerini karşılaması beklenmektedir. Sağlık kuruluşlarının, sağlık problemi yaşayan kullanıcılarının stresini azaltan, güven veren, iyileşmeye teşvik eden, erişilebilir yapılar olması gerekmektedir. Kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve engelli kullanıcıların erişilebilirliğini destekleyen donanımlara sahip olmanın yanında, farklı olarak kullanıcı ihtiyaçlarının öncelikli olduğu insan odaklı bir planlama yaklaşımı benimsenmektedir.

Bu bölümde sağlık yapılarında yeni yaklaşımlardan biri olan, hasta odaklı tasarım anlayışı incelenmektedir.

Günümüzde sağlık yapılarında, hastanın sadece fiziksel sağlığı değil, bununla birlikte, ruhsal ve zihinsel durumunun da önemsendiği, hasta ihtiyaçlarının gözetildiği hasta odaklı tasarım anlayışının öne çıktığı görülmektedir [37]. Sungur Ergenoğlu ve Aytuğ [36], hasta merkezli tasarım yaklaşımı ile tasarım hedeflerinde köklü bir değişim ve dönüşüm yaşanmakta olduğunu, bu tasarım anlayışına göre bütün ihtiyaçların insan üzerine odaklanılarak karşılanması gerektiğini belirtmektedir.

Gezer [37], yaşadıkları hastalık sebebiyle bazı hareketleri, duyuları veya iş görme yetileri sınırlandırarak sağlık yapılarına yaşadıkları rahatsızlığı çözmek için başvuran herkese, eşit fırsat tanıyan çevresel şartlar tasarlayıp düzenlemenin mimarın görevi olduğunu belirtmektedir. Standart sağlıklı bir insan ölçüsüyle birlikte, farklı yaş gruplarının ve özel durumu olan kişilerin de göz önüne alınarak, hasta odaklı bir yaklaşım ile mekanların organizasyonunun ve planlanmasının yapılması gerektiğini söylemektedir.

Sağlık hizmeti, kullanıcılarının beklentileri dikkate alınarak, hastaların doktorlarla işbirliği içinde olması ve tedavide aktif rol alarak daha bilinçli kararlar vermesi olarak evrilmiştir. Sungur Ergenoğlu ve Aytuğ [36], bu değişimin konukseverlik yaklaşımıyla ve hastaların görüşleri doğrultusunda sağlık kuruluşlarının tasarımına etki edebileceğini belirtmektedir. Yeni bir tasarım yaklaşımı olarak benimsenmeye başlanmış olsa bile, 1970 tarihinde Tempia [65], toplumun hastanede yalnızca tıbbın “vurucu imkanlarının” değil, “insancıl” bir ağırlamanın beklentisi içinde olduğunu söylemiştir. Bu da, ancak, insan odaklı tasarım yaklaşımının benimsenmesi ile sağlanabilir.

Hasta odaklı tasarım anlayışı, çeşitli yaş aralığındaki ve farklı engelleri bulunan kişilerin hepsi dikkate alınarak, hastaların fiziksel, ruhsal ve zihinsel durumu ile ihtiyaçlarının önemsendiği bir yaklaşımdır. Sağlık yapılarının mekan organizasyonu, planlanması ve tasarımında, insan odaklı bir anlayış ile hastaların fiziksel ve ruhsal bütün ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir.

3.4.2. İyileştiren Mekanlar

Özgen [31] iyileşmeyi, kişinin kendini ruhsal, fiziksel ve sosyal olarak bütünüyle iyi hissetme hali olarak tanımlamıştır. İyileştirme mekanlarını ise, tıbbi tedavilere destek olabilecek etkide, iyileşmeyi hızlandıran, hastalıkları önlemeye yardımcı mekanların yaratılması süreci olarak değerlendirmektedir. Günümüzde henüz yeni olarak fiziksel ve ruhsal sağlığın birlikte ele alınması gerekliliğinin önemi üzerinde durulmaktayken, erken dönemlerde insanlar rahatlatan, huzurlu ve ruhsal tatmin sağlayan mekanların iyileştirmeye olan tesirini anlamışlar ve ruhsal duruma yönelik tedaviler geliştirmişlerdir [36]. Dünyada ise son zamanlarda sağlık yapılarının tasarımında, mekanların iyileşmeye olan katkısı üzerine araştırmalar yapılmaktadır. Bu bölümde, iyileştiren mekanlar irdelenmekte ve bu konudaki görüşlere yer verilmektedir.

Sungur Ergenoğlu ve Aytuğ [36], sağlık yapılarının yüksek kalitede çevresel faktörler ve mekanlardan oluşması, kolay bir şekilde herkes tarafından ulaşılabilir olması ve insan ölçeğinde tasarlanması, kullanıcılarının doğrudan psikolojisini ve sağlığını etkilemesinden dolayı önem kazandığını söylemektedir. Oldukça önemli olmasına rağmen, psiko-sosyal kriterleri önemsemeyen, tasarım sürecinin sadece fiziksel, ekonomik ve yönetsel verileri kapsamasının yeterli olmadığını belirtmektedir. Bu görüşe paralel olarak Schweitzer vd. [45], günümüzdeki hastanelerin; hastaların, yakınlarının ve çalışanlarının psikolojik ihtiyaçlarından daha çok teknolojinin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tasarlandığını söylemektedir.

Özgen [31], hızlı bir şekilde talebe cevap verme isteğinin, rehabilite edilmeden kurgulanan bir yapılaşma sorununu ve kütle mekanlarını günümüze taşıdığını söylemektedir. İnsan yalnızca gören bir varlık değildir, mekanı çok boyutlu olarak algılamakta, deneyimleriyle eşleştirmekte ve anlamlar yüklemektedir. İnsan ve mekan etkileşimi düşünülmeden yapılmış bir mimari yapı, tasarımcı ve yapımını üstlenenler için maddesel hırsın sürekliliğinde, bilincine varılmaksızın geleceğe miras bırakılmış “hasta-ne” binası olduğunu vurgulamaktadır. Tuncer Gürkaş ve Barkul [35]’un belirttiği gibi, günümüzde özellikle kar amaçlı projelerde, mekanın fiziksel gerekliliklerinin yanında, toplumsal yapısının da iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, sermaye ve süre kaybı olarak düşünülmektedir. İyileştirici mekan tasarımının inşaat maliyetleri, kötü tasarlanmış ve sağlığa katkısı olmayan tesislerin maliyetlerinden daha pahalı

olamayacağını belirten Ulrich [66], maliyetleri azaltmak ve mekanların potansiyel faydalarını arttırmak için, iyileştirici mekan etkenlerinin tasarım aşamasına dahil edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Tuncer Gürkaş ve Barkul [35]'a göre, insanlar mekanla ilişki kurduklarında, mekanlara mana yüklediklerinde, dokunduklarında, ancak, yere, toplumsal mekana dönüşmektedir. Mekanın, fiziksel niteliklerinin öncelikli olduğu bir nesne olarak düşünüldüğü, toplumsal oluşumlarla ilişkiye geçemediği için mimari tasarımın başarısız olduğunu söylemektedir. Özgen [31], sağlık yapılarının hasta barındıran yerlerden tekrar şifa veren mekanlara dönüşmesi için; tasarımda iki boyutlu çalışmaların, yaşanabilir mekanlar üretilmesinde yetersiz kalacağından dolayı, tasarımcının zamansal ve durumsal üretkenlikleri, çok boyutlu bir çevrede, beş duyu organı ile algılabilecek yaşam kurgusu içinde düşünmesi gerektiğini belirtmektedir.

Güç [34]; mimari formun zenginliğinin, iç mekanda kullanıcıya algısal ve biçimsel olarak farklılıklar sunmakta olduğunu söylemektedir. Kullanıcılarına farklı deneyimler sunan mekanın, işlevsel olarak yarar sağlamanın yanında toplumsal ve psikolojik faydalarını da belirtmektedir. İyi tasarlanmış ve işlevsel olan bir yapıda çalışan sağlık görevlileri ve personellerin; stresi azalmakta, rahat ve hoş bir çalışma ortamı sağlandığı için iş verimliği artmakta ve böylece, daha iyi hizmet verilmekte ve dolaylı olarak, sağlığa katkı sağlanmış olmaktadır [36].

Rudolf Steiner'in 19. yüzyılın sonu ve 20. yüzyılın başında yapmış olduğu çalışmalarına dayanarak, insanı bütünsel bir bakış açısı ile ele alan ve tıbbi tedavilerin bir uzantısı şeklindeki tamamlayıcı bir uygulama olan “Anthroposophic Medicine”; Almanya, İngiltere, Hollanda, İsveç ve Fransa'da sayısız hastane ve klinikte uygulanmaktadır. “Anthroposophic Healing Center” olarak 1985 yılında hizmete açılan yapılardan en önemlisi “Vidar Clinic” şifa merkezidir [45]. Hastalığın iyileşmesini sağlayan cerrah değil, kendi vücudumuz olduğu anlayışını benimseyen “Anthroposophic Medicine”, hastalıkla olan savaşa daha az ilgilenmekte, kişinin kendini ruhsal, fiziksel ve sosyal olarak bütünüyle dengeye kavuşması, iyileşmesi için geleneksel tedavilere ilave eurythmy (hareket) terapisi, metal ışık terapisi, masaj, sanat terapisi vb. uygulanmaktadır [67]. Aşağıda fiziki kriterlerin yanında psiko-sosyal ihtiyaçların da

önemsendiği, tıbbi tedavilere destek olabilecek nitelikte, iyileşmeyi hızlandıran mekanlara sahip bu yapıdan görsel paylaşımlara yer verilmektedir.



Şekil 16. Vidar Clinic Girişi [68].



Şekil 17. Vidar Clinic Avlusu [67].



Şekil 18. Vidar Clinic [67].

Özgen [31], mekanda zihinsel ve deneyimsel pratiklerin yok sayıldığı, sadece fiziksel işlevin düşünüldüğü sağlık yapılarının, iyileşme mekanı kriterlerinden uzaklaşmış olacağını belirtmektedir. Ancak iyi tasarlanmış bir mekanın, toplumda yer edinme imkanına sahip olduğunu ve kişilerin sağlık sorunları olsun olmasın sosyal mekan olarak algıladıklarını ve ait hissettikleri mekanları yaşamlarına dahil ettiklerini söylemektedir. Sosyal ve terapötik çevre ile birlikte iyi tasarlanmış ve uygulanmış sağlık yapısı algısının, belki de gelecek nesillere olumlu hissettiren kodlarla geçiş yaparak değişebileceğini dile getirmektedir. Sungur Ergenoğlu ve Aytuğ [36]'da benzer şekilde, sağlık yapılarının, tedavi edici özellikler üzerinde durularak iyileştirici bir çevre sağlamak üzere tasarlanması gerektiği üzerinde durmaktadır. Bu arayış devam ettiği sürece, benimsenen bu düşünceden doğan tasarım ve uygulama detaylarının gelişeceğini belirtmektedir.

Sağlık hizmetinin etkin sunumu ile toplumun sağlık düzeyinin yükselerek toplumsal gelişme sağlanmakta; dolayısıyla da, ülke kalkınmasına katkı sağlanmaktadır. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin etkin sunumu için, sunulan mekanların sürekli etkileşim halinde oldukları kullanıcıları üzerindeki etkileri daha da önem kazanmaktadır. İyileştiren mekanlar; terapötik çevre, aidiyet ve benlik ve pozitif uyaran başlıkları altında aşağıda incelenmektedir.

Terapötik Çevre

Sungur Ergenoğlu ve Aytuğ [36], hastaların duygusal olarak hassas ve stres altındayken bulundukları sağlık yapılarında, bulunduğu çevre ile etkileşimi kişiye mutluluk, güven, rahatlama veya rahatsızlık, tedirginlik ya da zarar verebileceğini belirtmektedir. Endişesi ve stresi artan bir insanın, bağışıklık sistemi baskılanarak vücudu hastalıklarla

savaşabilme yeteneği açısından zayıflamaktadır. Hastanın yaşadığı stresle başa çıkmasını kolaylaştıran, iyileşme duygusu uyandıran, olumlu bir imge ileten, psikolojik olarak destekleyici nitelikte tasarlanan sağlık yapıları, hastaları rahatlatılabildiği için iyileşme sürecine katkıda bulunmaktadır. Bu bölümde, iyileşme sürecine katkı sağlayan, iyileştirici özelliği olan, tedavi edici ortam olarak adlandırılan terapötik çevre incelenmektedir.

Sağlık yapıları, çeşitli ihtiyaçlara sahip engelli, yeni doğan, yaşlı, genç, çocuk gibi bütün yaş gruplarını ve toplumun farklı sosyo-kültürel yapılarını barındıran, kullanıcı çeşitliliği fazla olan kamu mekanlarıdır. İyi tasarlanmış görsel çevreye sahip sağlık yapıları, bütün bu kullanıcılarının kendilerini iyi hissetmesinde, iyileşmenin hızlanmasında, çalışan verimliliğinin artmasında yarar sağlamaktadır [38]. Özgen [31]'in belirttiği gibi, terapötik çevrelerin kendisi iyileşmeye katkı sağlamaktadır.

Olguntürk [38], sağlık yapılarında klinik olmayan, herkesin kullanımına açık mekanların etkinliğinin ve kalitesinin artması ile hastane deneyimlerinde, korku ve negatif duyguların azalarak, iyileşme sürelerinin kısaldığını ve bu sayede sağlık personellerinin performansının ve işe devam sürelerinin arttığını belirtmektedir. Bu gibi etkenler de, sağlık yapılarında, mekanın fiziksel ve estetik kalitesinin artırmanın önemini ortaya koymaktadır. Özgen [31] geçmişteki şifahanelerin, farklı işlevlerdeki mekanlarının avluya açılarak sosyal bir mekan oluşumuna izin verdiğini anlatmaktadır. Şifa veren, iyileştirici nitelikteki duyumsanabilir mekan kurgusu ile iç ve dış mekan iletişiminin sürekliliğinin sağlandığını belirtmektedir. Zamanla bu sosyal, iyileştirici özelliğe sahip mekan kurgusu değişmiş, kullanıcı algısı doğrultusunda mekan isimleri değişerek şifahaneden hastaneye dönüşmüştür.

Gezer [37], sağlık yapılarının sadece hastalığa yakalanmış kişilere hizmet veren yapılar olarak kalmayıp, sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak, sağlıklı yaşlanmak için bilgilendirmenin yapıldığı, spor alanlarının ve kişisel bakım hizmetleri veren mekanların bulunduğu, disiplinlerarası işbirliği ile planlanan, hizmet sunumunu kolaylaştıran yapılar olması gerektiğini söylemektedir. İnsan ölçeğinde, erişilebilir, konforlu ve insanı rahatlatan mekanların kişilerin iyileşme sürecine katkıda bulunacağını belirtmektedir. Sungur Ergenoğlu ve Aytuğ [36]'da bu görüşe paralel olarak; eğitim için ayrılmış mekanlar, spor salonları, kamuya açık mekanlar ve buluşma

noktaları gibi sağlıklı kalmayı ve sosyal iletişimi geliştirecek mekanların sağlık yapılarına eklenmesinin önemi üzerinde durmaktadır.

Bütün kullanıcıların kullanımına uygun, sosyal bir mekan oluşumuna izin veren, iyileştirici nitelikteki terapötik çevreye sahip sağlık yapıları; kullanıcılarının yaşadığı stresle başa çıkmasını kolaylaştırmakta, iyi hissettirmekte, iyileşme sürelerini azaltmakta ve sağlık çalışanlarının verimliliğine katkı sağlamaktadır.

Aidiyet ve Benlik

Sağlık yapılarında, toplumsal olarak duygusal bağ kurulmasına olanak sağlayacak mekanlar tasarlanarak, toplumsal bellekte negatif olan çağrışımlarının kırılması gerekmektedir. Devlete ait sağlık kurumlarının kısıtlı imkan ve kapasite ile sunduğu sağlık hizmetleri, kullanıcılarında yetersizlik ve güvensizlik gibi olumsuz duygular oluşturmakta ve mekan algısı da bu yöndedir. Sağlık yapılarında; insanı nesne olarak görme, iyileşmenin sadece doktor ve tedavi ile gerçekleşmesi algısından uzaklaşıp, insan ve mekan etkileşiminin iyileşmeye olan katkısı irdelenmelidir [31]. Bu bölümde, sağlık yapılarına olan yabancılığı azaltan, bağ kurulmasına imkan sağlayan aidiyet ve benlik duyguları incelenmektedir.

Özgen [31]; günümüzde yerin ruhunun kaybolarak sadece bir sağlık merkezi, hastane olarak yapıların değerlendirildiğini, aidiyet hissinin azaldığını, bunların sonucu olarak kullanıcılarının bir an önce mekanı terk etme arzusu içinde olduğunu söylemektedir. Evsel nitelikli, duyumsanabilir mekan algısı ile bu duyguların değiştirilebileceğini belirtmektedir. Aidiyet ve benlik duygularının oluşabilmesi için insan ve mekan etkileşiminin olması gerekmektedir. Yerin ruhu düşünülmeden sadece işlev odaklı tasarlanmış yapılar ve mekanlar duyumsanabilir olmaktan uzaklaşmaktadır.

Sungur Ergenoğlu ve Aytuğ [36]'un da belirttiği gibi, sağlık yapılarında tasarımı etkileyen en bariz değişiklik, kurumsal olmaktan kurumsal olmamaya doğru bir geçiş olduğu söylenebilir. Benzer görüşe sahip Gezer [37] ise; geleneksel hastane mimarisinin, kurumun büyüklüğünü vurgulayarak hastayı etkileme, steril imaj segileme amacından uzaklaşıp yerini hasta dostu, ürkütücü olmayan, rahatlatan ve dostça karşılayan, personel-ziyaretçi-hasta deneyimlerini iyileştirip geliştiren, hastanın kendini evinde hissettiren planlama çözümlerinin tercih edilmekte olduğunu ve ölçeklerin erişilebilir olmasına dikkat edildiğini belirtmektedir. Özgen [31], bireylerin

yabancılığını azaltan, “yer”inde, “ev”inde hissettiren bir anlama, deneyime dönüşebilecek mekan kurguları ile tanıdık bir his uyandırılarak, yabancılaşmayı kırmaya yardımcı olarak değerlendirileneceğini dile getirmektedir.

Yetersizlik, güvensizlik, korku gibi olumsuz çağrışımları olan, kullanıcılarda aidiyet hissi oluşmadığı için sağlık yapılarından uzaklaşma isteği; ancak aşına bir his uyandırılarak, kullanıcıların “yer”inde, “ev”inde hissettiren, yabancılaşmayı kırmaya yardımcı ve duygusal bağ kurulmasına imkan veren mekanlar tasarlanarak değişim sağlanabilir.

Pozitif Uyarıcı

Sağlık yapıları mekanları, sadece ölçüsü ve şekli gibi fiziksel özellikleri değil, hasta ve yakınlarının görüşlerine başvurularak onlar tarafından tıbbi muayene ve işlem sırasında gözlemlenen, hissedilen ve çevreyi saran görsel, işitsel ve kokusal uyaranlara yönelik yanıtları da içermelidir [36]. Bu bağlamda, psikolojik olarak destekleyici nitelikte olumlu bir imge ileten, rahatlama, mutluluk, sakinlik, güven ve iyileşme gibi duygular oluşmasına yardımcı pozitif uyaranlar bu bölümde incelenmektedir.

Sağlığın hem zihinsel hem de fiziksel iyi olma hali olduğunu belirten Sungur Ergenoğlu ve Aytuğ [36]; iyi olma hali ile yaratıcılık arasında yakın bir ilişki bulunmasından dolayı, yurtdışında sağlık kurumlarında sanat eserleri bulunduğunu hatırlatmaktadır. Ulrich [66] ise; müzik, sanat, evcil hayvan gibi pozitif dikkat dağıtıcılardan biri olan doğanın üzerinde durmakta, iç ve dış mekanlarda doğayla kurulan temasın stresi azaltarak sağlanan yararlarından bahsetmektedir. Bekleme alanları, hasta odaları ve personellerin bulundukları mekanların doğayla görsel temas kurabileceğini, hastane ortamından kısa süreli uzaklaşarak kullanıcıların rahatça sakinleştirici bir bahçe veya avluya ulaşabileceği, bekleme alanlarında akvaryum, su gibi mimari öğelerden yararlanabileceğini söylemektedir. Buna paralel olarak, Sungur Ergenoğlu ve Aytuğ [36]; iyileşmeye olan katkılarının dolayı, mekanlarda doğal ışık, renk, doku, akvaryum, bitkiler gibi pozitif uyaranların, doğru tarz ve ses seviyesinde müzik kullanımının, var ise manzaraya doğru bir yönelim ile doğanın, iç mekanlara taşınmış olması gerekliliğinden bahsetmektedir.

Schweitzer vd. [45], hastanelerde giderek pozitif uyaranlara sahip evcil hayvan destekli terapinin daha fazla kabul gördüğünü, fakat tasarımcının nadiren hayvanların varlığını

düşünür olduğunu söylemekte, yapıyla birlikte çeşitli dış mekanlar tasarlanarak, evcil hayvanların ziyaretinin kolaylaşabileceğini belirtmektedir. Ülkemizde henüz yaygın olarak uygulanmamasına rağmen, evcil hayvan terapisinin özellikle çocuklar, yaşlılar üzerindeki fiziksel ve ruhsal sağlığı geliştirmede faydalarının olduğu bilinmekte ve terapötik yararlar için fırsat sunmaktadır. Geleceğin sağlık yapıları, insanların yaşam kalitesini arttırmada etkisi bilinen ve gezegenimizi paylaştığımız diğer canlılar ve sosyal ve terapötik çevre ile birlikte ele alınarak tasarlanması gerekmektedir.

Schweitzer vd. [45], sağlık yapılarına, masaj ve akupunktur vb. rahatlamayı sağlayan hizmetlerin verilebileceği alanların, yoga ve davul çalma gibi sağlığı geliştiren aktiviteler için ortak kullanıma uygun mekanların, açık ve kapalı yürüyüş alanlarının dahil edilebileceğini söylemektedir. Zamanla, mimarlığın kendisinin iyileştirici özelliği olan tamamlayıcı bir öge olarak görülebileceğini belirtmektedir.

Özetleyecek olursak; doğa, müzik, sanat eseri, renk, doku, bitki, akvaryum, su, evcil hayvan gibi kişilerin sağlık yapılarında bulundukları sırada görsel, işitsel, kokusal pozitif uyaran ve dikkat dağıtıcılar ile hastaların yaşadıkları stresin azalması, rahatlama, mutluluk, sakinleştirici, güven ve iyileşme gibi duyguların oluşması ile sağlığı destekleyici nitelikte katkı sağlanabilir.

3.5. Aile Sağlık Merkezleri Tasarım Kriterleri ve Mimari Özellikler

Bu bölümde aile sağlığı merkezlerinin tasarım kriterleri, alan seçimi ve yerleşimi, mekansal ilişkileri, malzeme seçimi ve kullanımı incelenmiştir. Değerlendirme yapıldıktan sonra yukarıda detaylıca incelenen sağlık yapıları tasarım kriterlerine göre, aile sağlığı merkezi tasarım kriterleri ve mekansal gereklilikler ortaya konmuştur. Türkiye’deki aile sağlığı merkezi yapıları üretme biçimleri araştırıldıktan sonra bölümün sonunda, küçük ölçekli sağlık yapılarına Dünya’dan ve Türkiye’den örnekler verilmektedir.

Sağlık yapıları, bir toplumun sağlığına katkıda bulunmak üzere ve sağlığının sürekliliği için tasarlanılmış, zorunlu teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği kuruluşlardır. Aile sağlığı merkezleri, bu kuruluşların ilk başvurulacak yer olması sebebiyle ilk basamağını oluşturmakta ve sağlık hizmeti dağıtım sisteminin anahtar elemanı olarak görülmektedir [33]. Aile sağlığı merkezi bir ya da birden çok aile hekimi tarafından açılabilen, aile sağlığı çalışanları ile birlikte aile hekimliği hizmetinin verildiği kuruluştur [26].

2018 Mevzuat Kitabı'nda belirtildiği gibi, aile sağlığı merkezi, teşhis ya da tedavisi yapılamayan hastaları ikinci veya üçüncü basamak tedavi ve rahabilitasyon hizmetlerine sevk etmekte, sevk edilen hastalardan geri bildirim yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmekte, evde sağlık hizmetleri ile ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamaktadır [26].

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin yürürlüğe girdiği 2013 yılında çalışır durumdaki aile sağlığı merkezleri, 01/01/2014 tarihine kadar bu Yönetmelik ile getirilen asgari şartlara uygun hale getirilmiştir [24].

3.5.1. Mekansal Kriterler

Bu bölümde aile sağlığı merkezinin, bugüne kadar ne şekilde ele alındıklarını ve uygulandıklarını görebilmek için, mevcut tasarım kriterleri incelenmektedir. Ekim 2018 tarihli Mevzuat Kitabı'nda ve 2013 tarihli Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde bahsedilen aile sağlığı merkezlerinde aranan mekansal özelliklere yer verilmiştir. Bu araştırmanın sonucunda bulunması gerekli asgari mekansal kriterlerin günümüzdeki aile sağlığı merkezi yapılarının oluşumundaki etkileri, yönlendiriciliği, yeterliliği ve mimari tasarım niteliğini belirlemedeki rolünün anlaşılması amaçlanmaktadır.

Aile sağlığı merkezlerinde olması gereken asgari fiziki şartlar Ekim 2018 tarihli Mevzuat Kitabı'nda şöyle belirtilmiştir [26]:

- 2-6 aile hekimliği birimi olmasına dikkat edilen aile sağlığı merkezi binasının kolay erişilebilir, güvenli, uygun aydınlatma, ısıtma ve havalandırma olanaklarına sahip olması gerekliliğinden bahsedilmektedir. Tek aile hekimi için gerekli toplam alan 60 metrekare olması gerekirken, birden çok aile hekiminin beraber çalışması durumunda her hekim için bu toplam alana 20 metrekare ilave edilmektedir.
- Bir hekim için minimum 5, sonraki her hekim için ilaveten en az 3'er adet olmak üzere yeterli sayıda bekleme koltuğu olan bekleme alanı ve danışma bölümü bulunması gerekmektedir. Bekleme alanındaki koltukların ergonomik ve kolay temizlenebilmesi; ahşap, PVC veya metal malzemelerden oluşuyorsa oturulan ve yaslanılan kısımların bir döşeme malzemesiyle kaplanması gerekmektedir. Kurum tarafından gönderilen broşür ve afişler, bekleme alanında çerçevelenmeli veya panoya asılmalıdır. Hijyeni sağlamak amaçlı el antiseptiği ile dilek ve öneri kutularının bulunması gerekmektedir.

- Her aile hekimi için asgari 10 metrekare olması gereken muayene odasında lavabonun bulunması gerekmektedir.
- Tıbbi müdahale odası; aşı, enjeksiyon ve küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun büyüklükte olmalıdır. Muayene ve müdahale masası, lavabo, muayene ve acil müdahale malzemeleri, jinekolojik muayene masası ile dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının olması gereklidir.
- Aile sağlığı merkezinde laboratuvar hizmetlerinin verilmesi düşünülüyorsa bu işleve uygun bir mekanın olması gerekmektedir.
- Mahremiyetin gözetildiği bebek bakım ve emzirme alanının bulunması gerekmektedir.
- Bay ve bayan olmak üzere hastaların kullanabileceği ıslak mekanlar olmalıdır. Tuvaletlerde acil çağrı butonu, tuvalet kağıdı ve poşetli çöp sepeti, her lavaboda sıvı sabun, kağıt havlu ve poşetli çöp sepetinin bulunması gerekmektedir.
- Engelli ve yaşlıların kolay erişimleri sağlanmalı veya çözümler üretilmesi gerekmektedir. Binanın giriş katında kurulması tercih edilmektedir.
- Isıtma, soba hariç diğer araçlarla sağlanmalı ve iç mekan sıcaklığı tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında 18-27 °C arasında, muayene odasının en az 20 °C olması gerekmektedir.
- Sağlık hizmeti sunulan bölümlerde zemin kaplamasının kolay temizlenebilir özellikte olması gerekmektedir.
- Merkezin iç mekanlarının boya ve bakımı eksiksiz olmalı, dış cephe boyası ve onarım ile ilgili isteklerin ilgili yerlere bildirilmesi gerekmektedir.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde, aile sağlığı Merkezinin aranan diğer fiziki şartları aşağıdaki gibidir [24]:

- Aile sağlığı merkezi içinde, ihtiyaç fazlası olan veya kullanım süresi dolmuş malzemelerin bulundurulmaması gerekmektedir.
- Aile hekimlerinin, Bakanlık'tan kiralamış oldukları müstakil binaların ilk çevre düzenlemesi müdürlükçe, daha sonraki bakımların ise aile hekimleri tarafından yapılması gerekmektedir.

- Muayene odası dışındaki diğer mekanlar aile hekimleri tarafından ortak kullanılabilir.

2017 yılında Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne ek olarak aile sağlığı merkezi gideri olarak yapılacak katkıların tespitinde kullanılmak üzere Aile Hekimliği Birimi Gruplandırması yürürlüğe girmiştir. A, B, C ve D grubu olarak sınıflandırılan aile sağlığı merkezi yapılarının sınıflandırma işlemlerinin kriterleri Tablo 6'da görülmektedir.

Tablo 6. Aile Sağlığı Merkezi Gideri Olarak Yapılacak Katkıların Tespitinde Kullanılmak Üzere Aile Hekimliği Birimi Gruplandırması [24].

	STANDART	D Grubu	C Grubu	B Grubu	A Grubu
1	Hasta müracaatları elektronik sıra takip sistemi ile yönlendirilmektedir.	+	+	+	+
2	Bekleme alanlarında büyüklüğüne uygun LCD, plazma, LED TV ve benzeri cihazlar bulundurup sağlığı geliştirici eğitim amaçlı yayınlar yapılmaktadır.	+	+	+	+
3	Tek hekimli aile sağlığı merkezlerinde bekleme alanı asgari 20 m ² 'dir (birden fazla aile hekimi görev yapıyorsa her bir aile hekimi için 5 m ² ilave edilir).	+	+	+	+
4	Aile sağlığı merkezinde en az 10 m ² 'lik müstakil bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" oluşturulmuştur (gruplandırmaya dahil olan her dört hekim için bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" planlanır).		+	+	+
5	Aile sağlığı merkezinde gebe izlemleri ve üreme sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi için en az 10 m ² 'lik müstakil bir oda oluşturulmuştur (gruplandırmaya dahil olan her dört hekim için bir "gebe izlem ve üreme sağlığı odası" planlanır).			+	+
6	Kullanıma hazır bir şekilde müstakil asgari 5 m ² 'lik bir emzirme odası veya bölümü planlanmıştır (bu alan diğer aile hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir). Emzirme alanında masa, oturma grubu ve bebek bakım ünitesi ile bebeği koruyucu güvenlik önlemleri (korkuluk, yükseltilmiş kenarlar ve benzerleri) bulunmaktadır.				+
7	Aile sağlığı merkezinde gruplandırmaya dahil olan her dört hekim için bir adet müdahale odası planlanmıştır.				+
8	Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi haftalık asgari 10 saat temizlik personeli çalıştırmaktadır.	+	+	+	+
9	Belgelendirmek kaydıyla ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır (aile hekimi başına haftalık 10 saat).		+	+	+
10	Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi için 9 uncu satıra ilave olarak haftalık 10 saat ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır.				+
11	Birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde gruplandırılan her aile hekimliği birimi tarafından haftada asgari 3 saat esnek mesai uygulaması yapılmaktadır. (gruplandırılmış 5 birime kadar aile hekimliği biriminin bulunduğu aile sağlığı merkezlerinde esnek mesai saatleri farklı zamanlarda planlanır ancak gruplandırılmış birim sayısının 5 ve üzerinde olması halinde ise aile sağlığı merkezi haftalık en az 55 saat açık kalacak şekilde planlama yapılır)			+	+
12	Aile sağlığı merkezine ait güncel internet sayfası bulunmaktadır.				+
13	Engelliler için düzenlenmiş tuvalet işlevsel olarak bulunmaktadır.				+
14	Bebek dostu aile hekimliği birimi belgesine sahip olup bu hizmet sunulmaktadır.	+	+	+	+
15	Aile sağlığı merkezi girişinin, bekleme alanlarının ve oda girişlerinin görüntülendiği güvenlik kamera sistemi mevcuttur.		+	+	+

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Planlama Ve Organizasyon Daire Başkanlığı'nın hazırladığı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Prototip Proje İhtiyaç Listesi Rehberi'nde, A Grubu aile sağlığı merkezleri baz alınarak belirlenen mekan alanları ile ilgili standartlar Tablo 7 ve Tablo 8'de belirtilmektedir.

Tablo 7. Hekimlik ASM Asgari Standart Tablosu –I [69].

	ASM Tipi	1 AHB			2 AHB		3 AHB			
		Oda Sayısı	Oda (m ²)	Toplam (m ²)	Oda Sayısı	Oda (m ²)	Toplam (m ²)	Oda Sayısı	Oda (m ²)	Toplam (m ²)
1	Bekleme ve Kayıt Alanı	1	20	20	1	25	25	1	30	30
2	Muayene Odası	1	16	16	2	16	32	3	16	48
3	Engelli Hasta Muayene Odası	0	10	0	0	10	0	0	10	0
4	Tıbbi Müdahale Odası	1	16	16	1	16	16	1	16	16
5	Laboratuvar	1	6	6	1	6	6	1	6	6
6	Gebe İzlem ve Aile Planlaması Odası	1	16	16	1	16	16	1	20	20
7	Aşı ve Bebek/Çocuk İzlem Odası	0	12	0	1	12	12	1	12	12
8	Emzirme Odası	1	5	5	1	5	5	1	5	5
9	Eğitim ve Toplantı Odası	0	16	0	0	16	0	0	16	0
10	Kat Ofisi Odası	1	8	8	1	10	10	1	12	12
11	Jeneratör Odası	1	5	5	1	5	5	1	5	5
12	Isı Merkezi	1	30	30	1	30	30	1	30	30
13	Temizlik Odası	1	3	3	1	3	3	1	3	3
14	Tuvalet ve Lavabo*		0	0		0	0		0	0
	Toplam Alan (m²)**	10		125	12		160	13		187

* Hizmet alanının dışında planlanmalı

** Sirkülasyon alanı dahil edilmiştir.

Tablo 8. Hekimlik ASM Asgari Standart Tablosu –II [69].

	ASM Tipi	4 AHB			5 AHB		6 AHB			
		Oda Sayısı	Oda (m ²)	Toplam (m ²)	Oda Sayısı	Oda (m ²)	Toplam (m ²)	Oda Sayısı	Oda (m ²)	Toplam (m ²)
1	Bekleme ve Kayıt Alanı	1	35	35	1	40	40	1	45	45
2	Muayene Odası	4	16	64	5	16	80	6	16	96
3	Engelli Hasta Muayene Odası	1	10	10	1	10	10	1	10	10
4	Tıbbi Müdahale Odası	1	16	16	1	16	16	2	16	32
5	Laboratuvar	1	6	6	1	6	6	1	6	6
6	Gebe İzlem ve Aile Planlaması Odası	1	20	20	1	20	20	2	20	40
7	Aşı ve Bebek/Çocuk İzlem Odası	1	12	12	1	12	12	2	12	24
8	Emzirme Odası	1	5	5	1	5	5	2	5	10
9	Eğitim ve Toplantı Odası	1	16	16	1	20	20	1	20	20
10	Kat Ofisi Odası	1	14	14	1	14	14	1	16	16
11	Jeneratör Odası	1	5	5	1	5	5	1	5	5
12	Isı Merkezi	1	30	30	1	30	30	1	30	30
13	Temizlik Odası	1	3	3	1	3	3	1	3	3
14	Tuvalet ve Lavabo*		0	0		0	0		0	0
	Toplam Alan (m²)**	16		236	17		261	22		337

* Hizmet alanının dışında planlanmalı

** Sirkülasyon alanı dahil edilmiştir.

Mevzuat kitabındaki asgari şartlarda aile sağığı merkezinin; erişilebilir, güvenli, uygun aydınlatma, ısıtma ve havalandırma olanaklarına sahip olması, yeterli bekleme alanı ve danışma bölümünün olması, tercihen giriş katında bulunması, engelli ve yaşlıların rahat ve kolay bir şekilde erişimlerinin olması gerekliliğı ve mekanlarının işlevleri ile uyumlu ve yeterli büyüklükte olması gerekliliğinden bahsedilmektedir. Malzeme olarak da sağıık hizmeti verilen mekanlarda zemin kaplamasının kolay temizlenebilir nitelikte olması, iç mekanlarının boya ve bakımının düzenli yapılması gerekliliğı üzerinde durulmaktadır. Uygulama yönetmeliğindeki aile sağığı merkezi yapıları için mevzuat kitabındaki asgari şartlara ek olarak, çevre düzenlemesinin yapılması ve muayene odası dışındaki mekanların aile hekimlerince ortak kullanılabileceğı anlaşılmaktadır. Aile hekimliğı biriminde sınıflandırılan aile sağığı merkezlerinin barındırdıkları teknik ve fiziki şartlar incelendiğinde, bulunması istenilen sınıfa göre aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası, gebe izlem ve üreme sağığı odası, emzirme odası ve müdahale odasının mimari ihtiyaç programında olup olmayacağı belirlenmektedir.

2018 tarihli Mevzuat Kitabı'nda, aile sağığı merkezi binalarının kolay erişilebilir olması gerekliliğinden bahsedilmesine rağmen, bu gerekliliklerin neler olduğı net olarak açıklanmadığı ve detaylandırılmadığı için projelerde engelsiz, erişebilir yapı elde etmek için kriterler uygulanamamaktadır. Enginöz [70], özellikle ülkemizdeki artan yaşlı nüfus ve engelli kullanıcılar için ileride engelsiz yapıların daha da önem kazanacağını belirtmektedir.

Aile sağığı merkezlerinde olması gereken asgari fiziki şartlar incelendiğinde, mekan gerekliliklerinin detaylı ve yeterli olmadığı anlaşılmaktadır. Daha çok ihtiyaç programı için gerekli mekanlar ve bu mekanların asgari alan ölçüleri üzerinde durulmaktadır. Mimari tasarım kriterlerinin sadece asgari mekan büyüklüğüne indirgendiğı bir yaklaşımın benimsendiğı görülmektedir.

3.5.1.2. Mekansal İlişkiler

Bu bölümde, aile sağıık merkezinde bulunan mekanlar, mekanların işlevleri ve birbirleriyle ilişkileri incelenmektedir. Bu konu ile ilgili olarak Erkman [71] yapıların, mekanların birbirleriyle ilişkilerinden meydana gelmiş örüntüler olduğunu belirtmektedir.

Aile hekimliği birimi sınıflandırılmasına göre ihtiyaç programındaki mekanlar değişim göstermektedir. Aşağıda gerekli olan mekanların fonksiyonları ile ilgili tanımlara yer verilmektedir. Aile sağlığı merkezinde bulunan mekanlar şunlardır:

- Aile hekimliği birimi, muayene odası ve aile hekimi odası olarak adlandırılan mekan; aile hekiminin, bir hemşire veya ebe ile birlikte teşhis, tedavi, rehabilitasyon hizmetleri gibi birinci basamak sağlık hizmetlerini verdikleri yerlerdir.
- Bekleme alanı, hastalar ve hasta yakınlarının birlikte sağlık hizmeti almak için bekledikleri yerlerdir. Bekleme alanları, sirkülasyon yoğunluğunu azaltmak için gerektiğinde birden çok alandan oluşabilmektedir [69].
- Danışma alanı, hasta ve hastaya eşlik edenleri bilgilendirme, yönlendirme, kayıt etme gibi işlemlerin yapıldığı bölümü ifade etmektedir.
- Tıbbi müdahale odası veya acil müdahale odası; aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapıldığı mekanlardır [26]. Sadece A grubu aile hekimliği birimlerinin bulunduğu aile sağlık merkezlerinde bulunmaktadır. Gruplandırmaya dahil olan her dört hekim için bir adet müdahale odası planlanmaktadır [24].
- Laboratuvar odası, aile sağlığı elemanlarının gereken tetkikler için numune aldığı, basit laboratuvar tetkiklerini yaptığı yerlerdir [24].
- Bebek bakım ve emzirme odası, annelerin bebeklerine bakım yapabildikleri ve emzirebildikleri mahremiyetin gözetildiği alandır. Emzirme odası sadece A grubu aile hekimliği birimlerinin bulunduğu aile sağlık merkezlerinde bulunmaktadır.
- Aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası, doğumdan sonra belli aralıklarla bebeğin ve çocuğun aşısı, kontrolleri, muayenesi gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerdir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre D grubu aile hekimliği birimlerinin bulunduğu aile sağlık merkezinde bulunmamaktadır [24].
- Gebe izlem ve üreme sağlığı odası, gebenin izlem ve muayenelerinin yapıldığı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı danışmanlığı gibi sağlık hizmetlerinin verildiği mekandır. Gebe izlem ve üreme sağlığı odası, A ve B gruplarında bulunmaktadır [72].

- Eğitim ve toplantı odası, dört ve üzeri aile hekiminin olduğu aile sağlık merkezlerinde bulunan, içerisinde kütüphanenin bulunduğu alanlardır [69].

- Bay ve bayan olmak üzere hastaların kullanabileceği tuvaletler olması gerekmektedir. Engelliler için düzenlenmiş ıslak mekan işlevsel olarak A grubu aile hekimliği birimlerinin bulunduğu aile sağlık merkezlerinde bulunmaktadır.

- Temizlik odası, su tesisatı ve gerekli malzemelerin bulundurulduğu alandır [69].

Yukarıda bahsi geçen 2-6 aile hekimliği birimi, bekleme alanı, danışma alanı, laboratuvar odası ve tuvaletler; A, B, C, D grubu olarak sınıflandırılan aile hekimliği birimlerine ait aile sağlığı merkezlerinin hepsinde asgari olarak bulunması gerekmektedir. Acil müdahale odası, bebek bakım ve emzirme odası, aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası, gebe izlem ve üreme sağlığı odasının varlığı, aile hekimliği birimi sınıflandırma kriterlerine göre değişiklik gösterdiği için aile sağlık merkezlerinin hepsinde bulunmamaktadır.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde ve Mevzuat Kitabı'nda aile sağlığı merkezlerinde olması gereken asgari fiziki şartlarda; depo, mutfak, teknik birimler, personel odası, mescit gibi mekanlardan bahsedilmemekte, fakat bunlardan herhangi biri veya birkaçı ihtiyaç programlarına dahil edilebilmektedir.

Mekan dizilimi olarak inceleyecek olursak, girişte karşılama ve danışma bölümü ile acil müdahale odası bulunmaktadır. Giriş mekanından sonra, bekleme alanına ve diğer mekanlara dağılım olmaktadır. Hasta ve yakınları, bekleme alanlarından sağlık hizmeti verilen mekanlara, tuvaletlere, bebek bakım ve emzirme odasına erişmektedir. Sağlık hizmeti verilen mekanların önünde hasta ve yakınları için bekleme alanlarının bulunması gerekmektedir.

Aile hekimlerinin bulunduğu muayene odaları ile, aile hekimlerinin ortak kullandıkları müdahale odası, gebe izlem ve üreme sağlığı odası, aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odasının ilişkilendirilmesi gerekmektedir.

Laboratuvarda hastalardan alınan kan, idrar, gaita örneklerinin tahlilleri yapıldığı için tuvaletlerle yakın bir şekilde çözülmesi gerekmektedir. Tuvaletlerle birlikte bebek

bakım ve emzirme odası çözülmektedir. Bekleme alanından bu mekanların girişleri direk olarak görülmemeli ve mahremiyet sağlanmalıdır.

Mutfak, personel dinlenme odası gibi mekanlar aile sağlığı merkezi personellerinin kullanımına özel oldukları için, hastalara sağlık hizmeti sunan mekanlardan görsel ve mesafe olarak ayrılması gerekmektedir. Bazı projelerde personel dinlenme odasının içinde bay ve bayan personeller için tuvaletler çözülmektedir.

Elektrik odası, ısı merkezi, server odası, depo gibi teknik birimler sağlık merkezi kurgusu içinde bir koridorla veya kat olarak ayrılmaktadır.

Toplum sağlığı merkezi bünyesinde ihtiyaç doğrultusunda belli sağlık hizmetlerini sunmak üzere İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG), Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM), Sağlık Evi, Enfeksiyon Kontrol, Göçmen Sağlığı Merkezi, KETEM (Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi), Diyabet ve Obezite, ÇEKÜS (Çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı) birimleri açılabilir [26]. Küçük ölçekli bu birimler ayrı merkez olarak yapıldığı gibi, aile sağlığı merkezi ile birlikte çözüldüğü de görülmektedir.

Bu bölümde, aile sağlığı merkezi fonksiyonlarının işleyişi, kurgudaki mekanların birbirleriyle ilişkisi ve mekan dizilimi öncelik sırasına göre incelenmiştir.

3.5.1.3. Malzeme Seçimi ve Kullanımı

Bu bölümde mevzuat ve yönetmeliklerde geçen aile sağlık merkezlerinde kullanılan malzemeler ve özellikleri incelenmektedir.

Ekim 2018 tarihli Mevzuat Kitabı [26]'na göre, aile sağlığı merkezlerinde olması gereken asgari fiziki şartlarda; sağlık hizmeti verilen alanlarda zemin kaplamasının kolay temizlenebilir özellikte olması gerektiği belirtilmektedir. Merkezin iç mekanlarının boya ve bakımının eksiksiz olması gerektiği, dış cephe boyası ve onarım ile ilgili taleplerin ilgili yerlere bildirilmesi gerektiği şartlar arasında yer almaktadır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde ve Mevzuat Kitabı'nda aile sağlığı merkezlerinde olması gereken asgari fiziki şartlarda malzeme ile ilgili bilgi ve kriterlerin yeterli olmadığı görülmektedir.

Gezer [37]'in bahsettiği üzere sağlık yapılarında dayanıklı, hijyenik özellikte, yangına dayanıklı malzemeler kullanılmalı ve aynı zamanda estetik kriterler de sağlanmalıdır. Zemin döşemeleri olarak, kaymaz özellikte, mat yüzeyler tercih edilmeli, suya dayanıklı ve mümkün olduğunca ek yeri az olacak şekilde uygulanabilinen malzemeler tercih edilmelidir.

3.5.1.1. Alan Seçimi ve Yerleşim

Bu bölümde mevzuat ve yönetmeliklerde geçen aile sağlık merkezlerinin, nerelerde hizmet verdikleri ve yer seçim kriterleri incelenmektedir.

2018 tarihli Mevzuat Kitabı [26]'na göre aile sağlık merkezleri; öncelikle Bakanlık, Kurum veya bağlı kuruluşlara ait sağlık hizmeti vermek amacıyla yapılan veya kiralanan binalarda hizmet vermektedirler. Bu olanak sağlanamazsa, bölgedeki müdürlükçe onaylanan asgari şartların sağlandığı yerlerde de kurulabilmektedirler. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği [24]'nde merkezin, sağlık hizmetlerinin türüne ve niteliğine uygun olması, hizmeti sunan ve yararlananların memnuniyetini sağlaması, asgari şartları sağlaması ve kullanıcıların kolay ulaşabilecekleri yerde olması esassından bahsedilmektedir.

Mevzuat Kitabı [26]'nda bahsedilen diğer bir konu ise, aile sağlık merkezinde görev alan aile hekimi birkaç yerleşim yerinde gezici sağlık hizmeti vermek durumundaysa, aile sağlığı merkezinin yer seçiminde ulaşım zorluğu, güzergah, yakınlık, coğrafi özellikler ve vatandaşın kullanım alışkanlıkları gibi özelliklerin göz önünde bulundurulduğu belirtilmektedir. Ayrıca, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği [24]'nde, eczane bulunan binalarda aile sağlığı merkezinin açılmayacağı bildirilmektedir.

Aile sağlık merkezlerinin yer seçiminde, Bakanlık, Kurum veya bağlı kuruluşlara ait binalarda hizmet verildiği, yani mülkiyet durumunun öncelikli olduğu anlaşılmaktadır. Bunun sağlanamadığı durumda, aile sağlığı merkezlerinde olması gereken asgari fiziki şartların karşılandığı ve kolay erişimin olduğu yerlerde, aynı binada eczane bulunmuyorsa, bölgedeki müdürlüğün onayı alınarak aile sağlığı merkezi kurulup hizmete başlamaktadır.

3.5.2. Değerlendirme Kriterleri

Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu [32]'nda, iyi planlanmış bir proje ve plan detaylarının, sağlık tesislerin kullanım niteliğini ve kapasitesini arttırdığından dolayı, daha uzun süre kullanılabilen ve maliyetleri azaltarak daha kazançlı yapılar elde edildiği belirtilmektedir. Bunun için sağlık yapıları tasarım kriterleri sorgulanmalı, değerlendirilmeli ve geliştirilmelidir. Sadece fiziksel ihtiyaçların karşılandığı mekanın tasarım nesnesi olarak görülebilmesi için sosyal, psikolojik, algısal, deneyimsel, ekonomik, estetik vb. birçok açıdan sorgulanması gerekmektedir.

Sungur Ergenoğlu ve Aytuğ [36], gelişimi teşvik etmek için tesirli bir değerlendirme aracı olan sağlık sektöründe akreditasyonun; sağlık kurumlarını, hizmet ve yönetim kalitesini arttırmak için oluşturulmuş standartları karşılayıp karşılamadıklarını tespit etmek için irdelediği bir süreç olduğunu dile getirmektedir. Farklı sektörlerde ve birçok ülkede akreditasyon kuruluşları kurulmuştur ve akreditasyon sistemi ülkemizde bazı hastaneler tarafından kullanılmaktadır. Değerlendirme aracına tabi olmayan aile sağlığı merkezleri tarafından; gelişmek, hizmet kalitesini arttırmak, güvenli ve iyileştirici bir çevre sağlamak üzere, hasta odaklı bir yaklaşımla standartların oluşturulduğu mimari tasarımının kalitesinin de değerlendirildiği bir akreditasyon sistemi uygulanabilir.

Aile sağlık merkezleri için, 2018 tarihli Mevzuat Kitabı'nda ve Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ndeki asgari fiziki şartların, tasarım kriterleri olarak yeterli olmadığı görülmektedir. Bu bölüm, aile sağlık merkezleri asgari şartlarında bulunmayan, fakat yukarıdaki bölümlerde incelenen sağlık yapıları tasarım kriterlerine göre olması gerekli mekansal gereklilikleri içermektedir.

3.5.2.1. Mekansal Gereklilikler

Sağlık yapılarının planlanması, tasarımı ve uygulanması büyük bir önem ve titizlik gerektirmektedir. Bu bölüm, aile sağlık merkezlerinde bulunması gerekli olan mekansal gereklilikleri içermektedir.

Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu'na göre yerleşim ve çevre konusunda, bütün sağlık yapılarında düşünülmesi gerekli olan, fakat Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde ve Mevzuat Kitabı'nda aile sağlığı merkezi asgari fiziki şartlarda aranmayan kriterler aşağıdaki gibidir:

- Sağlık yapıları vaziyet planı kararlarında; giriş ve çıkışlar, araç ve yaya yaklaşımı, otopark ihtiyacının düşünülmesi gerektiği belirtilmektedir [32].
- Üzerinde durulan bir diğer konu ise, sağlık yapıları tasarlanırken; manzara, hakim rüzgar yönü, doğal ışık, güneşlenme gibi arazi verilerinin dikkate alınması gerekliliğidir [32].
- Sağlık yapılarında, yeterli yeşil alan ayrılması gerektiği belirtilmektedir. Bu konuda sağlık yapıları, bağlı olduğu belediyelerin yönetmeliklerine tabidir ve ilgili belediye tarafından yeterli yeşil alan ayrıldığıнын belgelenmesi uygun görülmektedir [32].

Aile sağlık merkezleri asgari fiziki şartlarda aranmayan, ancak Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu'na göre bütün sağlık yapılarında bulunması gerekli olan mekansal kriterler aşağıdaki gibidir:

- Sağlık yapılarının girişinde herkese denetim yapılamadığı için, mekanların organizasyonunun, diziliminin ve işleyişinin doğru düzenlenmesiyle güvenliğin yapı içinde sağlanması gerektiği ve böylece hastaların gizlilik ve mahremiyetinin de gözetileceği belirtilmektedir [32]. Gezer [37]'in üzerinde durduğu bir diğer konu ise, sağlık yapılarının mekan organizasyonu, işleyişi, dizilimi ve boyutlarının sağlık problemi yaşayan kullanıcıları tarafından kolay ulaşılabilen, yormayacak ve zaman kaybettirmeyecek şekilde planlanması gerektiğidir.
- Aile sağlığı merkezi ana girişi, araçların yaklaşımı için uygun ve araçla gelen hastaların rahatça inip binebilecekleri şekilde yarı açık mekana sahip olmalıdır. Girişte, ısıyı korumak adına rüzgarlık bulunmalıdır [32].
- Doğal ışığa erişimi olan, manzaraya sahip, dışarısı ile görsel temas kurabilen mekanlar oluşturulmalıdır. Doğal ışık, havalandırma, ısı, gürültü kontrolü fiziksel çevrenin tasarımı ile sağlanmalı, bireysel kontrole de izin verecek şekilde yeterli oranda yararlanılmalıdır [32].
- Yoğun olarak kullanılan veya yığılmanın olduğu giriş, karşılanma, bekleme alanı gibi mekanlarda, hasta ve yakınlarının fizyolojik ihtiyaçları düşünölmeli ve yeterli büyüklükte olmalıdır [32]. Olguntürk [38]'ün belirttiği gibi, hasta ve yakınlarının bulunduğu bekleme alanları, girişten rahatlıkla algılanabilir ve erişilebilir olmalı, tekli

veya çoklu oturmaya izin vermeli, dış mekanla görsel iletişimi kesmeyecek şekilde tasarlanması gerekmektedir. Bu alanlarda gürültü oluşabileceği için ses yalıtımının da düşünülmesi gerekmektedir.

- Personel, hasta ve yakınlarının erişebilecekleri terapötik ve canlandırıcı bahçeler ile dış mekana erişim sağlanmalıdır. Kişilerin üzerinde pozitif etkileri olmasının yanında mikroorganizma da üretebilen su ögesinin, kalitesinin sorgulanarak kullanılması gerektiği belirtilmektedir [32]. Gezer [37], sağlık yapısı tasarlanırken, çevre ile ilişkisinin sorgulanması gerektiğini, iç mekanlar kadar dış mekanların da düşünülmesi gerektiğini belirtmektedir. Hakim rüzgar, güneşlenme, arazi ve iklim verilerine göre tasarlanan dış mekanlar; kullanıcılarının dinlenme, bekleme ve doğal alan ihtiyacını karşılamalıdır. Sağlık yapıları tasarımında yeni yaklaşımlar bölümünde, kişilerin hastalıkları dolayısıyla yaşadıkları korku, stres, kaygı gibi duyguları azaltarak olumlu katkı sağlayan nitelikli ve terapötik çevreye sahip sağlık yapıları oluşturulması üzerinde durulmaktadır. Özgen [31]'in belirttiği gibi, sağlık yapılarının dış mekanları; sosyalleşme alanları, dinlenme alanları, bekleme alanları, beceri stüdyoları, oyun alanları kişilerin birlikte kullanımına uygun olacak şekilde tasarlanmalıdır.

- Mekanların tavan yüksekliğinin fazla veya basık olması durumu; ışıklandırma, ısınma, havalandırma ve enfeksiyon kontrolünü etkilemekte, ısınma ve ışıklandırma maliyetlerini değiştirmekte, kullanıcılar üzerinde negatif etki bıraktığından dolayı, özellikle elektrik ve mekanik tesisatları gibi donanım alt yapısının tavanlarda çözüldüğü projelerde, tavan yüksekliklerine dikkat edilmeli ve kullanılabilir haldeki yüksekliği minimum 270 cm olmalıdır [32].

Üçüncü bölümde mekansal özellikler başlığı altında incelenen erişebilirlik konusu ile ilgili aile sağlığı merkezi asgari fiziki şartlarda aranmayan, fakat Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları'nda yer alan kriterler aşağıdaki gibidir:

- Tekerlekli sandalye erişimi olması gereken mekanların kapı genişliği asgari 90 cm olması ve bebek arabası, tekerlekli sandalyelerin rahat hareket edebilmesi için ek yerleri, eşikler kaplanarak aynı kota getirilmesi gerekmektedir [32].

- Erişebilirliği sağlayan koridorların genişlikleri; rahat, güvenli, ferah olacak şekilde yaya sirkülasyonun yoğunluğuna göre belirlenmelidir [32]. Gezer [37], kolay algılanıp

kullanılabilen nitelikteki koridorlarda, hastaların hareketini kolaylaştıracak tutunma barları konulması gerektiğini belirtmektedir.

- Erişebilirliği sağlayan merdivenlerin basamak genişliği en az 28 cm ve rıht yüksekliği en az 15 cm, en fazla 17 cm, merdiven genişliği en az 150 cm olması gerekmektedir. Merdivenlerin tutunma yerleri, çocuklar ve yetişkinler olmak üzere iki kademeli olarak çözülmelidir [32].

- Asansörlerin, engellilerin kullanımına da uygun olması gerekmektedir [32].

- Rampaların eni en az 150 cm olmalı, yüksekliği 50 cm'yi geçmemelidir. Yüksekliği 2 m'yi geçen kot farkları için ise asansör kullanılması gerekmektedir [32].

Sadece A Grubu aile hekimi birimlerinin olduğu aile sağlığı merkezlerinde tuvalet, engelliler için düzenlenmiş ve işlevsel olarak bulunmaktadır. Oysa Sungur Ergenoğlu ve Yıldız [41]'ın belirttiği gibi, kişilerin bedensel durumu ne olursa olsun tüm kullanıcıların yapıya, çevreye, sunulan hizmete, mekanlara, sirkülasyon elemanlarına, bildirişim elemanlarına, yüzeylere kolaylıkla erişebilmesi ve başka birine ihtiyaç duymaksızın güvenli bir şekilde dolaşımı sağlanmalıdır. Mekanların tasarımının; engelli kişilerin kullandığı aparatlar, boyutları, kapladığı alanlar doğrultusunda ve standart kullanıcılarla ortak erişim alanları önemsenerek yapılması gerekmektedir.

Hastaların, hasta yakınlarının ve engelli kişilerin ihtiyaçları önemsenerek yapıya yaklaşımı ve açık otopark ihtiyacı tasarlanmalıdır. Engelli kişiler için birim park yeri ölçülerinin, otopark yönetmeliğinde en az 350 cm olması gerektiği belirtilmektedir [44].

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2002 yılında yapmış olduğu engelliler araştırmasına göre nüfusun %12,29'u engelli kişilerden oluşmaktadır [73]. Buna göre, ülkemiz nüfusunun önemli bir oranının engelli nüfusundan oluştuğu anlaşılmaktadır. Yapıyı kullanan kişilerin özel durumlarına göre kullandıkları aparatlar ve kapladığı alanlar, yürüme engeli bulunan bireyin yaklaşık tekerlekli sandalye ölçüleri ve gerekli manevra alanı, standart kullanıcı boyutlarıyla birlikte hesaplanarak mekanların tasarlanması gerekmektedir.

Enginöz [70]'e göre, engeli bulunan bireylerle birlikte toplumun önemli bir kısmını oluşturan sürekli veya dönemsel güçlük yaşayan hastalar, hamileler, insan yaşamının

belli bir dönemini oluşturan çocukluk ve yaşlılıktaki problemleri yaşayanların fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarının farklılaşması sebebiyle sağlıklı ve yetişkin kişiler için tasarlanmış mekanlarda erişebilirlikte yaşanan bir engellilik söz konusudur. Scherrer [74]'e göre, “Herhangi bir yetersizliği olan kişi, erişilebilirliği olan mekanda engelli değildir. Sağlam bir kişi, erişilebilirliği olmayan bir mekanda engellidir.”

Üzerinde durulması gereken bir diğer konu Gezer [37]'e göre, görme engeli bulunan kullanıcılar için yol gösterici ve hissedilebilir nitelikte kaplamaların, yüzeylerin, dokuların ve renklerin düşünülmesi gerektiğidir.

Sürmen [75]; erişebilirliği sağlanmış toplumsal konum, mekan ve çevrenin sadece yaşlılar ve engelliler için değil bütün kişiler için rahat yaşama ortamları sunarak daha insanca hayat sağladığını belirtmektedir. Enginöz [70]; erişilebilir mekan, yapı ve çevreler oluşturulduğunda, engellilik kavramının silineceği üzerinde durmaktadır.

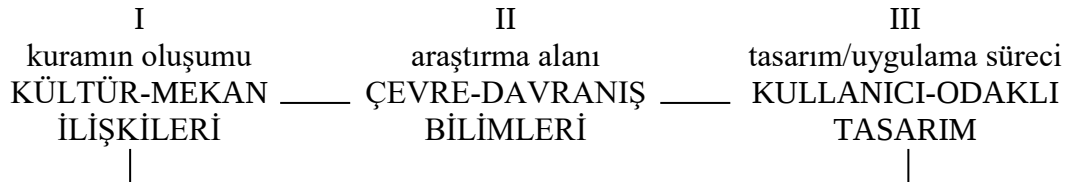
Scherrer [74]; tasarım ve uygulama aşamasında ihmal edilen veya atlanılan detayların birçok kişinin erişebilirliğini engellediği için engelli olmasına neden olduğunu, sonradan tadilat ile düzeltilmesinin fazla masraf gerektireceğini belirtmektedir. Bu yüzden, yapıların iyi tasarlanması ve projelendirilmesi zaman, para, iş yükü gibi birçok açıdan tasarruf etmek için de gerekli hale gelmektedir.

Malzeme seçimi ve kullanımı konusunda Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde ve Mevzuat Kitabı'nda aile sağlığı merkezi asgari fiziki şartlarda bulunmayan, fakat üçüncü bölümde incelediğimiz Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları'nda yer alan, aile sağlığı merkezlerini doğrudan ilgilendiren kriterler aşağıdaki gibidir:

- Islak mekanların zemin malzemelerinin, mikrop öldürücü çözeltilere karşı dayanıklı ve kaymaz nitelikte olması gerekmektedir. Küçük cerrahi işlem yapılan mekanların zeminlerinin ve çevresinin mümkünse tek parça uygulanabilen ve ek yerleri bulunmayacak şekilde olması gerektiği belirtilmektedir [32].

- Bütün duvar boyaları yıkanmaya ve temizlenmeye uygun, suya karşı dayanıklı özellikte olmalıdır. Duvar yüzeyleri ve zeminlerin ek yerlerinde, böcek ve kemirgenlerin gizlenebileceği alanların olması ihtimaline karşı önlemlerin alınması gerekmektedir [32].

Ersoy [76], dünyada iyi tasarlanmış mimari proje ve çevrelerinin; kuram, araştırma ve uygulama zinciri olarak adlandırdığı kesintisiz bir sürecin sonuç ürünleri olduğunu, kullanıcıların mekan algıları ve deneyimleri çözümlenmeye çalışılarak, kullanıcı odaklı bir yaklaşımın tasarıma dahil edildiğini belirtmektedir.



Şekil 19. “Kuram- Araştırma- Uygulama” Zinciri [76]’dan uyarlanmıştır.

Mekan ve kullanıcı devamlı etkileşim halindedir ve mekanın kullanıcı üzerindeki etkileri üzerine sağlık yapıları tasarım kriterleri başlığı altında fiziksel ihtiyaçların yanı sıra, psikolojik ihtiyaçlara da çokca vurgu yapıldığı görülmektedir. Kullanıcılarının fiziki ihtiyaçlarının yanı sıra, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları da göz ardı edilmemelidir. Sağlık yapıları psikolojik olarak da destekleyici nitelikte tasarlanmalıdır.

Bu bölümde aile sağlık merkezi asgari fiziki şartlarda aranmayan, fakat üçüncü bölümde incelenen sağlık yapıları tasarım kriterlerine göre aile sağlık merkezlerinde bulunması gerekli olan mekansal gereklilikler incelenmiştir.

3.5.3. Türkiyede’ki Aile Sağlığı Merkezi Yapıları Tasarım Biçimleri

Günümüzde aile sağlığı merkezi yapıları bir kaç yolla elde edilmektedir ve bu yollar şöyledir;

1. Sağlık Bakanlığı’nın uygulanmak üzere dağıttığı tip projeler ile,
2. Önceden sağlık ocakları için tahsis edilen binalar dönüştürülerek,
3. Aile hekimlerinin kendi imkanları ile asgari şartları sağlayan ve bulunduğu ilin il sağlık müdürlüklerince kontrolünün yapıldığı ve onayının verildiği yapılarda,
4. Hayırsever vatandaşların aile sağlığı merkezi bağışlama talebi üzerine, belediyelerin tahsis ettiği arsalara, rica ile maddi bir kazanç elde edemeyeceğini bilen, serbest olarak çalışmakta olan bir mimar tarafından projelendirilerek elde edilmektedir.

Hayırseverler tarafından yapılan bazı sağlık ocakları ve aile sağlık merkezlerinin yapıları önce yapılmakta, ruhsatlandırma işlemi faaliyete geçtikten çok sonra kamu yararına dayandırılarak ruhsatlandırılmaktadır.

Günümüzde belediyeler sağlığı bir rant olarak kabul etmekte, yaptırdığı aile sağlığı merkezi yapılarının karşısındaki kendine ait arsayı yada iş yerlerini açık pazarlık usulü ihale ile satışını yapmaktadır. Aile sağlığı merkezi yapıları çoğunlukla hayırseverlerin bağışları ve destekleri ile elde edilmektedir.

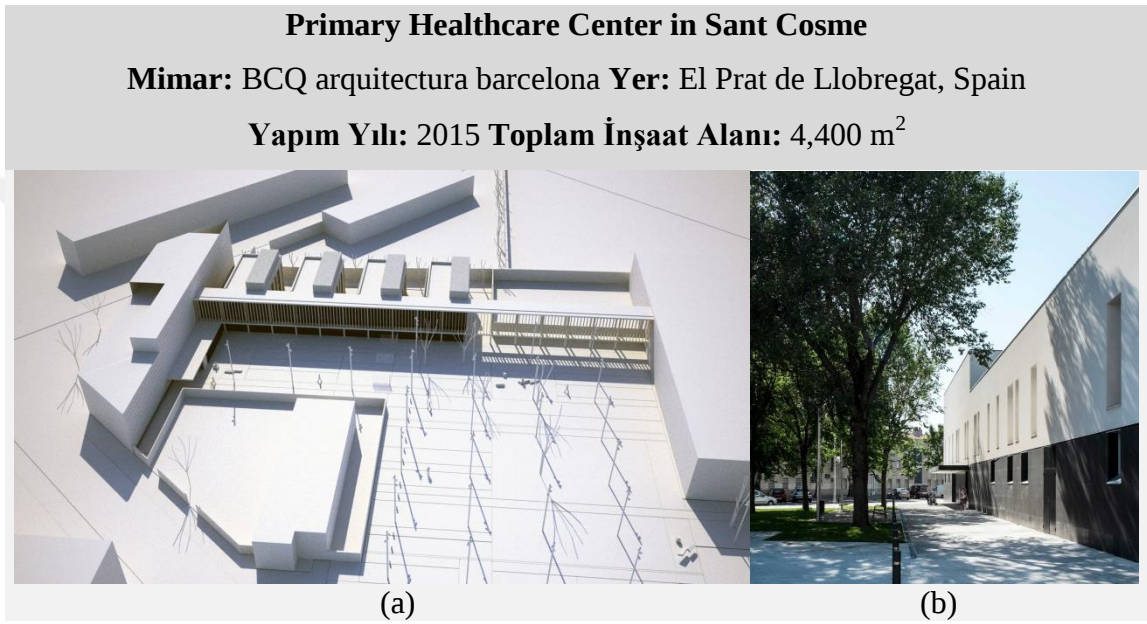
Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları [32]'nda, kişilerin güçlük çektiği dönemlerde ihtiyaç duyduğu sağlık yapıları, toplumun tamamını ilgilendirdiği için, bu yapıların tasarım çalışmalarının da önemli hale geldiği belirtilmektedir. Diğer ülkelerde sağlık tesisleri projelerinin tasarım aşaması, neredeyse inşaat süresine eşit olduğu görülmekte; fakat, ülkemizde bir ay gibi çok kısa sürelerde kopya veya tip projeler ile sağlık yapıları projeleri hazırlanmaktadır. Hazır taslaklardan kopya edilerek uygulanan projeler; niteliksiz, hizmet amacına tam erişemeyen yapılar oluşmasına neden olmaktadır.

Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları [32]'nda, sağlık sektöründe “örnek proje” adı altında uygulanan projelerin zamanla farklılaşan ihtiyaçlar sebebiyle uygulandıktan sonra oluşan tadilat ihtiyaçlarının sürekliliğinin maliyetleri artırdığını, çoğu zaman mevcut yapının maliyetini geçtiği halde istenen hizmet kalitesine ulaşamadığı belirtilmektedir. Herhangi bir yerde çok iyi işleyen bir plana sahip bir sağlık yapısı olmasına rağmen, başka bir yerde eksik kalabileceğinden dolayı, kopya ve tip projelerden uzak durulması gerekmektedir. Ekonomik kaygılar yüzünden kısa vadede çözüm gibi görünen tip projeler, yerle bağlamı olmayan, hastalıklı yapıların üretimini sağlamaktadır.

Sağlık yapılarına başka bir perspektifle bakılarak; iyileştiren, hasta odaklı tasarım yaklaşımı ile elde edilecek küçük ölçekli sağlık yapılarının sağlığa, topluma, ve uzun vadede ekonomiye katkı sağlayacağı unutulmamalıdır ve bu bağlamda üretme biçimleri de sorgulanmalıdır.

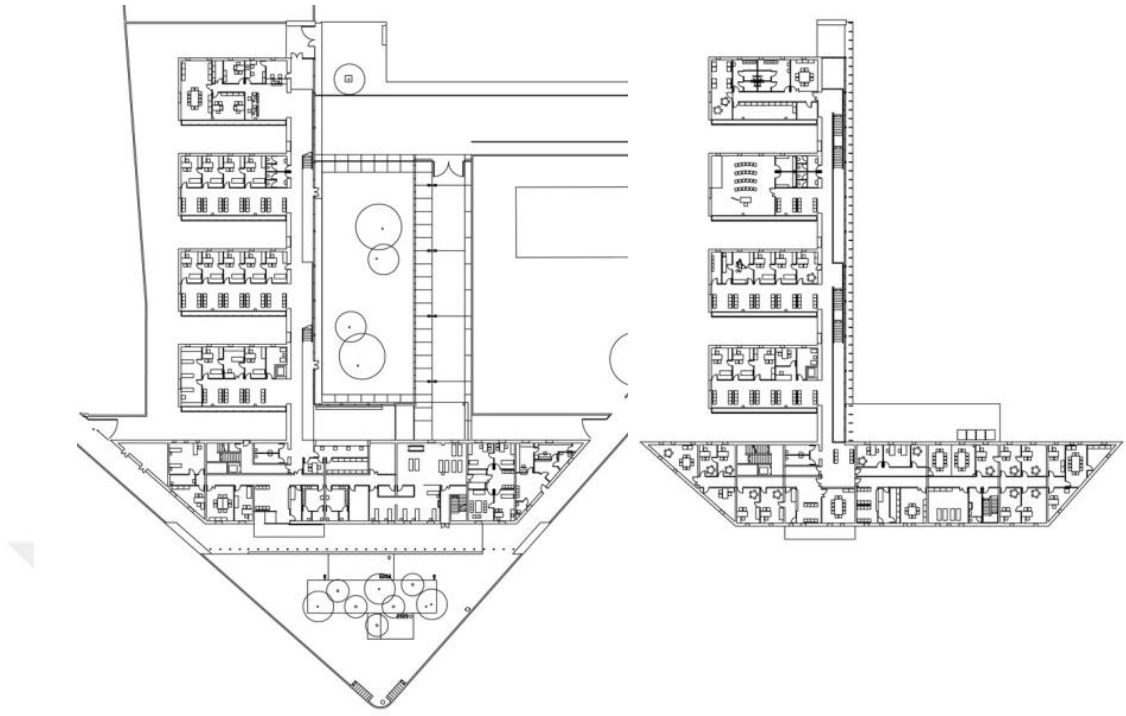
3.6. Dünyadan Örnekler

Bu bölümde dünyadan seçilen 12 adet küçük ölçekli sağlık yapıları incelenmektedir. 21. yüzyıla ait, insan ölçeğinde, dış mekanda sosyalleşmeye imkan veren, bulunduğu çevre ile ilişkisinin sorgulandığı, negatif çağrışımları olan kurumsal sağlık yapısı algısını kıran projeler olmasına dikkat edilmiştir. Yeşil doku, manzara ve dış mekânla azami görsel ve fiziksel iletişimin sağlanması; hasta ve yakınlarının fiziki, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının düşünülmesi de örnek seçiminde önemli olmuştur.



Şekil 20. Primary Healthcare Center.

1980 yılında yapılmış, mevcut 1,400 m² büyüklüğündeki birinci basamak sağlık merkezine yeni bir uzantı inşa edilmektedir. Basit hacime sahip mevcut binaya dik yerleştirilmiş yeni bina ile avlu tariflenmiştir [77].



Şekil 21. Primary Healthcare Center Kat Planları [78].

Genel olarak yalın bir dille sahip olan projede mimari elemanlarla oluşturulan ritm ve kullanılan beyaz renk ile halk sağlığının temiz, düzenli olma durumu ilişkilendirilmiştir [79].



a) <http://bcq.es/portfolio/primary-health-care-center-dr-pujol-i-capsada/>

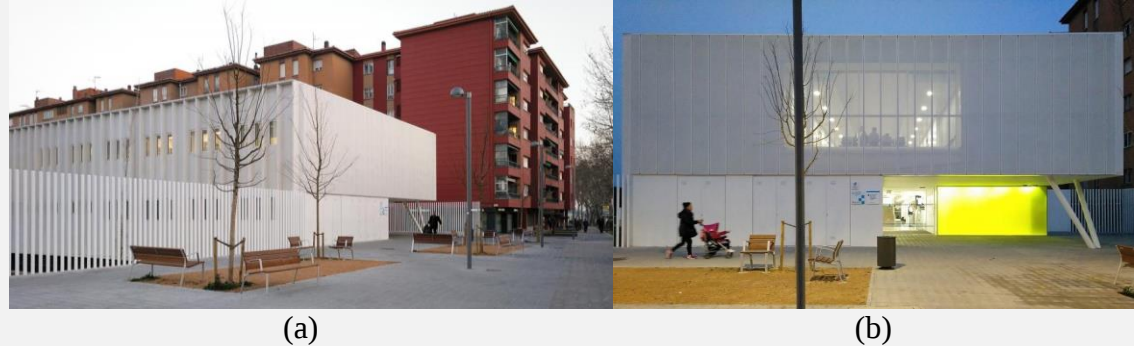
b) <http://new.rushi.net/Home/Works/detail/id/125343.html>

Şekil 22. Primary Healthcare Center [79].

Primary Healthcare Center Dr.Masdevall

Mimar: BCQ arquitectura barcelona **Yer:** Figueres, Spain

Yapım Yılı: 2018 **Toplam İnşaat Alanı:** 2,917 m²



Şekil 23. Primary Healthcare Center Dr.Masdevall.

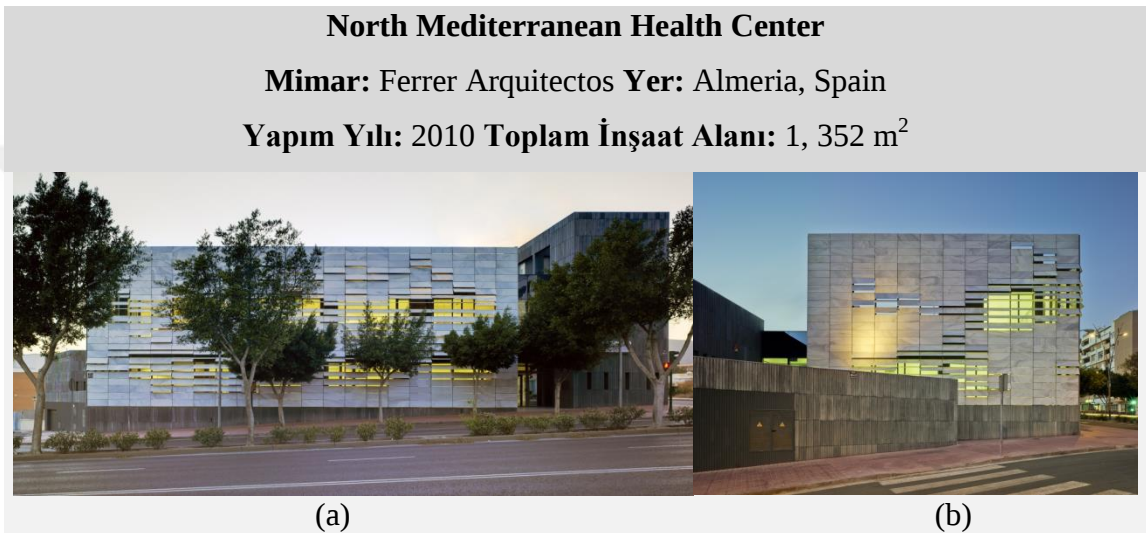
Bina, kamu sağlık hizmetlerin sunulduğu “saf bir kutu” olarak algılanmaktadır. Cephelelerde yarı saydam olan prefabrik beyaz beton parçalar kullanılmıştır [80]. Giriş herkes tarafından kolayca algılanmakta, farklı doku ve renkler kullanılarak hissedilebilir yüzeyler oluşturulmuştur. İnsan ölçeğinde tasarlanarak sosyal anlamda herkes için ulaşılabilir ve korkutmayan bir sağlık yapısı olduğu görülmektedir. Dışarıyla görsel iletişimi kesmeyen bekleme alanı ve dış mekanda sosyalleşmeye izin veren bekleme alanları bulunmaktadır.



Şekil 24. Primary Healthcare Center Dr.Masdevall [81].

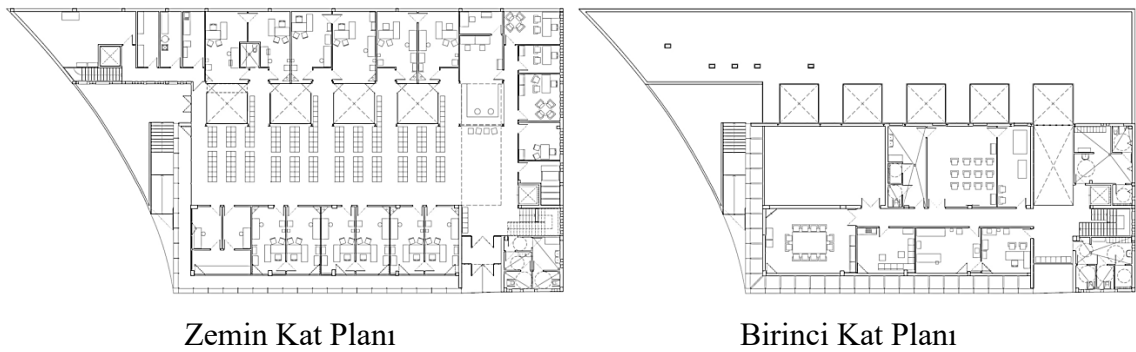
Sağlık merkezinin zemin ve birinci kat planında sağlık hizmetleri verilmekte, iki bodrum katında teknik birimler ve personel kullanımına yönelik mekanlar bulunmaktadır. Sağlık binasında toplam 22 adet muayene odası, 4 adet çok amaçlı salon, ofisler, sağlık eğitimi için alan, depolama ve personel alanı da bulunmaktadır [81].

a, b) <https://architizer.com/projects/primary-healthcare-center-dr-masdevall/>



Şekil 25. North Mediterranean Health Center.

Kamu sağlık hizmetlerinin verildiği yapının projesi, yarışmada birincilik ödülüne sahiptir [82]. Danışma ve bekleme alanına doğal aydınlatma ve havalandırma sağlamak amacıyla bir dizi iç avludan yararlanılmıştır. Çağdaş görünüme sahip yapıda, kat yüksekliği boyunca devam eden çift cidarlı cephe sistemi kullanılarak mekanlara doğal ışığın dağınık ve dolaylı bir şekilde girmesi sağlanmıştır [83].



Şekil 26. North Mediterranean Health Center Kat Planları [84].

Zemin katta giriş ve resepsiyon alanı ile birlikte bir yönetim alanı, yetişkin ve çocuk muayene odaları, küçük cerrahi müdahale odası bulunmaktadır. Birinci katta sağlık eğitimi, personel odası bulunmaktadır. Garaj ve depo alanı bodrum katta çözülmüştür [85].



Şekil 27. North Mediterranean Health Center [83].

a,b) https://www.archdaily.com/257810/north-mediterranean-health-center-ferrer-arquitectos?ad_medium=gallery

Ruukki Health Clinic

Mimar: alt Architects, Karsikas **Yer:** Ruukki, Finland

Yapım Yılı: 2014 **Toplam İnşaat Alanı:** 910 m²



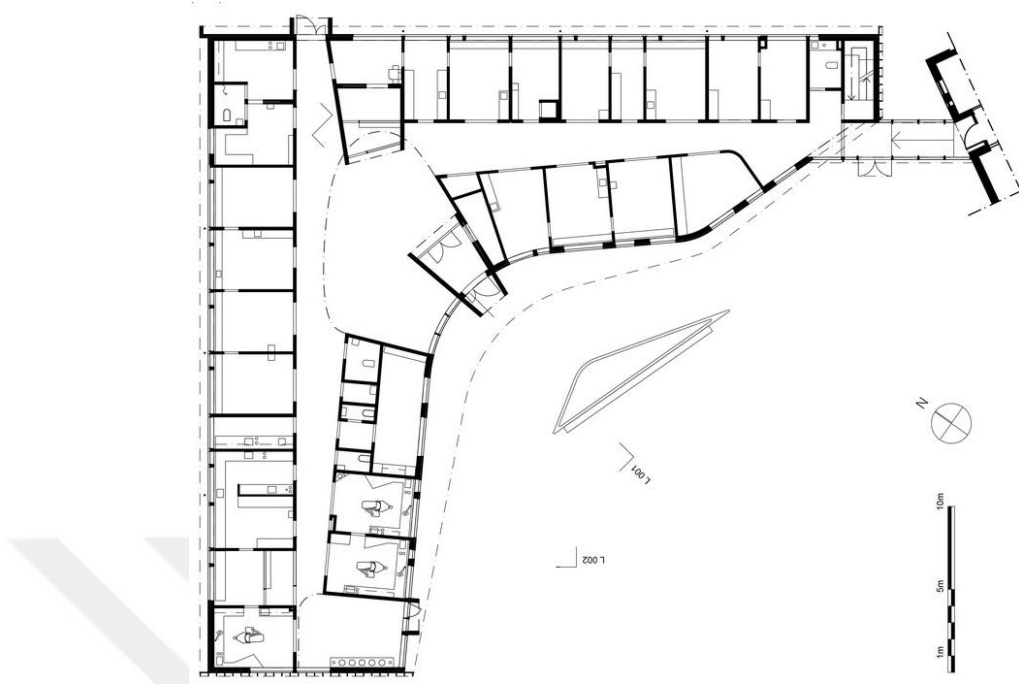
(a)



(b)

Şekil 28. Ruukki Health Clinic.

Küçük ölçekli kamu binasında diş sağlığı, yetişkin ve çocuk sağlığı hizmetleri verilmektedir. Çam ormanları ile çevrili olan yapı, yaşlılar için bir bakım merkezine bitişik olarak konumlandırılmıştır. Bölgenin malzemesi olan karaçam şeritleri ile kaplanan yüzeyler, geniş saçakla hava koşullarından korunmaktadır [86].



Şekil 29. Ruukki Health Clinic Planı [87].

Diş sağlığı, yetişkin ve çocuk sağlığı fonksiyonlarını ayırmayı mümkün kılan L formuna sahip yapının koridorları, lobinin bulunduğu merkeze doğru genişlemektedir. Koridorların merkeze doğru açılması, lobiden randevu odalarına doğru görüşü artırarak algıyı kolaylaştırmakta, sirkülasyonun arttığı yerlerde dolaşımı rahatlatmakta ve kurumsal çağrışımları azaltmaktadır [88].



Şekil 30. Ruukki Health Clinic [89].

a, b) <https://www.archdaily.com/635989/health-clinic-ruukki-alt-architects-karsikas>

Monterroso Health Center

Mimar: Abalo Alonso Arquitectos **Yer:** Monterroso, Spain

Yapım Yılı: 2012 **Toplam İnşaat Alanı:** 1,063 m²



(a)

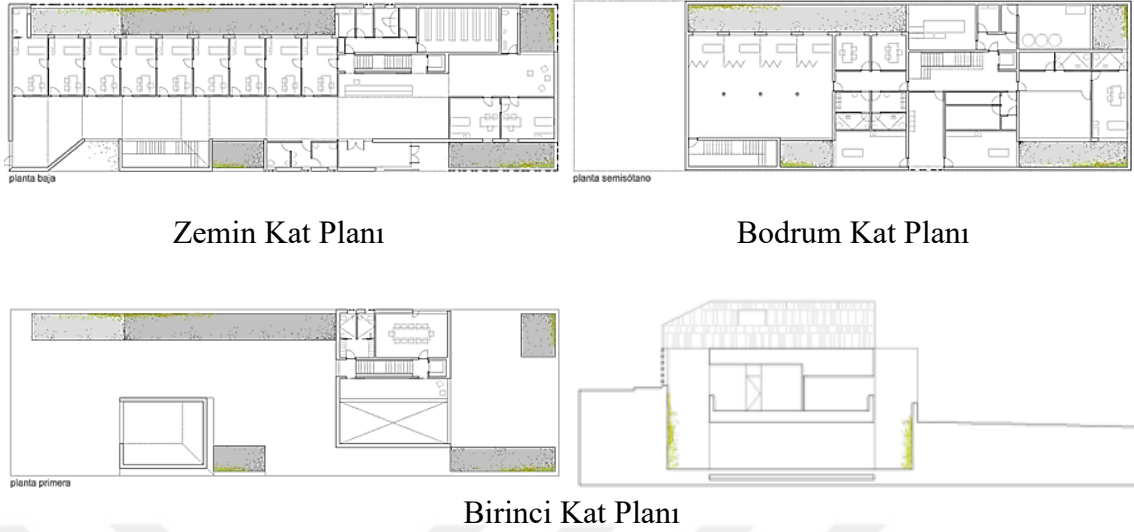
Şekil 31. Monterroso Health Center.

Küçük bir kasaba olan Monterroso’da bulunan arazinin eğimi ve kuzeybatı köşesindeki otobüs durağının konumu kütleye yaklaşımı belirlemiştir. Doğu ve güneyde kentsel yollarla erişimin sağlandığı, batı yönünde ise yeşil alanla sınırlanmaktadır. Kırsal alanın ölçeği ile uyumlu yapı, eğim nedeniyle üst sokaktan duvar olarak algılanmaktadır [90].



Şekil 32. Monterroso Health Center [91].

Zemin katta resepsiyon, pediatri bölümü ve muayene odaları bulunmaktadır. Bayanlar için ayrılmış bölüm, fizyoterapi ve diş sağlığı bölümleri bulunan bodrum katta, iç bahçe ile doğal ışık ve havalandırma sağlanırken mahremiyet de korunmaktadır. Birinci katta ise doktorlar için özel mekan bulunmaktadır [92].



Şekil 33. Monterroso Health Center Kat Planları ve Kesiti [90].

Tüm yüzeylerde kullanılan arduvaz kaplama; avlu, giriş gibi bölümlerde galvanizli çelik kullanılmaktadır. İç mekanda sıcak meşe tercih edilmiştir [91].



Şekil 34. Monterroso Health Center Kat Planları ve Kesiti [90].

a) https://www.archdaily.com/368725/monterroso-health-center-abalo-alonso_arquitectos?ad_medium=gallery

Saint Germain Du Bois Medical Center

Mimar: Arcad'26 **Yer:** Saint-Germain-Du-Bois, France

Yapım Yılı: 2009 **Toplam İnşaat Alanı:** 774 m²



(a)

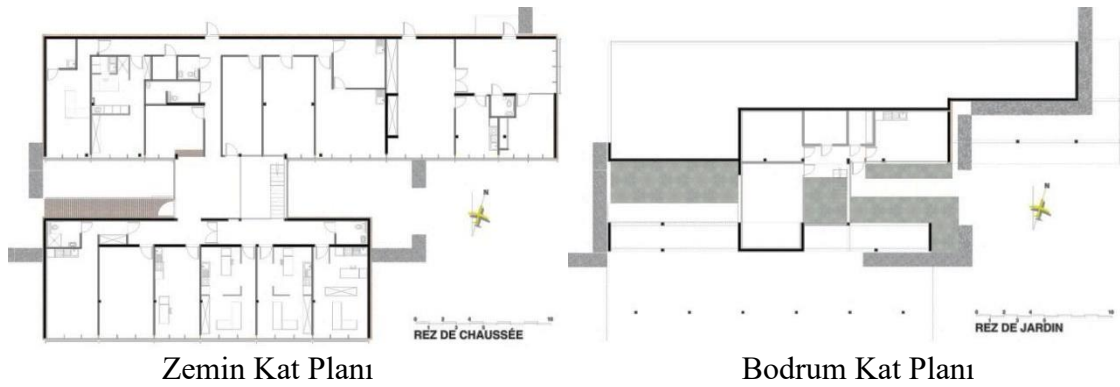
Şekil 35. Saint Germain Du Bois Medical Center.

Kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerinin eksikliğinden dolayı yeni bir tür olarak benimsenen, sağlık politikasındaki gelişmeler doğrultusunda tıp ve paramedikal uygulayıcıların bir arada olduğu sağlık yapısıdır [93]. Negatif çağrışımları olan kurumsal sağlık yapısı algısını kıran, sağlık yapılarına olan yabancılığı azaltan, evsel nitelikli, rahatlatan ve dostça karşılayan küçük ölçekli bir sağlık yapısı olduğunu söyleyebiliriz.



Şekil 36. Saint Germain Du Bois Medical Center [94].

Manzaraya göre yerleşimin olduğu yapıya, ahşap köprü ile ulaşılmaktadır. Yerel malzemelerin kullanılması, yeşil çatı kullanımı çevreyle ilişkisini güçlendirmektedir. Lobi, iki ana birimi birbirine bağlamaktadır [94].



Şekil 37. Saint Germain Du Bois Medical Center Kat Planları [94].

a) https://www.archdaily.com/87048/saint-germain-du-bois-medical-center-arcad%25e2%2580%259926?ad_medium=gallery

Health Municipal Clinic

Mimar: Studiolada Architects **Yer:** Void-Vacon, France

Yapım Yılı: 2014 **Toplam İnşaat Alanı:** 705 m²



(a)

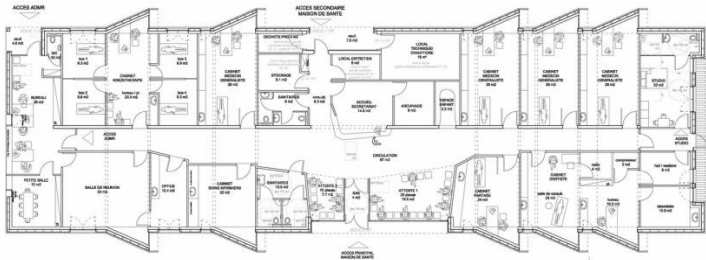
Şekil 38. Health Municipal Clinic.

Tasarımcı güneye doğru geniş bir açıklığa sahip olmayı, kuzeyden gelen gürültüden uzaklaşmayı, doğal güneş ışığından azami ölçüde yararlanmayı hedeflemiştir. Dışarıdaki yaya sirkülasyonunu doğrudan görmeyen, fakat ilişkisini koparmadan yakınlık sunan açıklıklar tasarlanmıştır [95].



Şekil 39. Health Municipal Clinic [95].

Yapılan cephe hareketiyle, yatay olarak tasarlanan yapının yatay uzunluğu kırılmakta ve üçüncü boyutta hareket sağlanarak yapı dinamikleşmiştir. İç mekanda yerel kireç taşı, cephelerde ise doğal ahşap kaplama kullanılmıştır. Kamu sağlık yapısı, huzurevi biyoklimatik mimari prensiplere göre tasarlanmıştır [96].



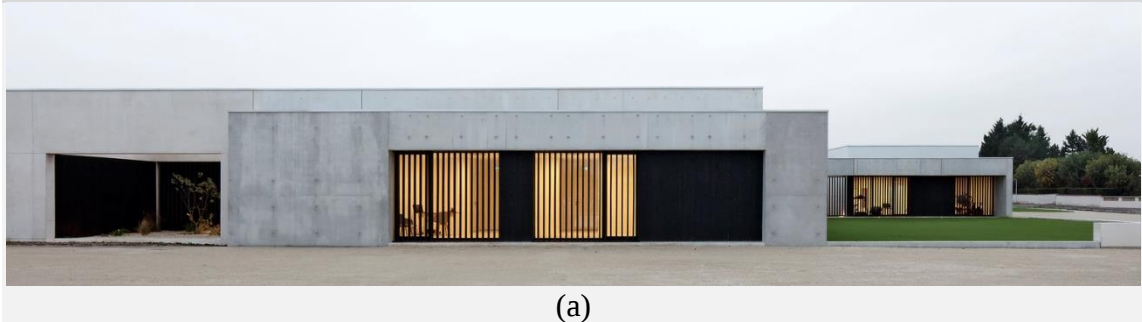
Şekil 40. Health Municipal Clinic [95].

a) <https://architizer.com/projects/health-municipal-clinic/>

Les Patios Health Center

Mimar: A6A **Yer:** Bordeaux, France

Yapım Yılı: 2009 **Toplam İnşaat Alanı:** 1041 m²



(a)

Şekil 41. Les Patios Health Center

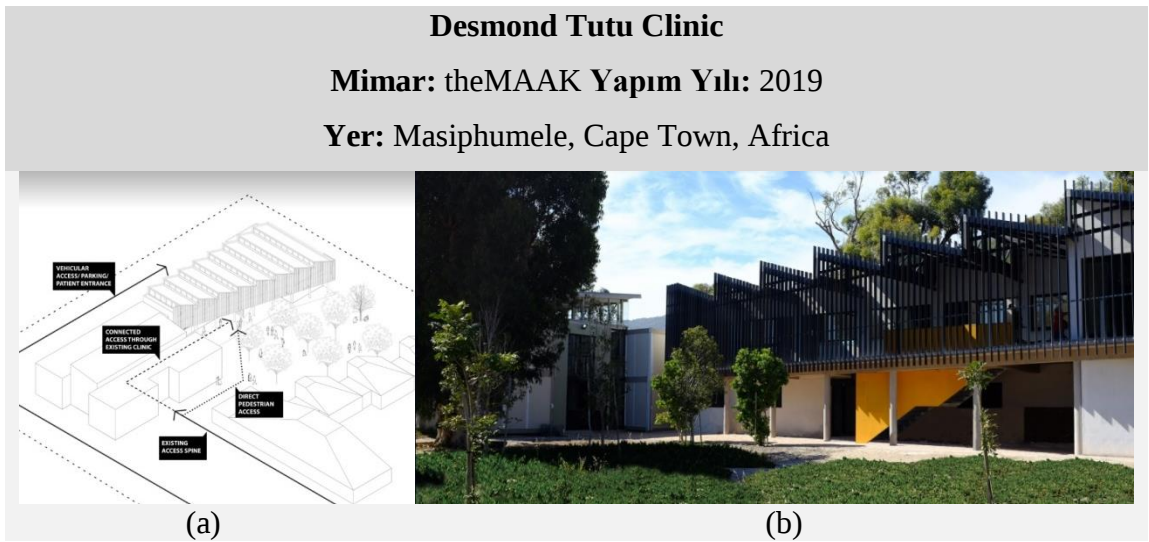
Geniş bir caddenin kavşağında konumlanan yapı, geniş bir bahçe ile yoldan izole edilmiştir. Kullanıcılar kolaylıkla hacimleri algılamakta ve tanımlayabilmektedir [97]. Dört adet sağlık birimlerinin bulunduğu hacim ve ortak mekanları birbirine bağlayan koridor üzerinde iç bahçeler bulunmaktadır [98]. Kütle yer yer boşaltılarak veya kütle hareketiyle oluşturulan iç bahçeler ve teraslar ile yeşille iletişim sürekli hale gelmektedir.

Zamansız ve mukavemeti yüksek olan siyah ahşap kaplama ve yerel kireç taşı tonlarında beyaz beton ile tasarım tamamlanmıştır [99].



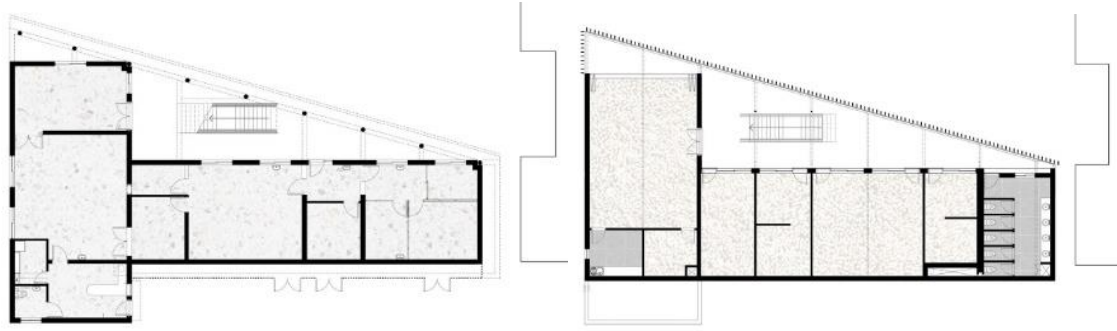
Şekil 42. Les Patios Health Center [98].

a) <https://a6a.fr/#094-les-patios>



Şekil 43. Desmond Tutu Clinic.

MAAK, Desmond Tutu HIV Vakfı (DTHF) ile birlikte, düşük gelirli halka yardımcı olmak için Güney Afrika'da vakfın tıbbi çalışmalarını sürdüreceği yeni yeri tasarlamıştır. Tasarımcı “çarpıcı ve davetkar”, “cesur ve incelikli” arasında denge sağlayan kamu yapısını, DTHF'nin uluslararası alanda beğeni alan araştırmalarının hırsını ve prestijini, çalışmalarının hassas insan doğası ile olmasını ele alarak tasarlamıştır [100].



Zemin Kat Planı

Birinci Kat Planı

Şekil 44. Desmond Tutu Clinic Kat Planları [101].

Yapı önünde kamusal alan oluşturulmuştur ve yapı ile arasında tampon bölge oluşturulmadan doğrudan kamusal alana açılmaktadır. Kütle boyunca devam eden, yaklaştıkça görüş açısını değiştiren dinamik cepheye sahiptir. Basit geometriye sahip yapının farklılaşan cesur çatı biçimi, aynı zamanda birinci kattaki ofislere yumuşak bir şekilde süzülen gün ışığı sağlamaktadır [101].



Şekil 45. Desmond Tutu Clinic [102].

a), b) <https://www.themaak.co.za/desmond-tutu-clinic>

Center For Cancer And Health

Mimar: NORD Architects **Yer:** Copenhagen, Denmark

Yapım Yılı: 2011 **Toplam İnşaat Alanı:** 2,250 m²



(a)



(b)

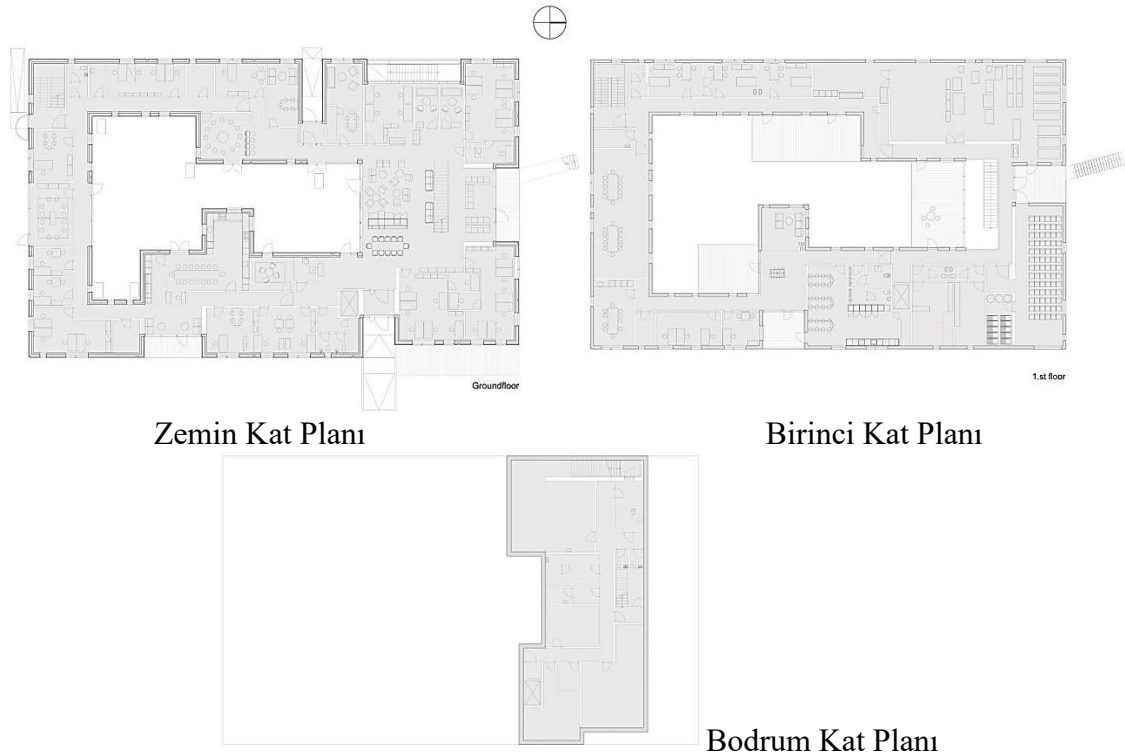
Şekil 46. Center For Cancer and Health.

Kanser hastalığı başa çıkması zor ve uzun soluklu tedavi gerektirmektedir. Araştırmalar, mimarlığın iyileşme üzerine olumlu bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir. İnsan ölçeğinde, sıcak bir atmosfer insanların daha iyi olmasına yardımcı olabilir. NORD Architects tarafından kurumsal olmayan, misafirperver bir sağlık yapısı tasarımı hedeflenmiştir [103].



Şekil 47. Center For Cancer and Health [103].

Hastaları damgalamadan kanser farkındalığı yaratan ikonik bir yapı olarak düşünülmektedir. Sağlık merkezi insan ölçeğinde, bir dizi küçük evden oluşmaktadır. Evler, yapıya karakteristik özellik katan Japon kağıt sanatı olan origami şeklindeki yükseltilmiş çatı ile birbirine bağlanmaktadır. Merkezi bir avlu etrafında bulunan hacimlerden oluşmaktadır [104].



Zemin Kat Planı

Birinci Kat Planı

Bodrum Kat Planı

Şekil 48. Center For Cancer And Health Kat Planları [103].

Kullanıcılar, kafeye benzer bir salonda, rahat, kahve ve çayın servis edildiği yemek masasının etrafında oturan gönüllüler tarafından karşılanmaktadır. Avlu, egzersiz alanları, sağlıklı yiyecekler pişirmeyi öğrenebileceğiniz ortak bir mutfak, hasta grupları için toplantı odaları, fizyoterapi alanları gibi mekanlar bulunmaktadır. İç mekanlar, hastaların kendilerini evlerinde hissetmelerine yardımcı olacak şekilde tasarlanmıştır [105].



Şekil 49. Center For Cancer And Health Kat Planları [106].

a),b) https://www.archdaily.com/430800/centre-for-cancer-and-health-nord-architects?ad_medium=gallery

Tanaka Clinic

Mimar: Akiyoshi Takagi&Associates **Yer:** Hamamatsu, Japan

Yapım Yılı: 2014 **Toplam İnşaat Alanı:** 498 m²



(a)

Şekil 50. Tanaka Clinic.

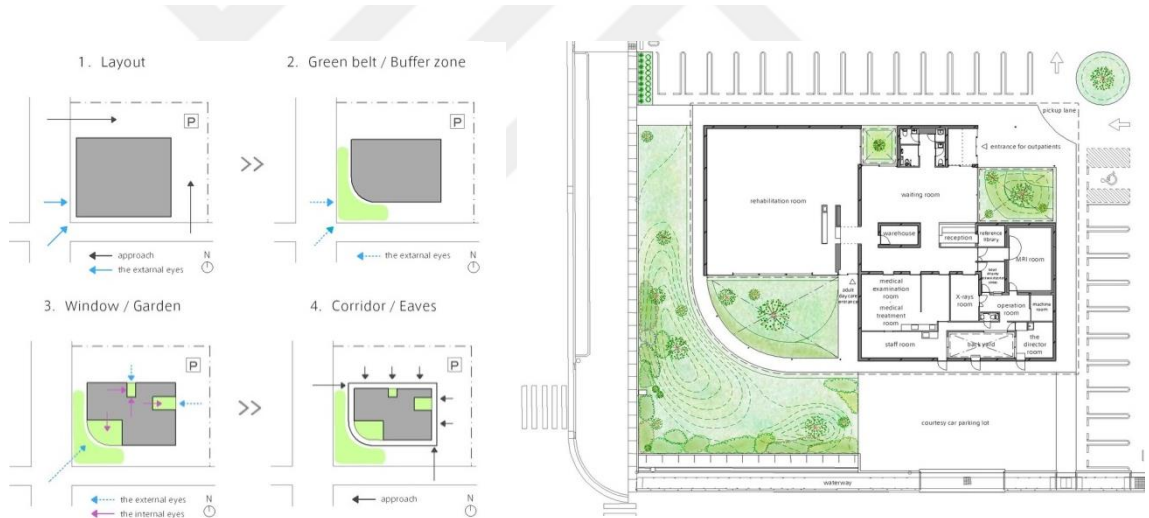
Ortopedik cerrahi kliniği, eski bir tarım arazisi üzerine yerleşmiştir. Sağlık yapısı, komşu tarım arazilerine güneşin erişimini engellememesi için tek katlı tasarlanmıştır. Yapıya araçla erişimi kolaylaştırmak için, giriş ve çıkış kavşaktan uzaklaştırılmıştır. Yakın çevre yapılaşmaya devam ederse, tarım arazilerinin yeşil dokusu ve manzarasının

kaybolma ihtimaline karşılık yeşillerin sürekliliği sağlanmış ve yeşil ile tampon bölge oluşturulmuştur [107].



Şekil 51. Tanaka Clinic [108].

Tek yöne eğimli çatı ve geniş saçağa sahip klinikte, tavan yüksekliği fazla olan taraf hasta alanlarına, düşük olan taraf muayene odalarına ayrılmıştır. Bekleme alanları ve rehabilitasyon odasında uzun süreler geçirecek hastalar için, saçakla çevrelendiğinden dolayı iç bahçe olarak algılanan rahatlatan ağaçlıklı bir bahçe tasarlanmıştır [109].



Şekil 52. Tanaka Clinic [108].

- a) https://www.archdaily.com/568649/tanaka-clinic-akiyoshi-takagi-and-associates?ad_medium=gallery

Blood Center

Mimar: FAAB **Yer:** Raciborz, Poland

Yapım Yılı: 2013 **Toplam İnşaat Alanı:** 2771 m²



(a)



(b)

Şekil 53. Blood Center.

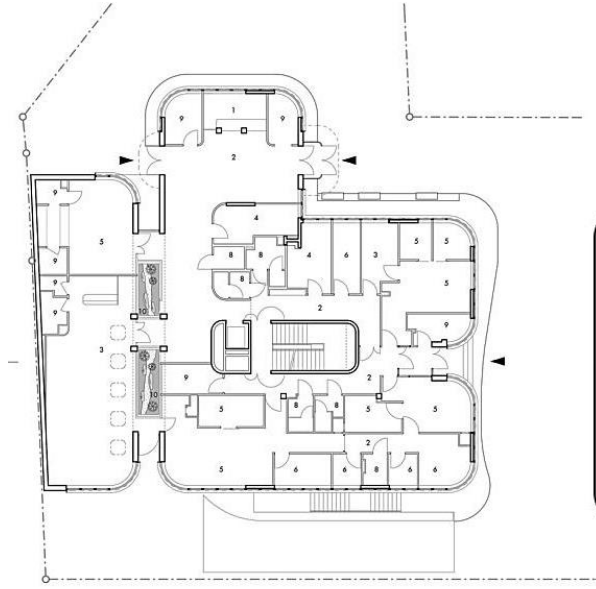
Yapının biçimi, biyoloji ve teknolojinin çatışmasından esinlenerek oluşmuştur. Yuvarlak elemanlar biyolojiyi, düzler ise teknoloji temsil etmektedir [110].

Zemin katta küçük seramik karolar, üst katlarda seramik paneller kullanılan yüzeylerde kandaki renk varyasyonunu sembolize eden kırmızının üç farklı tonu görülmektedir. En üst katta bulunan seramik borular, konferans odasını aşırı ısınmadan korumakta ve çatıdaki karmaşık ve teknolojik sistemleri gizlemektedir. Yapının canlı renk şeması, kan bağıışı fikrine dikkat çekmek için oluşturulmuştur [111].

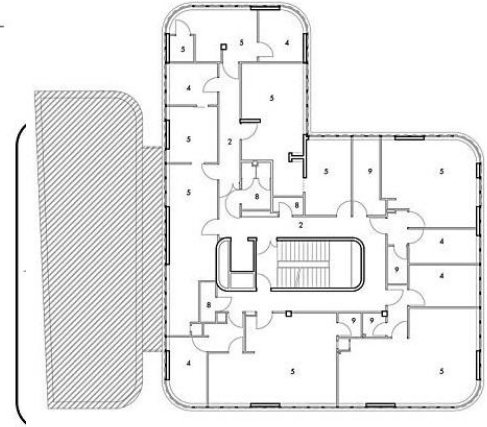


Şekil 54. Blood Center [112].

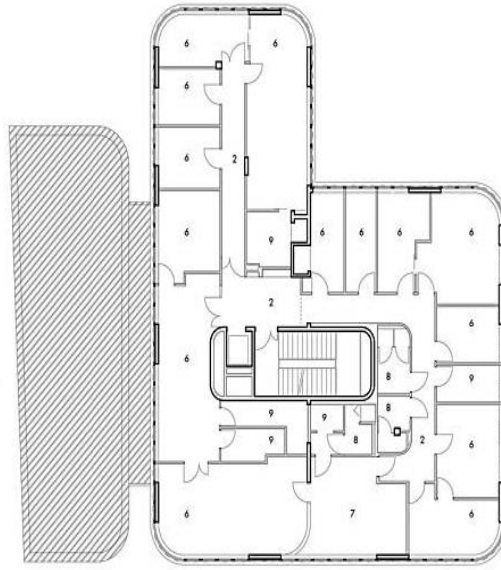
Serin odalar ve depolar, kan toplama ünitesi, gelişmiş tıbbi laboratuvarlar ve kan radyasyon laboratuvarı, ofisler ve konferans merkezi bulunmaktadır. Bina içinde kan toplanır, test edilir, kan elementlerine bölünmek üzere işlenir ve radyoaktif materyallere dayanan teknoloji ile saflaştırılır [113]. İç mekanlarda vurgu olarak kırmızı renk kullanılmaktadır. Yapının merkezine çekirdek yerleştirilmiştir.



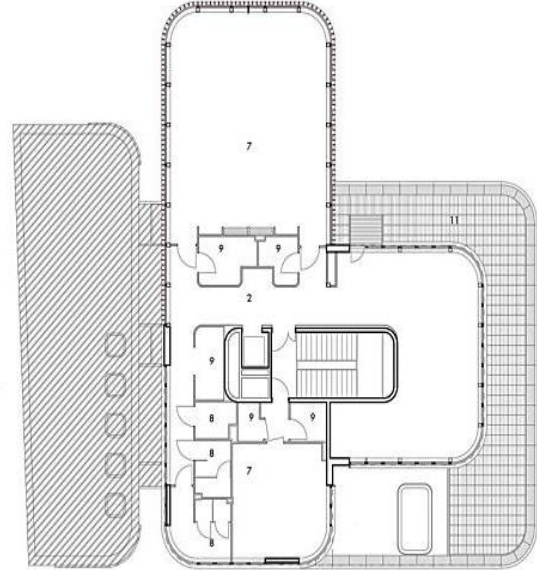
Zemin Kat Planı



Birinci Kat Planı



Zemin Kat Planı



Birinci Kat Planı

Şekil 55. Blood Center Kat Planları [114].

a), b) https://www.archdaily.com/526381/blood-center-faab?ad_medium=gallery

3.7. Türkiye’den Örnekler

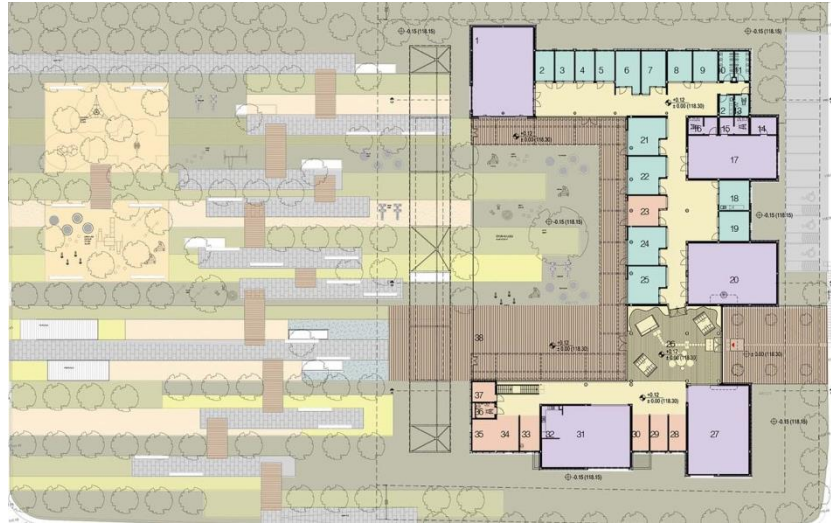
Bu bölümde, Türkiye’den seçilen 3 adet küçük ölçekli sağlık yapıları incelenmektedir. 21. yüzyıla ait, insan ölçeğinde, dış mekanda sosyalleşmeye imkan veren, bulunduğu çevre ile ilişkisinin sorgulandığı ve bağlamla ilişkisi olan projeler olmasına dikkat edilmiştir. Yeşil doku, manzara ve dış mekanla azami görsel ve fiziksel iletişimin sağlanması; hasta ve yakınlarının fiziki, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının düşünülmesi de örnek seçiminde etkili olmuştur. Türkiye’de bu kriterlerin sorgulandığı az sayıda küçük ölçekli sağlık yapısı bulunmuştur.



Şekil 56. Sancaktepe İşitme ve Konuşma Engelliler Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi.

Kuzey-güney doğrultusundaki gelişen yeşil alan ile bütünleşme amacı doğrultusunda, bu yeşil alana açılan ve ana kullanıcısı olan çocukların güvenli vakit geçirmesi için avlulu U formu tercih edilmiştir. Kullanıcıların “kendini farklı/eksik hissetmeme” ilkesiyle, dış mekanla azami görsel iletişim sağlanmıştır. Çocukların algısı düşünülerek tek katlı tercih edilen yapı, kamuya açık park alanı ile kullanıcılarının kendilerini yalıtılmış bir mekanda hissetmemelerini sağlamıştır [115].

Zemin Kat Planı



Bodrum Kat Planı



Şekil 57. Kat Planları [116].

Kütlerde çok amaçlı salon, spor salonu, yemekhane gibi daha büyük hacimler, yükseklik farkı ve eğimli çatı kullanılarak dışarıdan da algılanması sağlanmıştır. Yapıya dinamiklik kazandıran eğimli kütle yüzeylerinde geri dönüşebilir malzeme olan çinko kullanılmıştır [115].



Şekil 58. Sancaktepe İşitme ve Konuşma Engelliler Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi [116].

a,b) <https://bi-ozet.com/2019/06/18/proje-sancaktepe-isitme-ve-konusma-engelliler-egitim-ve-rehabilitasyon-merkezi/#ip-carousel-58532>

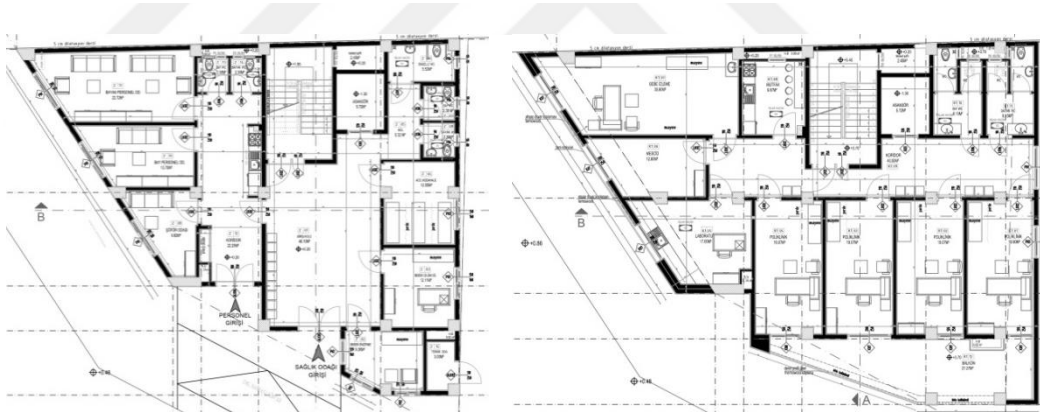
Cumhuriyet Aile Sağlığı Merkezi
Mimar: Demirten Mimarlık Yer: Denizli
Yapım Yılı: 2018 Toplam İnşaat Alanı: 675 m²



(a)

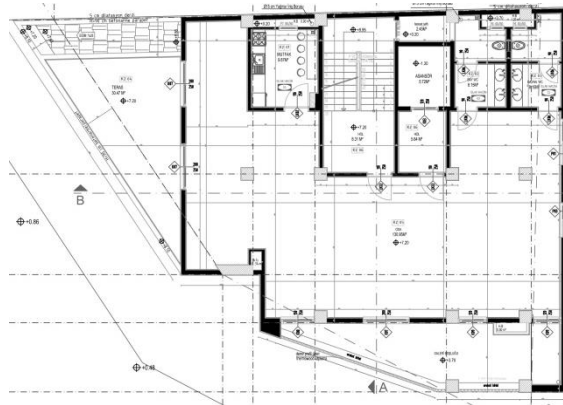
Şekil 59. Cumhuriyet Aile Sağlığı Merkezi.

Aile Sağlığı Merkezi ile 112 Acil Yardım İstasyonu aynı binada hizmet vermektedir. 4 adet aile hekimliği birimi bulunmakta, poliklinikler birinci katta hizmet vermektedir. Yukarıda projenin modeli ve inşa edildikten sonraki hali arasında farklılıkların olduğu anlaşılmakta, uygulamadaki bu farklılık yapının kütle algısını değiştirmektedir.



Zemin Kat Planı

Birinci Kat Planı



İkinci Kat Planı

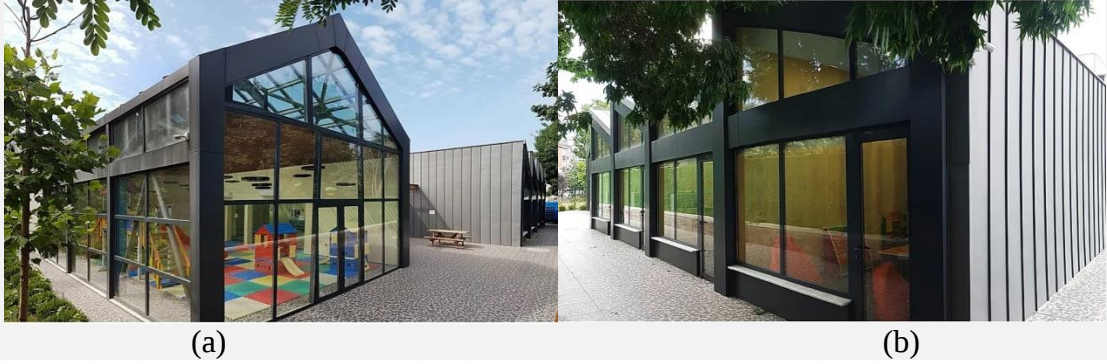
Şekil 60. Cumhuriyet Aile Sağlığı Merkezi Kat Planları [117].

a) <https://www.haberler.com/aile-saglik-merkezi-insaati-tamamlandi-10290012-haberi/>

Bağcılar İşitme ve Konuşma Engelliler Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi

Mimar: LOT Studio Yer: İstanbul

Yapım Yılı: 2015 Toplam İnşaat Alanı: 1,382 m²



Şekil 61. Bağcılar İşitme ve Konuşma Engelliler Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi.

İhtiyaç programına karşılık sınırlı inşaat alanı, sel durumu sebebiyle bodrum kat inşa edilemez raporu ve projenin tek katlı tercih edilmesinden oluşan yoğunluk problemi tasarımın ana girdisini oluşturmaktadır [118].



Şekil 62. Bağcılar İşitme ve Konuşma Engelliler Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi Kat Planları [118].

Yapının ana kullanıcısı olan çocukların çok az kullandığı ya da hiç kullanmadığı ofisler, personel alanları gibi mekanlar üst katta çözülmüştür. Engellilere ait mekanların toplumdan izole olma durumunu en aza indirmek için kuzeydeki park ile mekanlar arasında görsel temas sağlanmaktadır. Su israfını engelleyen sistemler, eğimli kütlelerde geri dönüşebilir malzeme olan çinko yüzeylerde kenetli levha kullanımı, dış mekan aydınlatmasında endirekt aydınlatma gibi evrensel yeşil bina prensiplerine uygun niteliktedir [118].



Şekil 63. Bağırcılar İşitme ve Konuşma Engelliler Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi Kat Planları [119].

a, b) <https://www.lotstudio.com/kopyasi-giosb-3>

3.8. Bölüm Sonucu

Bu bölümde, yukarıda incelenen örnekler ve sağlık yapıları mimari tasarım kriterlerine göre küçük ölçekli sağlık yapılarında bulunması gereken kriterler ortaya konmaktadır. Oluşturulan değerlendirme kriterleriyle, aşağıda seçilen aile sağlığı merkezi yapıları incelenmektedir. Bu kriterler ölçek, giriş, yarı açık alan, park alanı, terapötik bahçe, yapıya erişim, danışma, bekleme alanı, mekanlara erişim, sirkülasyon elemanları, doğal ışık, manzara, mekan boyutları, görme engelli, malzeme, pozitif uyaran, iyileşme mesajı başlıkları altında toplanmaktadır. Bu başlıklar altında hangi parametrelerin sorgulandığı aşağıda açıklanmaktadır.

Ölçek: Mekan, yapı ve oranlarının kullanıcıları tarafından algılanabilirliği olan insan ölçeğinde tasarlanıp tasarlanmadığı sorgulanmaktadır.

Giriş: Kullanıcılar tarafından kolay algılanması için tanımlı bir ana giriş, ısıyı muhafaza etmek amacıyla rüzgarlığın olup olmaması sorgulanmaktadır.

Yarı açık mekan: Kapalı alanlarla birlikte bütüncül olarak tasarlanmış yarı açık mekan kurgusu ve girişte hastaların rahatça inip binebilecekleri şekilde yarı açık mekan varlığını içermektedir.

Park alanı: Personeller ve hastalar için ihtiyacı karşılayabilecek ölçüde park alanı tasarlanmış olup olmadığı veya konumlandığı yer itibarıyla etrafında yeterli park alanının varlığı sorgulanmaktadır.

Terapötik bahçe: Dinlenme, bekleme, ortak kullanım ve sosyalleşme, doğal alan ihtiyacını karşılayan dış mekan düzenlemeleri incelenmektedir.

Yapıya Erişim: Görme, yürüme gibi çeşitli engellere sahip olan ve olmayan bütün kullanıcıların yapıya kolay bir şekilde erişebilirliği sorgulanmaktadır.

Danışma: Girişte kullanıcıları karşılayan, estetik ve yeterli büyüklükte bir danışma alanı olup olmadığı incelenmektedir.

Bekleme alanı: Yeterli büyüklükte, tekli veya çoklu oturmaya izin veren, hasta ve yakınlarının fiziksel ihtiyaçlarının düşünüldüğü bekleme alanı sorgulanmaktadır.

Mekanlara Erişim: Görme, yürüme gibi çeşitli engellere sahip olan veya engeli bulunmayan bütün kullanıcıların ilişkili tüm mekanlara erişebilirliği sorgulanmaktadır.

Sirkülasyon elemanları: Engelli dahil olmak üzere, bütün kullanıcılar için uygun eğim ve ölçülerde rampa, merdiven ve asansör gibi sirkülasyon elemanları düşünülmüş ve kullanıcıların bu sirkülasyon elemanlarını yardım almadan kullanabiliyor olması sorgulanmaktadır.

Doğal ışık: Bekleme alanları dahil olmak üzere, bütün mekanların yeterli doğal ışık alıp almadığı incelenmektedir.

Manzara: Bekleme alanı ve diğer mekanlar, varsa manzaraya yönelimi yoksa dış mekanla görsel ilişki kurup kurmadığı incelenmektedir.

Mekan boyutları: Mekanın fiziki boyutları yeterli ve mekan yükseklikleri min. 270 cm olacak şekilde olup olmadığı sorgulanmaktadır.

Görme engelli: Görme engelli kullanıcılar için kaplamalar, yüzeyler, dokular kullanılıp kullanılmadığı incelenen kriterlerdendir.

Malzeme: Yüzey malzemeleri bulunduğu mekana göre uygun, hijyenik özellikte, temizlenebilir ve zemin malzemesi kaymaz nitelikte, mümkün olduğunca ek yeri az olacak şekilde olması gerekliliğini içermektedir.

Pozitif uyaran: Su, sanat objeleri, renk gibi görsel, işitsel ve kokusal pozitif uyaranlar tasarımın birer parçası olarak kullanılması incelenen kriterlerdendir.

İyileşme mesajı: Bina hastalara güven, iyi olma- iyileşme mesajı verip vermediği sorgulanmaktadır.

Yukarıda incelenmekte olan sağlık yapıları tasarım kriterleri doğrultusunda aile sağlık merkezi yapılarında olması gereken özellikler; ölçek, giriş, yarı açık alan, park alanı, terapötik bahçe, yapıya erişim, danışma, bekleme alanı, mekanlara erişim, sirkülasyon elemanları, doğal ışık, manzara, mekan boyutları, görme engelli, malzeme, pozitif uyaran, iyileşme mesajı başlıkları altında değerlendirme listesi oluşturulmuştur.

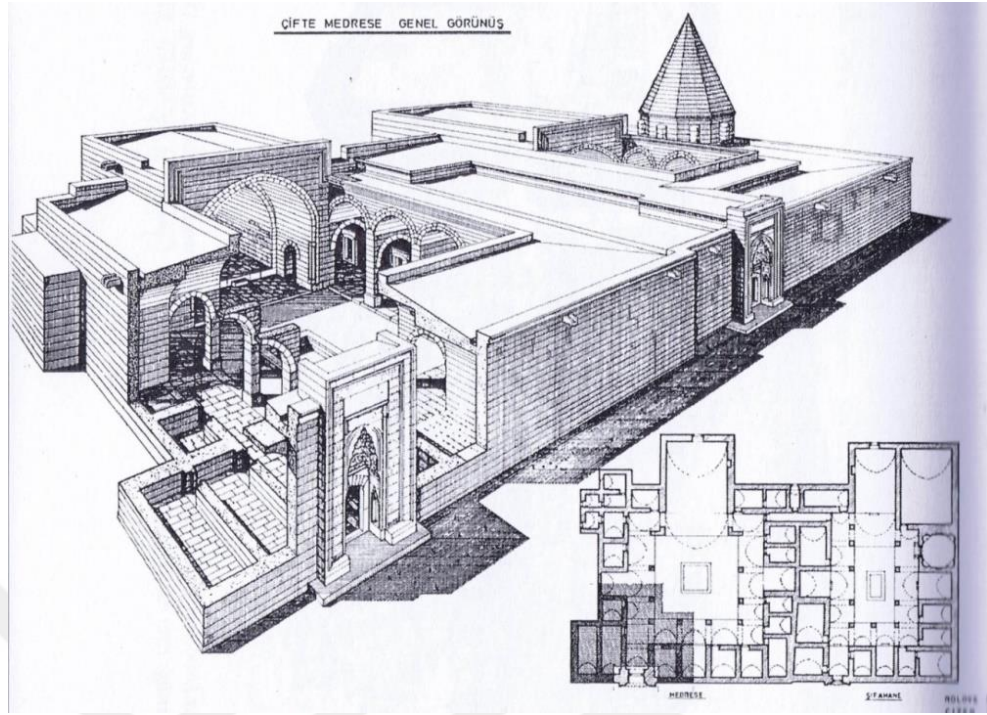
4. BÖLÜM

KAYSERİ ÖZELİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ

2020 yılındaki son genel nüfus sayımına göre, Kayseri İli nüfusu 1.421.455 iken nüfus büyüklüğü bakımından ülkemizin 15. büyük ilidir [120]. Bu bölümde, tez kapsamında pilot bölge olarak seçilen Kayseri kent merkezi kent belleğinde yer etmiş sağlık yapıları üzerinde durulacaktır.

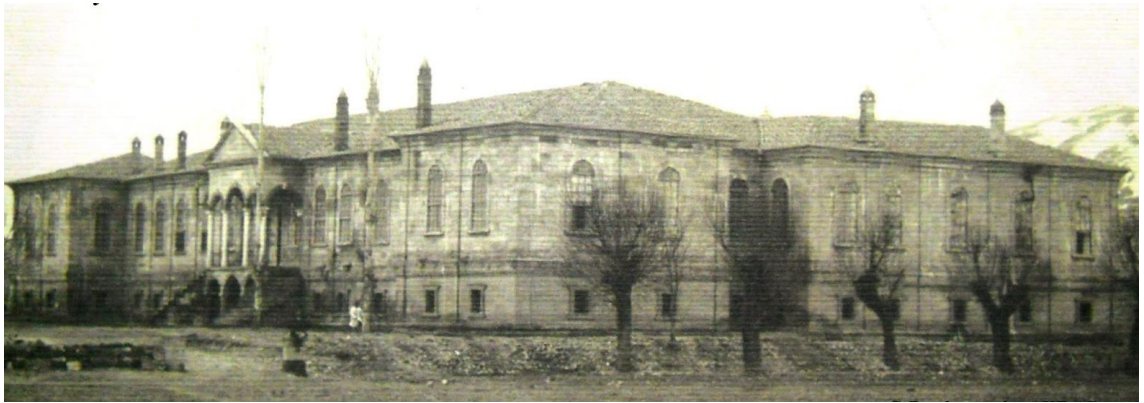
Günümüzde Gevher Nesibe Tıp Fakültesi Tıp Tarihi Müzesi olarak işlevlendirilen, Kayseri’de bulunan Gevher Nesibe Darüşşifası ve Medresesi (Çifte Medrese); Anadolu’da Selçuklular döneminde gelişmiş sağlık ve eğitim kompleksi olarak 1205-6 tarihlerinde inşa edilmiştir [121]. Hastane ve tıp medresesi olarak Selçuklu döneminden günümüze erişen, en erken tarihli sağlık yapısıdır. Darüşşifa ve medresenin birlikte olması, teorik ve uygulamalı tıp eğitime imkan tanımış ve bugünkü eğitim ve araştırma hastanelerine, tıp fakültelerine emsal teşkil etmiştir [122]. Gevher Nesibe Sultan Darüşşifa ve Medresesi, inşa edildiği dönemde batı ülkelerinde emsali bulunmadığı için de önemli bir yere sahiptir [123].

Bu sağlık kuruluşlarında tıp eğitimi sürdürülürken, aynı zamanda din, dil, ırk ayrımı yapılmaksızın halka sağlık hizmeti de sunulmuştur. Birden fazla işleve sahip bu yapı, dört eyvanlı-avlulu medrese plan şemasına sahiptir [121]. Batı kısmı darüşşifa, doğu kısmı ise medrese bölümü olan, iki girişe sahip yapı; dar bir koridor ile birbirlerine bağlanmaktadır. İki bölümdeki avluların ortasında havuz olduğu görülmektedir [124].



Şekil 64. Gevher Nesibe Sultan Şifahanesi Rölövesi [125].

Zamanla medreselerde darüşşifa ya da şifahanelerde verilen sağlık hizmetleri kurumsallaşarak Güngör Açıkgöz [126]’ün belirttiği gibi, bu fonksiyon için üretilmiş mekanlarda sunulacaktır. 1910 yılında zemin katı tamamlanınca göreve başlamış, 1924’de birinci katın bitirilmesiyle 25 yatak kapasitesi, ameliyathanesi ve doğum salonu bulunan “Memleket Hastanesi”, Cumhurbaşkanı Mustafa Kemal tarafından Gültepe Parkı’nda hizmete açılmıştır [127]. Günümüzde bu yapı Acıbadem Hastanesi olarak hizmet vermektedir.



Şekil 65. Kayseri Memleket Hastanesi 1924 [128].

Misyoner bir sağlık kuruluğu olan Talas Amerikan Hastanesi, klinik hizmetleriyle başlamış ve 1900’de üç katlı, 70 yataklı hastane haline getirilmiştir [129]. Fakirlerden bedel alınmadan herkesin kabul edildiği, kontrol sırası beklerken film izlenen bu sağlık yapısı 1972’de kapatılmıştır [130]. 1974 yılında Erciyes Üniversitesine devredilmiş ve halen üniversitenin sosyal tesisleri olarak faaliyet göstermektedir [129].



şekil 66. Kayseri Amerikan Hastanesi [131].

1930’da Kolordu Karargâhı yanındaki Redif binası, askeri hastane olarak faaliyet göstermiştir. Kayseri Askeri Hastanesi 1989 yılından itibaren şimdiki binasındadır [127].



şekil 67. Askeri Hastane (redif binası) 1930 [127].

1943 yılında Memleket Hastanesi, yeni yapılan 100 yataklı Devlet Hastanesi'ne nakledilmiştir. Zamanla yeni ekler yapılarak kapasitesi arttırılmış, yeni birimler eklenmiş ve 2005'de Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi haline dönüştürülmüştür [120].



Şekil 68. Devlet Hastanesi (Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi) [127].

1950'de bugünkü İl Sağlık Müdürlüğü binasında Nuh Naci Yazgan Göğüs Hastalıkları Hastanesi açılmış ve 1987 senesinde Travmatoloji Hastanesi olarak yapılan Talas yolu üzerindeki yeni binasına taşınmıştır. 1963 yılında özel Ömür Hastanesi kurulmuş, 2012'de Memorial Sağlık Grubu'na devredilmiştir. 1975 yılında Fakülte Hastanesi, Kayseri Devlet Hastanesi Cerrahi Bloğuna taşınmış ve 1982'de Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi adını almıştır. 1982'de Nisaiye Bölümü, Devlet Hastanesinden ayrılarak Kayseri Kadın Doğum ve Hastalıkları Hastanesi hizmete başlamıştır [127].

1980'lerde Aktif Özelleştirme Dönemi'nin başlaması, 1987'de kamu sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılarak ticarileştirilmesi yasalarca meşrulaştırıldıktan sonra 1993 tarihinde özel İbni Sina Hastanesi, 1994'de özel Güneş Hastanesi, 1997'de özel Melikgazi Hastanesi, 2001 yılında özel Güven Tıp Merkezi, 2002 tarihinde özel Kayseri Göz Hastanesi, 2002 yılında özel Tekden Hastanesi, 2004'de özel Hüma Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, 2004 yılında özel Sevgi Hastanesi, 2005'de özel Maya Göz Hastanesi kurulmuştur. Güneş Hastanesi, Kayseri Göz Hastanesi zaman içinde kapanmış, özel Güven Tıp Merkezi'nin ismi Erciyes Hastanesi olarak değişmiş ve halen hizmet vermektedir.

2005'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı Nimet Bayraktar Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi açılmıştır. 2005'de Devlet Hastanesine bağlı Türkiye'nin ilk Geriatri Merkezi açılmıştır [127].



Şekil 69. Geriatri Merkezi [132].

2006'da özel Hacettepe Fizik Tedavi Merkezi açılmış fakat şu an kapanmıştır, 2006'da özel Kayseri Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği hizmete başlamış ve 2012 yılından itibaren Uzman Dent Diş Merkezi olarak devam etmektedir. 2007 yılında özel Kızılay Hastanesi, 2007'de açılan özel Anakalp Hastanesi, 2007 yılında özel Dentalpark Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi açılmıştır. 2007'de özel Seyfi Şahin Kulak Burun Boğaz Merkezi hizmete açılmış, fakat günümüzde hizmet vermemektedir. 2008'de özel Avrupa Hastanesi kurulmuş, 2014 yılında Magnet Hastanesi olarak el değiştirmiş ve 2019 yılından itibaren System Hospital olarak hizmet vermektedir. 2009'da Acıbadem Hastanesi, tekel deposu olarak kullanılan Memleket Hastane binasını restore ederek hizmete başlamıştır. 2011'de kurulan özel Kartal Hastanesi, günümüzde Erciyes Hastanesi ile birleşerek hizmet sunmaktadır. 2011 tarihinde özel Modern Dünya Hastanesi kurulmuştur. 2018'de Türkiye'nin ilk bölge araştırma hastanesi olan Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi açılmıştır.

Tablo 9. TÜİK İllere Göre Mutluluk Kaynağı, 2013 [133].

	%					
	Mutluluk Kaynağı Olan Değerler					
İl	Sağlık	Sevgi	Başarı	Para	İş	Diğer
Türkiye	68,0	15,2	8,6	4,1	2,3	1,8
Kayseri	58,1	21,6	11,0	5,1	1,5	2,8

TÜİK'in 2013 yılında yapmış olduğu yaşam memnuniyeti araştırmasında, illere göre mutluluk kaynağı olan değerler incelendiğinde, sağlık en büyük yüzdelik dilime sahip olan değerdir.

Kayseri kent belleğini oluşturan, her bir kentlinin belleğinde yer etmiş sağlık yapıları yukarıda incelenmiştir. Yaşamın en temel amacı olan mutluluk pek çok değişkene bağlı olmakla birlikte, TÜİK'in yaptığı araştırmaya göre, Türkiye'de yaşayan bireyleri en çok mutlu eden değer sağlık olduğu görülmektedir. Aşağıda Kayseri kenti Melikgazi, Kocasinan ve Talas merkez ilçelerinde yer alan, öznel refahın oluşumundaki sağlığın korunması ve sürekliliği için koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu birinci basamak sağlık yapısı olan aile sağlığı merkezleri incelenmektedir.

4.1. Sayı, Nitelik ve Konum Bilgileri

Bu bölümde, Kocasinan Belediyesi, Melikgazi Belediyesi ve Talas Belediyesi'nde bulunan aile sağlığı merkezlerinin konumları, sayıları ve dağılımları incelenmektedir.

Kocasinan Belediyesi'nde 23 adet, Melikgazi Belediyesi'nde 32 adet, Talas Belediyesi'nde 10 adet aile sağlığı merkezi bulunmaktadır [134]. Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden edinilen veriler doğrultusunda, bu merkezlerin konum ve mülkiyet bilgileri aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir. Kocasinan, Melikgazi ve Talas ilçesinde bulunan aile sağlık merkezlerinin bulunduğu harita Ek 1, Ek 2 ve Ek 3'te gösterilmiştir.

Tablo 10. Kocasinan Belediyesi Aile Sağlığı Merkezi [135].

	ASM	Mahalle	Ada	Parsel	Mülkiyeti
1	Cemal Bozkurt	Erkilet	107	1	Kocasinan Belediyesi
2	Cırgalan	Cırgalan			Tescil Harici
3	Fevzi Çakmak	Kavakyazısı	3403	8	Maliye Hazinesi
4	Gaziosmanpaşa	Sümer	1601	561	Vakıflar Genel Müd.
5	Hayriye Baykan	Erkilet Camiikebir	7393	1	Kocasinan Belediyesi
6	İsmet Yılmaz Akansu	Sümer	4011	1	Maliye Hazinesi
7	Medine	Yenişehir	1591	1742	Maliye Hazinesi
8	Mehmet Mürevet Çalakbayraktar	Ziya Gökalp	6971	1	Maliye Hazinesi
9	Mithatpaşa	Karpuzatan Düz	1226	6	Maliye Hazinesi
10	Mustafa Kızıklı	Kavakyazısı	3403	7	Maliye Hazinesi
11	Müşerrev Hasan Eser	Arğincık	4331	1	Kocasinan Belediyesi
12	Nezaket ve Necati Şahin	Sümer	4255	14	Maliye Hazinesi
13	Osman Hilmi Kalpaklıoğlu	Sümer/Korubaşı	1607	2907	Maliye Hazinesi
14	Recep Mamur	Beyazşehir	3678	1	B.Şehir Belediyesi
15	Refik Saydam	Cengiztopel	2805	3	Maliye Hazinesi
16	Sancaktepe	Kötügöller	1078	24	Maliye Hazinesi/Şahıslar
17	Turgutreis	Sümer	2893	2	
18	Sümer	Sümer	4014	1	Kocasinan Belediyesi
19	Yemiliha	Yemliha		905	Maliye Hazinesi
20	Uğurevler	Uğurevler	7299	7	Şahıs
21	Hoca Ahmet Yesevi	Hoca Ahmet Yesevi	4990	1	Şahıs
22	Sahabiye	Sahabiye	3147	3	
23	Ahievran	Ahievran	2930	5	

Tablo 11. Melikgazi Belediyesi Aile Sağlığı Merkezi [135].

	ASM	Mahalle	Ada	Parsel	Mülkiyeti
1	Ahmet Gündeş	Danacılar	21	66	Maliye Hazinesi
2	Ahmet Kandeferoğlu	Gesi	303	1	Melikgazi Belediyesi
3	Ahmet Karamancı	Hisarcık	362	1	Melikgazi Belediyesi
4	Belsin	Keykubat	6769	8	
5	Bünyamin Somyürek	Köşkdağı	2663	4	Melikgazi Belediyesi
6	Cezaevi	Gültepe	2923	62	Maliye Hazinesi
7	Eskişehirbağları	Danişmend Gazi	12153	1	Melikgazi Belediyesi
8	Gesi	Gesi	12708	1	Maliye Hazinesi
9	Gökkent	Gökkent	2810	5	Melikgazi Belediyesi
10	Hacı Kadir Tanver	Demirciyazısı	3386	1	Melikgazi Belediyesi
11	Hacı Nimet Köseoğlu	Keykubat	2407	6	Maliye Hazinesi
12	Hayri Güldüoğlu	Seyitgazi	1596	23	Melikgazi Belediyesi /Şahıslar
13	İstikbal	1.Eskişehir	4082	1	Melikgazi Belediyesi
14	Kazım Karabekir	Kazım Karabekir			Melikgazi Belediyesi
15	Keykubat	Keykubat	2401	42	Melikgazi Belediyesi
16	Latif Başkal	Tontar	2541	2	Melikgazi Belediyesi
17	Makkbule H.Ahmet Özessiz	Kanlıyurt	6297	1	Melikgazi Belediyesi
18	Mimarsinan	Mimarsinan		5557	Maliye Hazinesi
19	Mimarsinan Dere	Mimarsinan		4479	Melikgazi Belediyesi
20	Nadire Yücel	Ağırnas		1051	Maliye Hazinesi
21	Osman Ulubaş	Karacaoğlu	8434	1	Melikgazi Belediyesi
22	Selçuklu	3.Eskişehir	3797	1	Melikgazi Belediyesi
23	Seniha Kılıçaslan	Hürriyet	7744	5	
24	Servet Yazar	Gesi	148	6	Sema Yazar Gençlik Vakfı
25	Şirintepe	Mimarsinan	850	1 ve 2	Melikgazi Belediyesi
26	Toki	Mimarsinan	1609	1 ve 1493	Maliye Hazinesi ve Şahıs
27	Yıldırım Beyazıt	Konaklar	2280	1	Maliye Hazinesi
28	Zeynep Yahya Kılıçaslan	Demokrasi	8285	3	
29	Gültepe	Gültepe	3470	12	Şahıs
30	Tınaztepe	Tınaztepe	5068	3	Melikgazi Belediyesi
31	Yeniköy	Yeniköy	5397	1	
32	İldem Cumhuriyet	Gesi	439	2	Melikgazi Belediyesi ve Şahıslar

Tablo 12. Talas Belediyesi Aile Sağlığı Merkezi [135].

	ASM	Mahalle	Ada	Parsel	Mülkiyeti
1	H.Ömer Aslaner	Talas	231	1	Talas Bel. 1/2 Ömer Aslaner 1/2
2	Fatma-Kemal Timuçin	Talas/Harman	99	67	Talas Bel.
3	Sami Yapıcı	Kıçıköy	1316	1	Talas Bel.
4	Anayurt	Talas	1844	2	Talas Tablakaya Cami Vakfı
5	Bahçelievler	Talas/Harman	812	3	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı
6	Başakpınar	Başakpınar		3504	Maliye Hazinesi
7	Fatma Kirazgiller	Talas	1980	1	Talas Bel.
8	Reşadiye	Erciyes		2426	Talas Bel.
9	Servet Ustaoglu	Talas	1637	5	Talas Bel.
10	Yenidoğan	Mevlana	4320	1	Talas Bel.

4.2. Alan Çalışması

Bu bölümde yapılan alan çalışması, Kayseri ilinin merkez ilçeleri olan Melikgazi Belediyesi, Talas Belediyesi ve Kocasinan Belediyesi'ne kayıtlı aile sağlığı merkezlerinde yürütülmüştür. Her belediyeden beşer adet olmak üzere toplam onbeş adet aile sağlığı merkezi seçilerek, yukarıda oluşturulan değerlendirme kriterlerine göre incelenmektedir.

Melikgazi Belediyesi'ne bağlı 2 Nolu Bünyamin Somyürek ASM, 13 Nolu Yıldırım Beyazıt ASM, 6 Nolu Latif Başkal ASM, 17 Nolu Osman Ulubaş ASM ve 10 Nolu Gökkent ASM; Talas Belediyesi'ne bağlı 7 Nolu Fatma Kirazlıgiller ASM, 10 Nolu Servet Ziya Ustaoglu ASM, 8 Nolu Bahçelievler ASM, 1 Nolu H. Ömer Aslaner ASM ve 9 Nolu Reşadiye ASM; Kocasinan Belediyesi'ne bağlı 4 Nolu Fevzi Çakmak ASM, 12 Nolu Cemal Bozkurt ASM, 7 Nolu Nezaket Necati Şahin ASM, 11 Nolu Medine ASM ve 15 Nolu Mithatpaşa ASM bu çalışma kapsamında yer almaktadır.

Bünyamin Somyürek Aile Sağlığı Merkezi

Bünyamin Somyürek Aile Sağlığı Merkezi, hayırsever Bünyamin Somyürek tarafından 2004 yılında yaptırılmıştır. Melikgazi ilçesinde hizmet veren aile sağlığı merkezinde; 12

aile hekimi, 12 aile sağılığı elemanı, 3 hemşire, 2 tıbbi sekreter, 3 temizlik personeli çalışmaktadır.

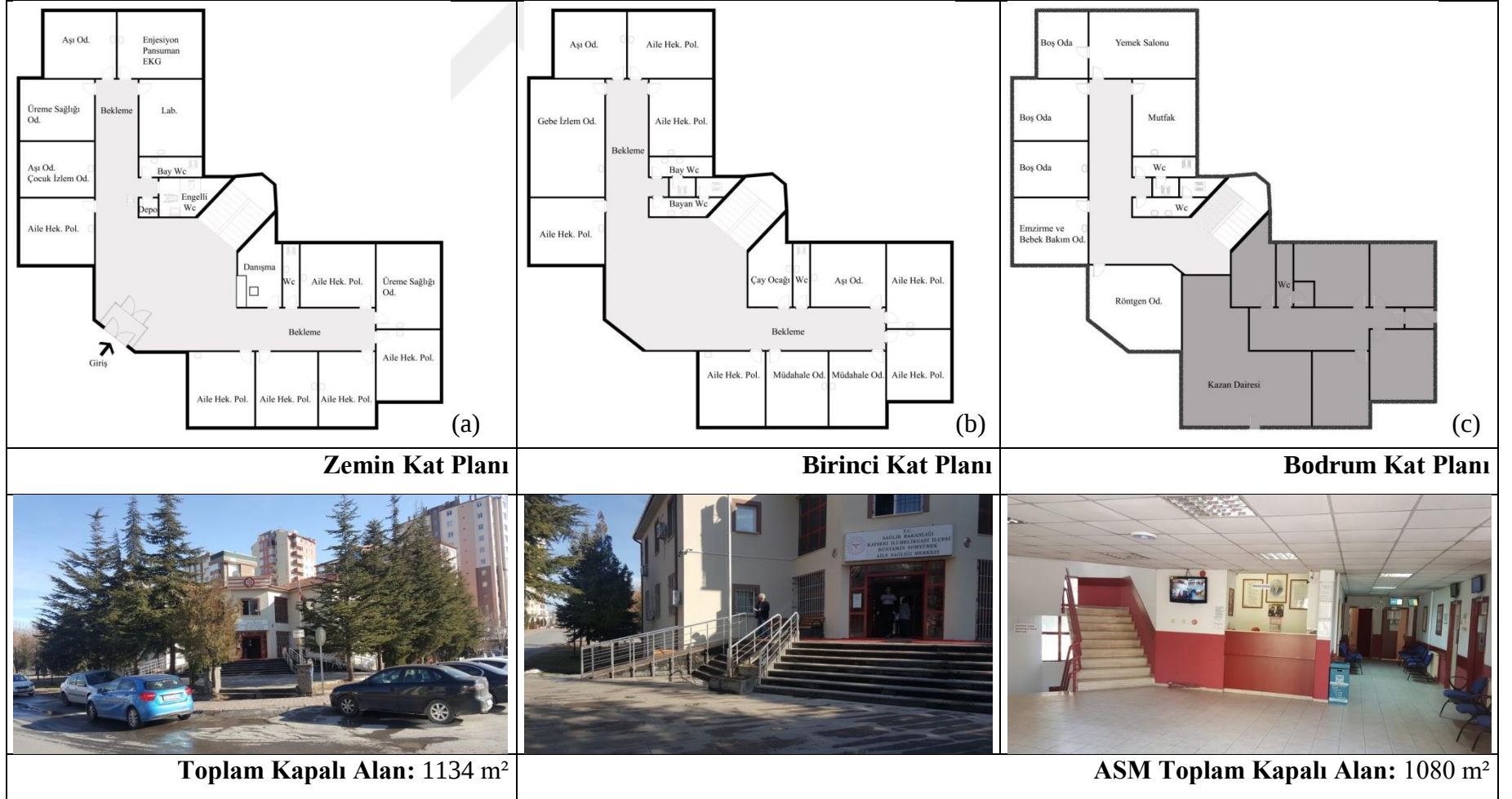
Tablo 13. Bünyamin Somyürek Aile Sağılığı Merkezi.

		Evet	Hayır
	Ölçek	x	
	Giriş	x	
	Yarı Açık Alan		x
	Park Alanı	x	
	Terapötik Bahçe		x
(a)	Yapıya Erişim		x
	Danışma	x	
	Bekleme Alanı		x
	Mekanlara Erişim		x
	Sirkülasyon Elemanları		x
	Doğal Işık	x	
	Manzara		x
(b)	Mekan Boyutları		x
ASM Adı: Bünyamin Somyürek ASM Grubu: A	Görme Engelli		x
	Malzeme		x
Proje Yeri: Köşk Mah. Kışla Cad. No:62 Melikgazi/ Kayseri	Pozitif Uyarı		x
	İyileşme Mesajı		x

a) <https://www.google.com/earth/>

b) <http://somyurekasm.com/>

Tablo 14. Bünyamin Somyürek Aile Sağlığı Merkezi.

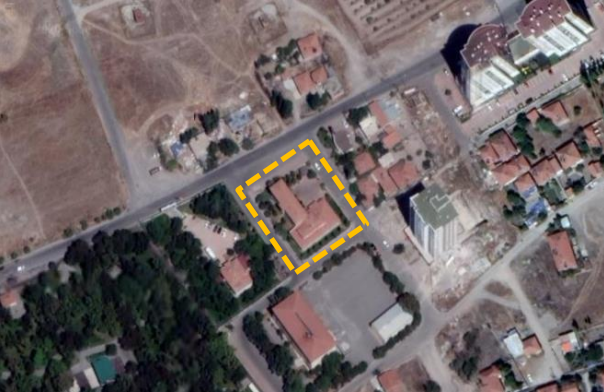


a), b), c) Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan çizimler düzenlenerek kullanılmıştır.

Yıldırım Beyazıt Aile Sağlığı Merkezi

Yıldırım Beyazıt Aile Sağlığı Merkezi, hayırsever Hamdi Özdemir tarafından 2011 yılında yaptırılmıştır. Melikgazi ilçesinde hizmet veren aile sağlığı merkezinde; 8 aile hekimi, 8 aile sağlığı elemanı, 3 yardımcı sağlık personeli ve 2 hizmetli çalışmaktadır.

Tablo 15. Yıldırım Beyazıt Aile Sağlığı Merkezi.

		Evet	Hayır
	Ölçek	x	
	Giriş	x	
	Yarı Açık Alan		x
	Park Alanı	x	
	Terapötik Bahçe		x
	(a) Yapıya Erişim		x
	Danışma	x	
	Bekleme Alanı		x
	Mekanlara Erişim		x
(b)	Sirkülasyon Elemanları		x
	Doğal Işık		x
	Manzara		x
	Mekan Boyutları		x
	ASM Adı: Yıldırım Beyazıt	Görme Engelli	x
ASM Grubu: A	Malzeme		x
	Proje Yeri: Yıldırım Beyazıt Mah. Şenköşe	Pozitif Uyaran	x
Cad. Uzantı Sok. Melikgazi/ Kayseri	İyileşme Mesajı		x

a) <https://www.google.com/earth/>

b) <http://yildirimbeyazitasm.com>

Tablo 16. Yıldırım Beyazıt Aile Sağlığı Merkezi.

(a)	(b)	
Zemin Kat Planı	Birinci Kat Planı	ASM Toplam Kapalı Alan: 538 m²

a), b) Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan çizimler düzenlenerek kullanılmıştır.

Latif Başkal Aile Sağlığı Merkezi

Latif Başkal Aile Sağlığı Merkezi, hayırsever Latif Başkal tarafından yaptırılmıştır. Melikgazi ilçesinde hizmet veren aile sağlığı merkezinde; 8 aile hekimi, 8 aile sağlığı elemanı çalışmaktadır.

Tablo 17. Latif Başkal Aile Sağlığı Merkezi.

		Evet	Hayır
	Ölçek	x	
	Giriş	x	
	Yarı Açık Alan		x
	Park Alanı		x
	Terapötik Bahçe		x
	Yapıya Erişim		x
	(a) Danışma		x
	Bekleme Alanı		x
	Mekanlara Erişim		x
	Sirkülasyon Elemanları		x
	Doğal Işık		x
ASM Adı: Latif Başkal ASM Grubu: A ve C	Manzara		x
	Mekan Boyutları		x
Proje Yeri: Esenyurt Mah. Sakarya Cad. No:40 Melikgazi/ Kayseri	Görme Engelli		x
	Malzeme		x
	Pozitif Uyaran		x
	İyileşme Mesajı		x

a) <https://www.google.com/earth/>

Tablo 18. Latif Başkal Aile Sağlığı Merkezi.

	Toplam Kapalı Alan: 460 m²	
(a) Zemin Kat Planı	(b) Bodrum Kat Planı	

a), b) Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan çizimler düzenlenerek kullanılmıştır.

Osman Ulubaş Aile Sağlığı Merkezi

Osman Ulubaş Aile Sağlığı Merkezi, hayırsever Osman Ulubaş tarafından 2015 yılında yaptırılmıştır. Melikgazi ilçesinde hizmet veren aile sağlığı merkezinde; 3 aile hekimi, 3 aile sağlığı elemanı çalışmaktadır.

Tablo 19. Osman Ulubaş Aile Sağlığı Merkezi.

		Evet	Hayır
	Ölçek	x	
	Giriş	x	
	Yarı Açık Alan		x
	Park Alanı	x	
	Terapötik Bahçe		x
	Yapıya Erişim		x
(a)	Danışma		x
	Bekleme Alanı		x
	Mekanlara Erişim		x
	Sirkülasyon Elemanları	x	
	Doğal Işık		x
	Manzara		x
	Mekan Boyutları	x	
ASM Adı: Osman Ulubaş ASM Grubu: A	Görme Engelli		x
	Malzeme		x
Proje Yeri: Karacaoğlu, Battal Gazi Bul. No:8 Melikgazi/ Kayseri	Pozitif Uyaran		x
	İyileşme Mesajı		x

a) <https://www.google.com/earth/>

Tablo 20. Osman Ulubaş Aile Sağlığı Merkezi.

(a)	
ASM Toplam Kapalı Alan: 486 m² Zemin Kat Planı - ASM ve Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu birlikte çözülmüştür	Toplam Kapalı Alan: 583 m²

a) Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan çizimler düzenlenerek kullanılmıştır.

Gökkent Aile Sağlığı Merkezi

Gökkent Aile Sağlığı Merkezi, Melikgazi Belediyesi tarafından 2018 yılında yaptırılmıştır. Melikgazi ilçesinde hizmet veren aile sağlığı merkezinde; 2 aile hekimi, 2 aile sağlığı elemanı çalışmaktadır.

Tablo 21. Gökkent Aile Sağlığı Merkezi

		Evet	Hayır
	Ölçek	x	
	Giriş		x
	Yarı Açık Alan	x	
	Park Alanı		x
	Terapötik Bahçe		x
	Yapıya Erişim	x	
(a)	Danışma	x	
	Bekleme Alanı		x
	Mekanlara Erişim		x
	Sirkülasyon Elemanları	-	-
	Doğal Işık	x	
	Manzara		x
	Mekan Boyutları	x	
ASM Adı: Gökkent ASM Grubu: A	Görme Engelli		x
	Malzeme		x
Proje Yeri: Gökkent 496. Sok. No:19 Melikgazi/ Kayseri	Pozitif Uyarın		x
	İyileşme Mesajı		x

a) <https://www.google.com/earth/>

Tablo 22. Gök kent Aile Sağ lığı Merkezi.

(a)	(b)
(c)	(d)
Zemin Kat Planı	ASM Toplam Alan: 326 m²

a) Kayseri İl Sağ lık Müdürlüğü'nden alınan çizimler düzenlenerek kullanılmıştır.

b), c), d) <http://www.melikgazigokkentasm.com/galeri.html>

Fatma Kirazlıgiller Aile Sağlığı Merkezi

Fatma Kirazlıgiller Aile Sağlığı Merkezi, hayırsever Fatma Kirazlıgiller tarafından 2018 yılında yaptırılmıştır. Talas ilçesinde hizmet veren aile sağlığı merkezinde; 4 aile hekimi, 4 aile sağlığı elemanı çalışmaktadır.

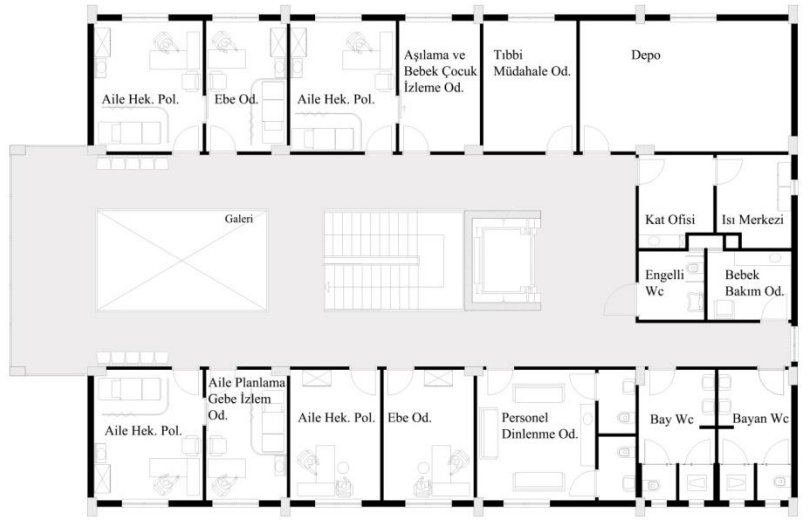
Tablo 23. Fatma Kirazlıgiller Aile Sağlığı Merkezi

	Ölçek	x	
	Giriş	x	
	Yarı Açık Alan		x
	Park Alanı	x	
	Terapötik Bahçe		x
(a)	Yapıya Erişim		x
	Danışma		x
	Bekleme Alanı		x
	Mekanlara Erişim		x
	Sirkülasyon Elemanları	x	
	Doğal Işık	x	
(b)	Manzara	x	
	Mekan Boyutları	x	
ASM Adı: Fatma Kirazlıgiller ASM Grubu: A	Görme Engelli		x
	Malzeme		x
Proje Yeri: Anayurt Mevlana Mah. Karasu Cad. No:17 Talas/ Kayseri	Pozitif Uyaran		x
	İyileşme Mesajı		x

a) <https://www.google.com/earth/>

b) <https://www.talas.bel.tr/tr/hizli-erisim/projeler/kirazgiller-aile-saglik-merkezi-peyzaj-calismasi>

Tablo 24. Fatma Kirazlıgiller Aile Sağlığı Merkezi.

 (a)	 (b)
KETEM ve Sağlıklı Hayat Merkezi	ASM
 ASM Toplam Kapalı Alan: 350 m²	 Toplam Kapalı Alan: 700 m² - KETEM, Sağlıklı Hayat Merkezi, ASM birlikte çözülmüştür.

a), b) Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan çizimler düzenlenerek kullanılmıştır.

Servet Ziya Ustaoglu Aile Sağlığı Merkezi

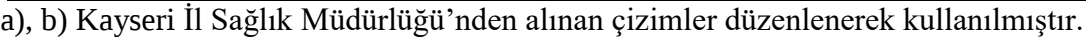
Servet Ziya Ustaoglu Aile Sağlığı Merkezi, hayırsever Servet Ziya Ustaoglu tarafından 2018 yılında yaptırılmıştır. Talas ilçesinde hizmet veren aile sağlığı merkezinde; 4 aile hekimi, 4 aile sağlığı elemanı çalışmaktadır.

Tablo 25. Servet Ziya Ustaoglu Aile Sağlığı Merkezi

		Evet	Hayır
	Ölçek	x	
	Giriş	x	
	Yarı Açık Alan		x
	Park Alanı		x
	Terapötik Bahçe		x
	Yapıya Erişim		x
(a)	Danışma		x
	Bekleme Alanı		x
	Mekanlara Erişim		x
	Sirkülasyon Elemanları	x	
	Doğal Işıık	x	
	Manzara	x	
	Mekan Boyutları	x	
ASM Adı: Servet Ziya Ustaoglu ASM Grubu: A	Görme Engelli		x
	Malzeme		x
Proje Yeri: Mevlana Mah. Papatya Cad. No:53 Talas/ Kayseri	Pozitif Uyaran		x
	İyileşme Mesajı		x

a) <https://www.google.com/earth/>

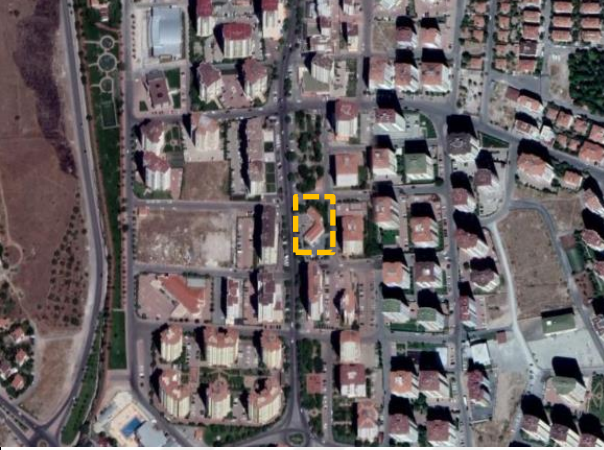
Tablo 26. Servet Ziya Ustaoglu



Bahçelievler Aile Sağlığı Merkezi

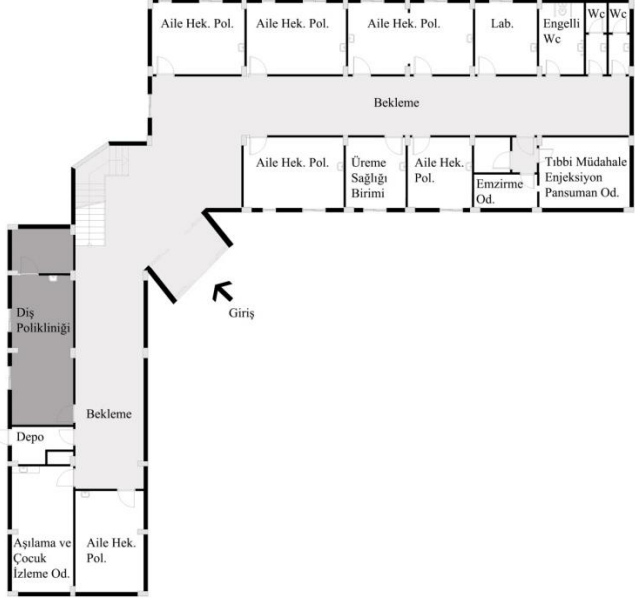
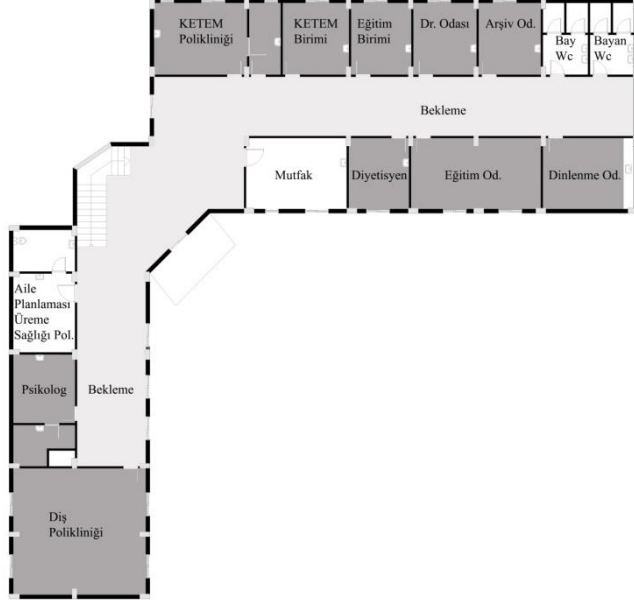
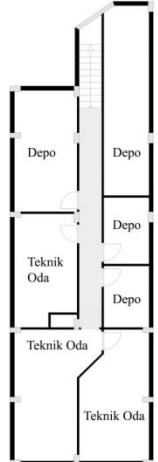
Bahçelievler Aile Sağlığı Merkezi, Talas Belediyesi tarafından 2015 yılında yaptırılmıştır. Talas ilçesinde hizmet veren aile sağlığı merkezinde; 6 aile hekimi, 6 aile sağlığı elemanı çalışmaktadır.

Tablo 27. Bahçelievler Aile Sağlığı Merkezi

		Evet	Hayır
	Ölçek	x	
	Giriş	x	
	Yarı Açık Alan		x
	Park Alanı	x	
	Terapötik Bahçe		x
	(a) Danışma		x
	Bekleme Alanı		x
	Mekanlara Erişim		x
	Sirkülasyon Elemanları		x
	Doğal Işık	x	
	Manzara	x	
ASM Adı: Bahçelievler ASM Grubu: A	Mekan Boyutları	x	
	Görme Engelli	x	
Proje Yeri: Bahçelievler Mah. Mevlana Caddesi No:33 Talas/ Kayseri	Malzeme		x
	Pozitif Uyaran		x
	İyileşme Mesajı		x

a) <https://www.google.com/earth/>

Tablo 28. Bahçelievler Aile Sağlığı Merkezi.

 (a)	 (b)	 (c)
ASM Toplam Kapalı Alan: 385 m² Zemin Kat Planı	Birinci Kat Planı	Bodrum Kat Planı
		
Toplam Kapalı Alan: 905 m²	- ASM, Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği ve Sağlıklı Hayat Merkezi birlikte çözülmüştür.	

a), b), c) Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan çizimler düzenlenerek kullanılmıştır.

Talas 1 Nolu H. Ömer Aslaner Aile Sağlığı Merkezi

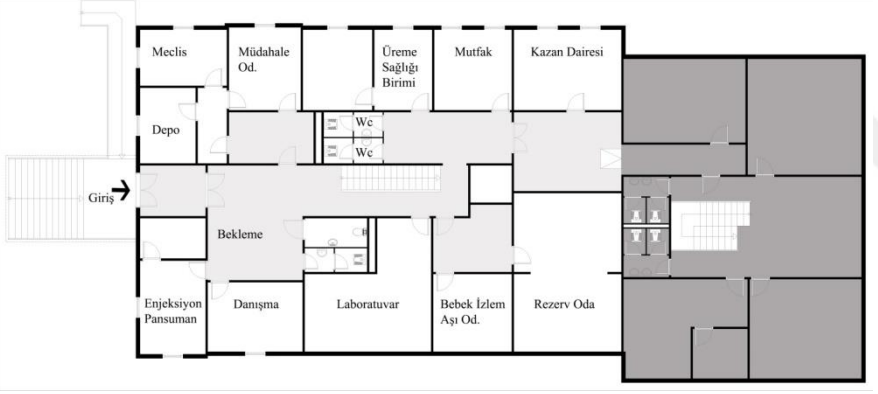
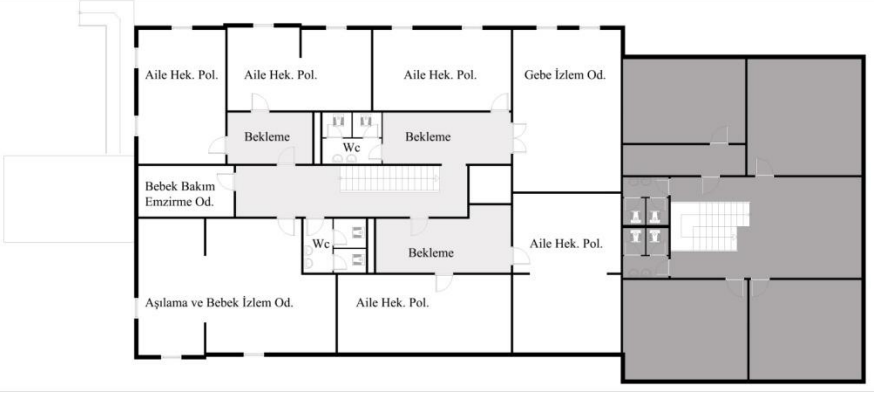
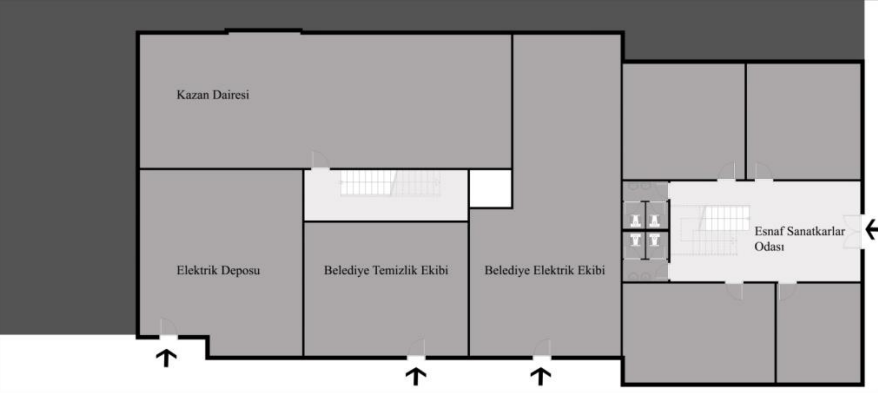
Talas 1 Nolu H. Ömer Aslaner Aile Sağlığı Merkezi, hayırsever Ömer ve Yurdagül Aslaner tarafından 2001 yılında yaptırılmıştır. Talas ilçesinde hizmet veren aile sağlığı merkezinde; 5 aile hekimi, 5 aile sağlığı elemanı çalışmaktadır.

Tablo 29. Talas 1 Nolu H. Ömer Aslaner Aile Sağlığı Merkezi

		Evet	Hayır
	Ölçek	x	
	Giriş	x	
	Yarı Açık Alan		x
	Park Alanı		x
	Terapötik Bahçe		x
	Yapıya Erişim		x
(a)	Danışma	x	
	Bekleme Alanı		x
	Mekanlara Erişim		x
	Sirkülasyon Elemanları		x
	Doğal Işık		x
	Manzara		x
	Mekan Boyutları		x
ASM Adı: Hacı Ömer Aslaner ASM Grubu: A	Görme Engelli		x
	Malzeme		x
Proje Yeri: Kıcıköy Mahallesi, Sağlık Cad. Talas/ Kayseri	Pozitif Uyaran		x
	İyileşme Mesajı		x

a) <https://www.google.com/earth/>

Tablo 30. Talas 1 Nolu H. Ömer Aslaner Aile Sağlığı Merkezi.

 (a)	 (b)
Zemin Kat Planı	Birinci Kat Planı
 (c)	 (d)
Bodrum Kat Planı	Toplam Kapalı Alan:1685 m² ASM Toplam Kapalı Alan: 755 m²

a), b), c) Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan çizimler düzenlenerek kullanılmıştır.

d) <http://talas1noluasm.com/fotogaleri.asp?katid=>

Reşadiye Aile Sağlığı Merkezi

Reşadiye Aile Sağlığı Merkezi, hayırsever Hacı Sait Yurttaş tarafından 2010 yılında yaptırılmıştır. Talas ilçesinde hizmet veren aile sağlığı merkezinde; 1 aile hekimi, 1 aile sağlığı elemanı çalışmaktadır.

Tablo 31. Reşadiye Aile Sağlığı Merkezi

		Evet	Hayır
	Ölçek	x	
	Giriş	x	
	Yarı Açık Alan		x
	Park Alanı		x
	Terapötik Bahçe		x
	Yapıya Erişim		x
(a)	Danışma		x
	Bekleme Alanı		x
	Mekanlara Erişim		x
	Sirkülasyon Elemanları	x	
	Doğal Işık	x	
	Manzara		x
	Mekan Boyutları	x	
ASM Adı: Reşadiye ASM Grubu: A	Görme Engelli		x
	Malzeme		x
Proje Yeri: Reşadiye Mah. Erciyes Cad. No:1 Talas/ Kayseri	Pozitif Uyaran		x
	İyileşme Mesajı		x

a) <https://www.google.com/earth/>

Tablo 32. Reşadiye Aile Sağlığı Merkezi.

(a)	(b)	(c)
Zemin Kat Planı	Birinci Kat Planı	Toplam Kapalı Alan: 310 m²
- ASM'ye ait olan, sağlık personelinin kullanması için lojman tipli plan kullanılmıştır.		

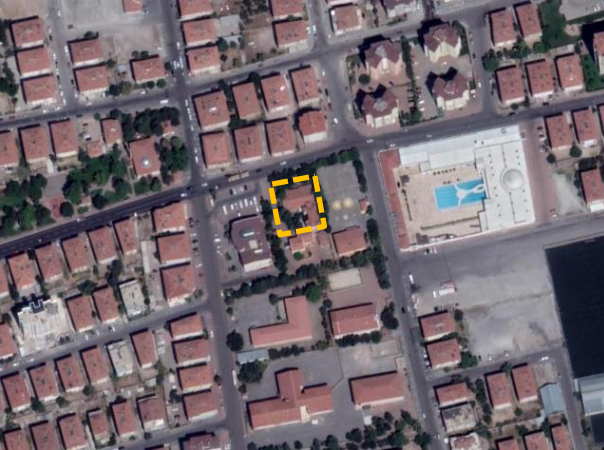
a), b) Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan çizimler düzenlenerek kullanılmıştır.

c) <http://www.resadiye32noluasm.com/galeri.html>

Fevzi Çakmak Aile Sağlığı Merkezi

Fevzi Çakmak Aile Sağlığı Merkezi, Kocasinan Belediyesi tarafından yaptırılmıştır. Kocasinan ilçesinde hizmet veren aile sağlığı merkezinde; 10 aile hekimi, 10 aile sağlığı elemanı çalışmaktadır.

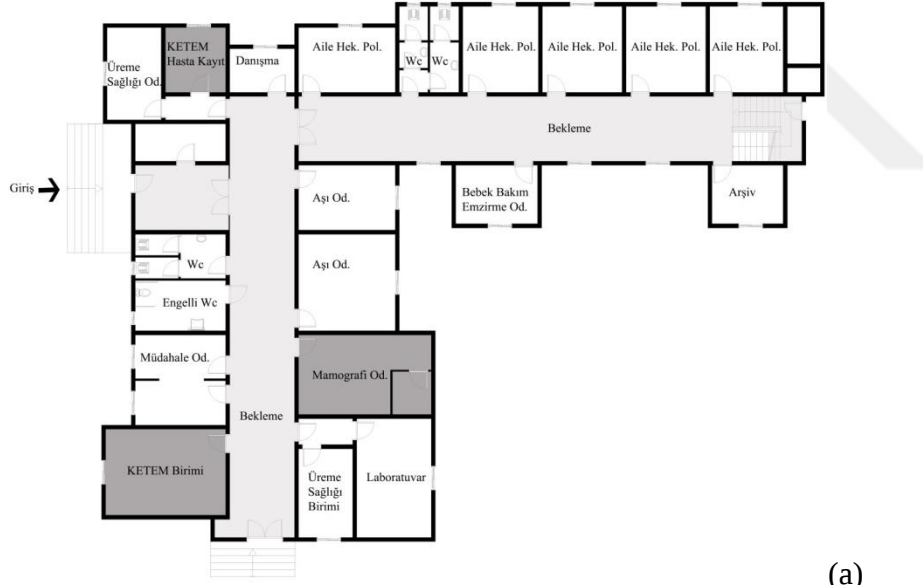
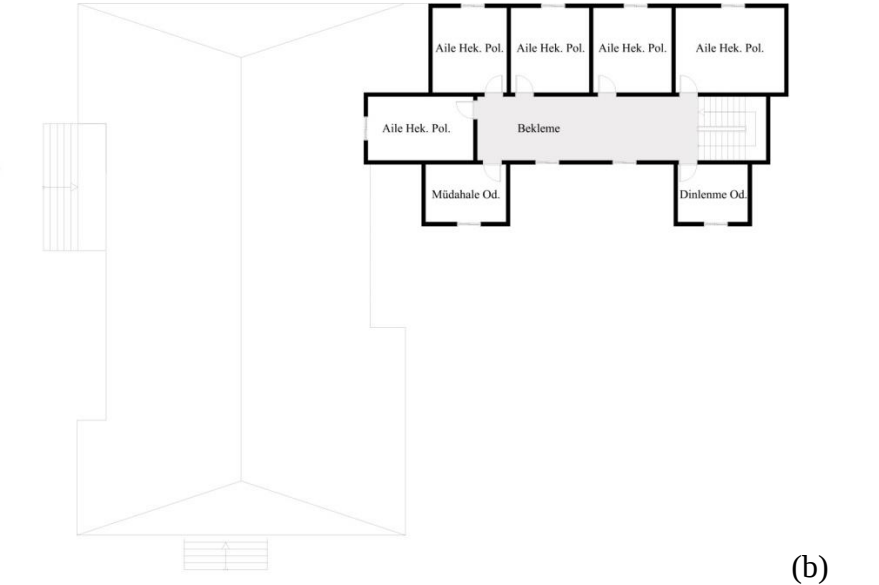
Tablo 33. Fevzi Çakmak Aile Sağlığı Merkezi

		Evet	Hayır
	Ölçek	x	
	Giriş	x	
	Yarı Açık Alan		x
	Park Alanı		x
	Terapötik Bahçe		x
	Yapıya Erişim		x
(a)	Danışma	x	
	Bekleme Alanı		x
	Mekanlara Erişim		x
	Sirkülasyon Elemanları		x
	Doğal Işık	x	
	Manzara		x
(b)	Mekan Boyutları	x	
ASM Adı: Fevzi Çakmak ASM Grubu: A	Görme Engelli		x
	Malzeme		x
Proje Yeri: Mimarsinan Billur Cad. Mah. Kocasinan/ Kayseri	Pozitif Uyaran		x
	İyileşme Mesajı		x

a) <https://www.google.com/earth/>

b) <http://www.fcakmakasm.com/index.html>

Tablo 34. Fevzi Çakmak Aile Sağlığı Merkezi.

 (a)	 (b)
Zemin Kat Planı	Birinci Kat Planı
 (c)	 (d)
- ASM ve Ketem birlikte çözülmüştür.	Toplam Kapalı Alan: 670 m² ASM Toplam Kapalı Alan: 620 m²

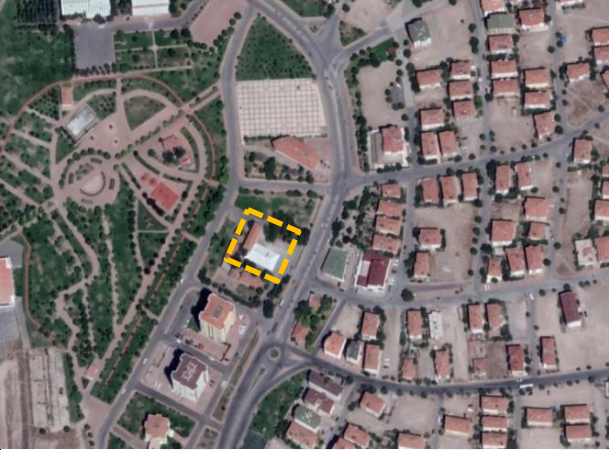
a), b) Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan çizimler düzenlenerek kullanılmıştır.

c), d) <http://www.fcakmakasm.com/index.html>

Cemal Bozkurt Aile Sağlığı Merkezi

Cemal Bozkurt Aile Sağlığı Merkezi, hayırsever Cemal Bozkurt tarafından 1983 yılında yaptırılmıştır. Kocasinan ilçesinde hizmet veren aile sağlığı merkezinde; 7 aile hekimi, 7 aile sağlığı elemanı çalışmaktadır.

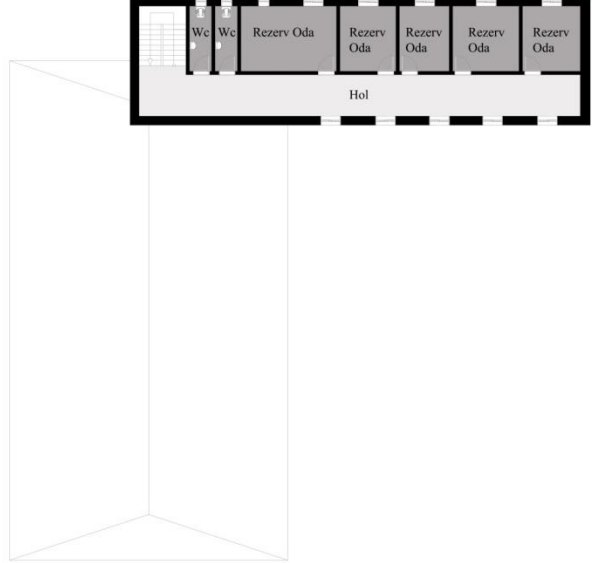
Tablo 35. Cemal Bozkurt Aile Sağlığı Merkezi

		Evet	Hayır
	Ölçek	x	
	Giriş	x	
	Yarı Açık Alan		x
	Park Alanı	x	
	Terapötik Bahçe		x
	(a) Danışma		x
	Bekleme Alanı		x
	Mekanlara Erişim		x
	Sirkülasyon Elemanları		x
	Doğal Işık	x	
	Manzara		x
	(b) Mekan Boyutları	x	
ASM Adı: Cemal Bozkurt ASM Grubu: A	Görme Engelli		x
	Malzeme		x
Proje Yeri: General Emir Mah. Yıldırım Cad. No:14 Kocasinan/ Kayseri	Pozitif Uyaran		x
	İyileşme Mesajı		x

a) <https://www.google.com/earth/>

b) <https://www.google.com/maps/@38.7259002,35.5329489,4527m/data=!3m1!1e3>

Tablo 36. Cemal Bozkurt Aile Sağlığı Merkezi.

		
(a)	(b)	
Zemin Kat Planı	Birinci Kat Planı	
		
(c)	(d)	(e)
Toplam Kapalı Alan: 735 m²		ASM Toplam Kapalı Alan: 560 m²

a), b) Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan çizimler düzenlenerek kullanılmıştır.

c), d), e) <http://www.cemalbozkurtasm.com/fotogaleri.asp>

Nezaket Necati Şahin Aile Sağlığı Merkezi

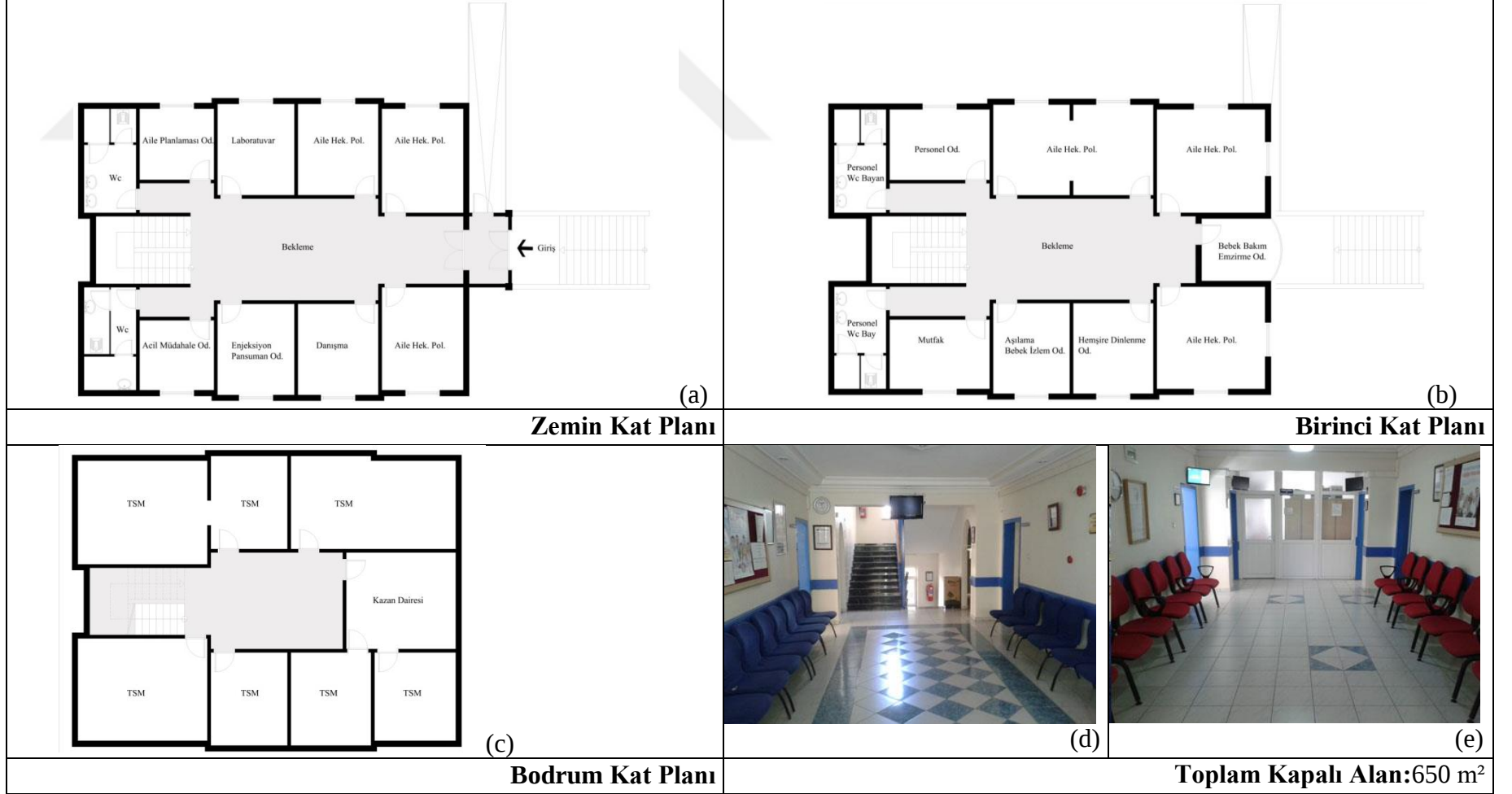
Nezaket Necati Şahin Aile Sağlığı Merkezi, hayırsever Nezaket Necati Şahin tarafından yaptırılmıştır. Kocasinan ilçesinde hizmet veren aile sağlığı merkezinde; 6 aile hekimi, 6 aile sağlığı elemanı çalışmaktadır.

Tablo 37. Nezaket Necati Şahin Aile Sağlığı Merkezi

		Evet	Hayır
	Ölçek	x	
	Giriş	x	
	Yarı Açık Alan		x
	Park Alanı		x
	Terapötik Bahçe		x
	Yapıya Erişim		x
(a)	Danışma	x	
	Bekleme Alanı		x
	Mekanlara Erişim		x
	Sirkülasyon Elemanları		x
	Doğal Işık		x
	Manzara		x
	Mekan Boyutları	x	
ASM Adı: Nezaket Necati Şahin ASM Grubu: A	Görme Engelli		x
	Malzeme		x
Proje Yeri: Mevlana Mah. 10. Sok. No:58 Kocasinan/ Kayseri	Pozitif Uyaran		x
	İyileşme Mesajı		x

a) <https://www.google.com/earth/>

Tablo 38. Nezaket Necati Şahin Aile Sağlığı Merkezi.



a), b), c) Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan çizimler düzenlenerek kullanılmıştır.

d), e) <http://nnsahinasm.com/hakkimizda.html>

Medine Aile Sağlığı Merkezi

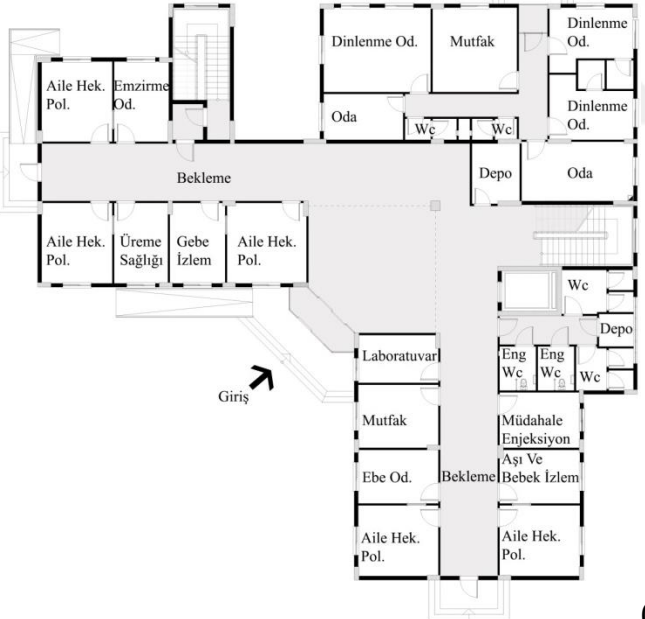
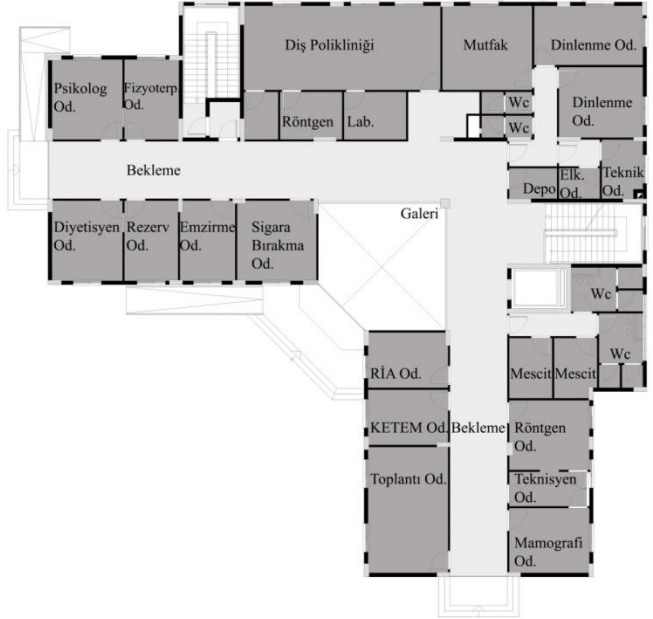
Medine Aile Sağlığı Merkezi, bir hayırsever tarafından 2018 yılında yaptırılmıştır. Kocasinan ilçesinde hizmet veren aile sağlığı merkezinde; 5 aile hekimi, 5 aile sağlığı elemanı çalışmaktadır.

Tablo 39. Medine Aile Sağlığı Merkezi

	Ölçek	x	
	Giriş	x	
	Yarı Açık Alan		x
	Park Alanı	x	
	Terapötik Bahçe		x
	Yapıya Erişim		x
(a)	Danışma		x
	Bekleme Alanı		x
	Mekanlara Erişim		x
	Sirkülasyon Elemanları	x	
	Doğal Işık		x
	Manzara		x
	Mekan Boyutları	x	
ASM Adı: Medine ASM Grubu: A	Görme Engelli		x
	Malzeme		x
Proje Yeri: Yenişehir Mah. Şehit Cevdet Kılıçlar Sok. No:6 Kocasinan/ Kayseri	Pozitif Uyarın		x
	İyileşme Mesajı		x

a) <https://www.google.com/earth/>

Tablo 40. Medine Aile Sağlığı Merkezi.

 (a)	 (b)
Zemin Kat Planı	Birinci Kat Planı
 (c)	ASM ve Sağlıklı Hayat Merkezi birlikte çözülmüştür. Toplam Kapalı Alan: 1260 m² ASM Toplam Kapalı Alan: 615 m²

a), b) Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan çizimler düzenlenerek kullanılmıştır.

c) <https://www.cthaber.com/foto/3220633/erken-teshis-hayat-kurtariyor>

Mithatpaşa Aile Sağlığı Merkezi

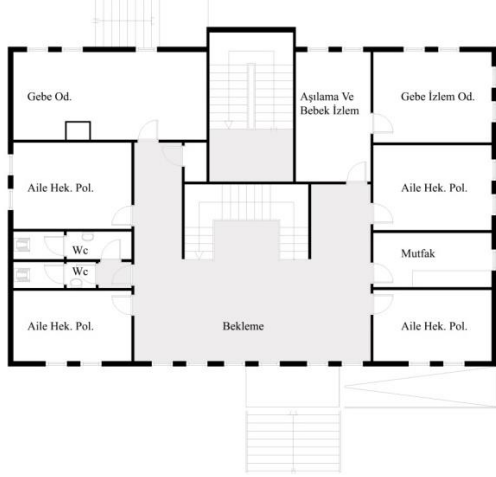
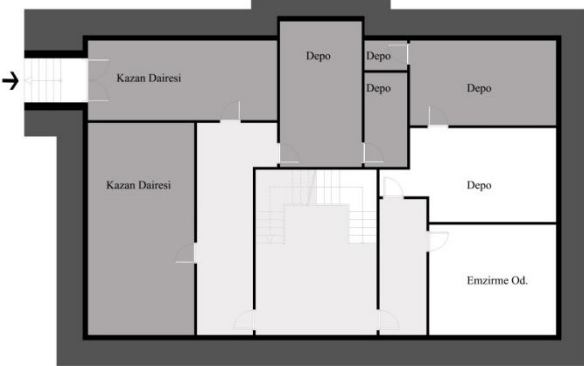
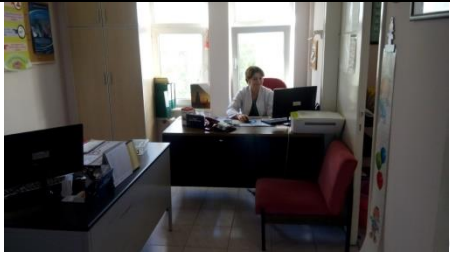
Mithatpaşa Aile Sağlığı Merkezi, Kocasinan Belediyesi tarafından yaptırılmıştır. Kocasinan ilçesinde hizmet veren aile sağlığı merkezinde; 7 aile hekimi, 7 aile sağlığı elemanı çalışmaktadır.

Tablo 41. Mithatpaşa Aile Sağlığı Merkezi

		Evet	Hayır
	Ölçek		x
	Giriş		x
	Yarı Açık Alan		x
	Park Alanı	x	
	Terapötik Bahçe		x
	(a) Yapıya Erişim		x
	Danışma		x
	Bekleme Alanı		x
	Mekanlara Erişim		x
ASM Adı: Mithatpaşa ASM Grubu: A	Sirkülasyon Elemanları		x
	Doğal Işık	x	
	Manzara		x
	Mekan Boyutları	x	
	Görme Engelli		x
Proje Yeri: Mithatpaşa Mah. Güven Sok. No:28 Kocasinan/ Kayseri	Malzeme		x
	Pozitif Uyaran		x
	İyileşme Mesajı		x

a) <https://www.google.com/earth/>

Tablo 42. Mithatpaşa Aile Sağlığı Merkezi.

 (a)	 (b)
Zemin Kat Planı	Birinci Kat Planı
 (c)	 (d) Üst katları sağlık çalışanlarının konaklaması için kullanılan yapı, maliyetli olması sebebiyle günümüzde uygulanmayan lojmanlı plan tipine sahiptir.
Bodrum Kat Planı	ASM Toplam Kapalı Alan: 540 m²

a), b), c) Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan çizimler düzenlenerek kullanılmıştır.

d) http://www.kayserimithatpasaasm.com/Fotograf_Galerisi.aspx

4.2.1. Bölüm Sonucu

Alan çalışması kapsamında Kayseri ilinin Melikgazi, Talas ve Kocasinan merkez ilçelerinden seçilen onbeş adet aile sağlığı merkezi, oluşturulan değerlendirme kriterlerine göre incelenmiştir. Aşağıda, araştırmada yer alan aile sağlığı merkezlerinin birarada değerlendirildiği tablo görülmektedir. Olumlu olarak gözlemlenen kriterler ‘+’ olarak işaretlenmiştir. Alan çalışmasındaki tüm aile sağlığı merkezleri dikkate alınarak ortak bir değerlendirme aşağıda yapılmaktadır.

Tablo 43. Kayseri Alan Çalışması.

	ASM	BELEDİYE	Ölçek	Giriş	Yarı Açık Alan	Park Alanı	Terapötik bahçe	Yapıya Erişim	Danışma	Bekleme alanı	Mekanolara Erişim	Sirkülasyon elemanları	Doğal ışık	Manzara	Mekan boyutları	Görme engelli	Malzeme	Pozitif uyaran	İyileşme mesajı
1	Bünyamin Somyürek	Melikgazi	+	+		+			+				+						
2	Yıldırım Beyazıt	Melikgazi	+	+		+			+										
3	Latif Başkal	Melikgazi	+	+															
4	Osman Ulubaş	Melikgazi	+	+		+						+			+				
5	Gökkent	Melikgazi	+		+			+	+				+		+				
6	Fatma Kirazlıgiller	Talas	+	+		+						+	+	+	+				
7	Servet Ziya Ustaoglu	Talas	+	+								+	+	+	+				
8	Bahçelievler	Talas	+	+		+		+					+	+	+	+			
9	H. Ömer Aslaner	Talas	+	+					+										
10	Reşadiye	Talas	+	+								+	+		+				
11	Fevzi Çakmak	Kocasinan	+	+					+				+		+				
12	Cemal Bozkurt	Kocasinan	+	+		+							+		+				
13	Nezaket Necati Şahin	Kocasinan	+	+					+						+				
14	Medine	Kocasinan	+	+		+						+			+				
15	Mithatpaşa	Kocasinan				+							+		+				

Mithatpaşa örneği dışında incelenen aile sağlığı merkezi yapılarının insan ölçeğinde tasarlandığı görülmektedir. Girişin tanımlı olması ve rüzgarlığın bulunması da iki ASM dışında gözlemlenen diğer olumlu kriterler arasında yer almaktadır. Asgari tasarım standartlarında ve denetimlerde mimari olarak sadece gerekli mekan büyüklükleri üzerinde durulduğu için genellikle mekan boyutlarının yeterli olduğu düşünülmektedir.

İnce işler bittikten sonraki kullanılabilir tavan yüksekliğinin yetersiz olması durumu geçmiş yıllarda yapılan eski tip projelerde sıkça rastlanmaktadır. Mekanlar genel olarak yeterli doğal ışık alsa bile, hasta ve kullanıcıların en çok vakit geçirdikleri bekleme alanlarının doğal ışıktan mahrum olduğu gözlenmiştir. Pencerelemler çoğunlukla mekanlara ışık almak için açılan boşluk düzeyinde kaldığı, manzara kaygısının olmadığı, mekanların dış mekanla etkileşimden uzak olduğu görülmektedir. Sağlık yapısı ve mekanlarına uygun hijyenik özellikte, olabildiğince ek yeri az olacak şekilde malzeme seçimi yapılmadığı saptanmıştır.

İncelenen aile sağlığı merkezi yapılarının neredeyse yarıya yakınının yeterli park alanına sahip olmadığı görülmektedir. Çoğu ASM girişinde hasta ve yakınlarını karşılayan danışma alanının olmadığı saptanmıştır. Bekleme alanlarının koridorlar üzerinde, tekli veya çoklu oturmaya izin vermediği, hasta ve yakınlarının fiziksel ihtiyaçlarının düşünülmediği için yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır.

Çoğunlukla iki katlı yapılarda asansörün olmadığı, yaşlı ve engelli kişiler için çözüm üretilmediği, var olan rampaların eğiminin uygun olmadığı tespit edilmiştir. Kişilerin bedensel durumu ne olursa olsun birine ihtiyaç duymaksızın yapıya yaklaşımı, yapıya erişimi, kolay ve güvenli bir şekilde mekanlara erişimi üzerinde yeterince düşünülmediği tespit edilmiştir. Sadece Bahçelievler ASM’de görme engelli hastaların yaklaşımı ve dolaşımı düşünülerek hissedilebilir zemin malzemesi kullanıldığı görülmektedir.

Kütle tasarımında kapalı alanlarla birlikte bütüncül yarı açık alan ve açık alan tasarımının yapılmadığı, hastaların girişte inip binebildikleri bir yarı açık mekanın olmadığı tespit edilmiştir. Yeşil alana sahip olan ASM’lerin bile kullanıcılarının sosyalleşmesi, beklemesi veya dinlenmeleri için düzenlenmediği, kullanıma kapatıldığı görülmektedir. Psikolojik olarak destekleyici özellikte rahatlama, mutluluk, sakinlik, güven ve iyileşme gibi duygular meydana gelmesine yardımcı su, sanat objeleri, renk gibi görsel, işitsel

veya kokusal pozitif uyaranların tasarımın birer parçası olarak incelen hiçbir yapıda kullanılmadığı tespit edilmiştir.



(a)



(b)



(c)



(d)



(e)



(f)

Şekil 70. Recep Mamur ASM (a), Mehmet Mürüvvet Çolak Bayraktar ASM (b), Müşerref Hasan Eser ASM (c), İsmet Yılmaz Akansu ASM (d), Osman Hilmi Kalpaklıoğlu (e), Bünyamin Somyürek ASM (f).

a) <http://www.kayseriehaber.com/yerel-haber/beyazsehirde-saglik-ocagi-krizi-vatandas-saatlerce-saglik-memuru-bekledi-h5365.html>

b) <https://mmcolakbayraktarasm.com/foto-galeri/>

c) <http://www.muserrefhasaneserasm.com/fotograflar.htm>

d) <https://www.akansu.com/saglik/>

e) <https://www.osmanhilmikalpakliogluasm.com/foto-galeri/>

Kocasinan Belediyesi'nde bulunan ve Şekil 70'de gösterilen Recep Mamur ASM (a), Mehmet Mürüvvet Çolak Bayraktar ASM (b), Müşerref Hasan Eser ASM (c), 2003 yılında yapılan İsmet Yılmaz Akansu ASM (d), Osman Hilmi Kalpaklıoğlu (e) ile Melikgazi Belediyesi'nde bulunan Bünyamin Somyürek ASM (f) aynı plan tipine sahiptir. Talas Belediyesi'nde bulunan ve Şekil 71'da gösterilen Servet Ziya Ustaoglu ASM (g), Kocasinan Belediyesi'nde ki Medine ASM (h) aynı plan tipine sahiptir.



Şekil 71. Servet Ziya Ustaoglu ASM (g), Kocasinan Belediyesi'nde ki Medine ASM (h).

Kocasinan Belediyesi'nde bulunan ve Şekil 72'de gösterilen Mithatpaşa ASM (ı), Refik Saydam ASM (i) ile Melikgazi Belediyesi'ndeki Hacı Nimet Köseoğlu ASM (j), Keykubat ASM (k) aynı plan tipine sahiptir.



Şekil 72. Mithatpaşa ASM (i), Refik Saydam ASM (i), Hacı Nimet Köseoğlu ASM (j), Keykubat ASM (k).

i), j), k) <https://www.google.com/maps>

Sağlık Bakanlığı'nın uygulanmak üzere dağıttığı lojmanlı plan tipine sahip olan Mithatpaşa ASM, Refik Saydam ASM, Hacı Nimet Köseoğlu ASM, Keykubat ASM'de örnekleri görülen tip planı günümüzde maliyetli olması nedeniyle uygulanmamaktadır. Bunun yerine, bazı projelerin alınıp kopyalanarak yeni araziye uyarlandığı ve tip proje haline dönüştürüldüğü görülmektedir.

4.3. Anket Çalışması

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu yerler olan hastaneler ve aile sağlığı merkezleri gibi yapıların mimari özellikleri, görünüşleri, kullanım kolaylıkları gibi unsurların bu yapıları kullanan paydaşlardan birisi olan hastalar tarafından nasıl algılandığı da büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, bu araştırmada hastaların birinci basamak sağlık

hizmeti aldıkları aile sağığı merkezi yapılarıyla ilgili algılamalarını belirlemek amaçlanmıştır.

Yapılacak anket çalışması ile ilk başvuru noktası olarak kullanılan aile sağığı merkezleri kullanıcılarının mekansal ihtiyaçlarının hangi ölçüde karşılandığını belirlemek ve mekan kalitesi bağlamında memnuniyet oranlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır.

4.3.1. Araştırmanın Sınırlamaları

Her araştırmada olduğu gibi bu araştırmada da bir takım sınırlamalar bulunmaktadır. Araştırmanın en önemli sınırlamaları seçilen örnek kütle ve araştırmanın kapsamıyla ilgilidir. Zaman ve maliyet kısıtlarından dolayı araştırma kapsamı sadece bir ilden hastaların seçilmesiyle sınırlandırılmış ve araştırma sadece Kayseri merkez ilçelerinden Kocasinan, Melikgazi ve Talas’da yaşayan bireyler üzerinde gerçekleştirilmiştir. İkinci kısıt, olasılık örneklemesinin yapılmamış olmasıdır. Bu nedenle de, bulgularla ilgili genellemeler yaparken olasılık dışı örnekleminin kullanılmış olması gerçeğı göz önüne alınmalıdır.

4.3.2. Araştırma Yöntemi

Mevcut durumu anlamaya ve belirlemeye yönelik yapılan bu çalışmada tanımlayıcı araştırma modeli kullanılmıştır.

Araştırmanın evrenini Kayseri’de yaşayan, 18 yaş ve üzeri ve aile sağığı merkezlerinden sağık hizmeti alan bireyler oluşturmaktadır. Çalışmada tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak araştırmaya katılacak bireyler seçilmiştir. Çalışmadaki örnek grubu, Kayseri merkez ilçelerinden Melikgazi, Kocasinan ve Talas’da yaşayan bireyler arasından seçilen 300 kişiden oluşmuştur. Analize uygun olmayan veya eksik cevaplanan 12 anketin elenerek çıkarılması sonucu, analiz edilebilir anket sayısı (örnek büyüklüğü) 288’e inmiştir.

Araştırmada veriler yüz yüze anket yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplamada kullanılan anket formu, cevaplayıcıya hitaben yazılmış bir ön bilgi yazısından ve iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, cevaplayıcıların cinsiyeti, yaşı ve eğitim durumlarıyla ilgili sorulara yer verilmiş; ikinci bölümde ise, yapının algılanışına ilişkin sorulan iki

soru ve Likert türü (1= kesinlikle aynı fikirde değilim, 2= aynı fikirde değilim, 3= fikrim yok, 4= aynı fikirdeyim, 5= kesinlikle aynı fikirdeyim) 36 ifade yer almıştır. Bu ifadelerden dokuzu yapının algılanışına ilişkin ifadelerdir ve kullanılan bu ölçeğin güvenilirliğini gösteren Cronbach Alpha değeri 0,819'dur; ifadelerin 19'u erişim, ulaşım ve iç mekanla ilişkin ifadelerdir ve bu ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,899'dur; ve geriye kalan sekiz ifade ise ortak alan ve dış mekan düzenlemelerine ilişkin ifadelerdir ve bu ölçeğin de Cronbach Alpha değeri 0,887'dir. Bir ölçeğin Cronbach Alpha değeri sıfır ile bir değerleri arasında olup, değer sıfıra yaklaştıkça güvenilir olmadığını, bire yaklaştıkça ise güvenilir olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, ankette kullanılan ölçeklerin güvenilirlik düzeylerinin oldukça yüksek olduğu söylenilebilir. Uygulanan anket formu Ek-4'de verilmiştir.

Anket çalışması sonucunda elde edilen veriler çeşitli analiz teknikleriyle incelenmiştir. Çalışmada verilerin analizi iki bölüm halinde sunulmaktadır. İlk bölümde tanımlayıcı istatistikler yer almaktadır. İkinci bölümde ise yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi ile cevaplayıcıların aile sağlığı merkezlerine ilişkin algılamalarında ve değerlendirmelerindeki farklılıklar ANOVA yapılarak incelenmiştir. Araştırmanın verileri SPSS paket programı yardımıyla analizlere tabi tutulmuştur.

4.3.3. Bulgular

Bu bölümde öncelikle anket aracılığıyla toplanan veriler tanımlayıcı istatistikler açısından ele alınmaktadır. Yani, cevaplayıcıların özellikleri, ortalamalar ve sıklık (frekans) dağılımları açısından incelenmektedir. Daha sonra ise, yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi değişkenlerine göre ile cevaplayıcıların aile sağlığı merkezlerine ilişkin algılamalarında ve değerlendirmelerindeki farklılıklar ANOVA yapılarak incelenmiştir.

4.3.3.1. Cevaplayıcıların Özellikleri

Cevaplayıcıların ilçelere, cinsiyete, yaşa ve eğitim durumlarına göre dağılımları Tablo 44'de verilmiştir.

Tabloya göre, cevaplayıcıların %61,5'i kadın, %38'5'i erkektir. Cevaplayıcıların büyük bir bölümü (%44,4'ü) 18-30 yaş grubundadır ve bunu %26,7 ile 31-40 yaş grubu izlemektedir. Eğitim durumu açısından bakıldığında, cevaplayıcıların büyük çoğunluğunu %56,6 ile üniversite mezunları oluşturmaktadır. Üniversite mezunlarını,

%14,9 ile lise mezunları ve %12, 8 ile de lisansüstü mezunları izlemektedir. Son olarak, cevaplayıcıların %44, 4'ü Melikgazi, %29,9'u Kocasinan ve %25,7'i ise Talas ilçesinde ikamet etmektedir.

Tablo 44. Cevaplayıcıların Demografik Özellikleri.

İlçelere göre dağılımları	Sıklık	%	Cinsiyete göre dağılımları	Sıklık	%
Kocasinan	86	29,9	Kadın	177	61,5
Melikgazi	128	44,4	Erkek	111	38,5
Talas	74	25,7	Toplam	288	100,0
Toplam	288	100,0	Eğitime göre dağılımları	Sıklık	%
Yaşa göre dağılımları	Sıklık	%	Eğitimi yok- İlkokul	28	9,7
18-30	125	43,4	Ortaokul	17	5,9
31-40	77	26,7	Lise	43	14,9
41-60	65	22,6	Lisans	163	56,6
61 ve üzeri	21	7,3	Lisansüstü	37	12,8
Toplam	288	100,0	Toplam	288	100,0

4.3.3.2. Cevaplayıcıların Yapının Algılanışına İlişkin Değerlendirmeleri

Yapının algılanışına ilişkin olarak cevaplayıcılara Tablo 45'de de yer alan iki soru sorulmuş ve daha sonra bu konuda verilen sekiz ifade yardımıyla algılamaları ölçülmüştür ve bu sonuçlar da Tablo 46'de verilmiştir.

Tablo 45 incelendiğinde, cevaplayıcıların %24,7'si yapıyı dolaştıklarında korku ve tedirginlik hissi duyduklarını, %23,7'si ferahlık hissi duyduklarını ve %19,2'si ise güven hissi duyduklarını ifade etmişlerdir. Yapıya dışarıdan bakıldığında içeriye dair nasıl bir fikir verildiğine ilişkin soruya ise, cevaplayıcıların %32,6'sı itici cevabını verirken, %26'sı misafirperver ve %25,3'ü ise okunaklı cevabını vermiştir.

Tablo 45. Yapının Algılanışına İlişkin Sorular

Yapıyı dolaştığınızda onu hangi his ile değerlendirirsiniz?	Sıklık	%
Korku ve Tedirginlik	71	24,7
Ferahlık	68	23,7
Güven	55	19,2
Merak	33	11,5
Diğer	60	20,9
Toplam	287	100.0
Yapıya dışarıdan baktığınızda içeriye dair nasıl bir fikir veriyor?	Sıklık	%
İtici	94	32,6
Misafirperver	75	26,0
Okunaklı	73	25,3
Gizemli	29	10,1
Davetkar	17	5,9
Toplam	288	100.0

Tablo 46'daki yapının algılanışına ilişkin verilmiş 9 ifadeye yönelik cevaplayıcıların değerlendirmeleri incelendiğinde, 3,962 ile en yüksek ortalama değere sahip ifadenin **bina girişinin kolay algılanması** olduğu anlaşılmaktadır. Bu ifadeyi 3.889 ortalama ile binanın insan boyutlarına uygun olması ve 3,809 ortalama ile dışarıdan bakınca binanın sağlık yapısı olduğunun kolaylıkla anlaşılması ifadelerinin izlediği görülmektedir. Cevaplayıcıların çoğunluğu bu üç ifadeye katılmaktadırlar. En düşük ortalama sahip ifade ise, 2,580 ortalama ile binanın dış görünüşünün çekici gelmesidir. Cevaplayıcıların çoğunluğu bu ifadeye katılmamakta ve binanın dış görünüşünü çekici bulmamaktadır. Tablodaki geriye kalan dört ifadede ise, bu ifadelere katılanların oranıyla katılmayanların oranlarının birbirine çok yakın olduğu söylenebilir.

Tablo 46. Yapının Algılanışına İlişkin İfadeler.

	Yapının Algılanışına İlişkin İfadeler		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Toplam	Ortalama
1	Dışarıdan bakınca yapının sağlık yapısı olduğu kolaylıkla anlaşılıyor.	sıklık	66	158	20	31	13	288	3,809
		%	22,9	54,9	6,9	10,8	4,5	100	
2	Bina bana iyi olma- iyileşme mesajı veriyor.	sıklık	27	121	51	68	21	288	3,226
		%	9,4	42	17,7	23,6	7,3	100	
3	Binayı güzel bir yapı olarak algılıyorum.	sıklık	37	84	27	96	44	288	2,910
		%	12,8	29,2	9,4	33,3	15,3	100	
4	Binanın dış görünüşü bana çekici geliyor.	sıklık	19	60	50	99	60	288	2,580
		%	6,6	20,8	17,4	34,4	20,8	100	
5	Binanın, çevresi ile uyumlu olduğunu düşünüyorum.	sıklık	25	118	48	68	29	288	3,146
		%	8,7	41	16,7	23,6	10,1	100	
6	Binanın insan boyutlarına göre uygun olduğunu düşünüyorum.	sıklık	50	189	21	23	5	288	3,889
		%	17,4	65,6	7,3	8	1,7	100	
7	Bina girişi kolay algılanıyor.	sıklık	88	149	9	36	6	288	3,962
		%	30,6	51,7	3,1	12,5	2,1	100	
8	Binada renk ve doku gibi öğelerin doğru kullanıldığını düşünüyorum.	sıklık	34	96	45	88	25	288	3,090
		%	11,8	33,3	15,6	30,6	8,7	100	

4.3.3.3. Cevaplayıcıların Yapının Erişim, Ulaşım ve İç Mekan Düzenlemesine İlişkin Değerlendirmeleri

Cevaplayıcıların aile sağlık hizmetini aldığı aile sağlık merkezlerinin erişim, ulaşım ve iç mekan düzenlemesine ilişkin değerlendirmeleri Tablo 47’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, cevaplayıcıların en fazla katıldığı ve aynı düşüncede olduğu ifadelerin sırasıyla, 4,160 ortalama ile araç ile binaya kolay ulaşımın olması, 3,899 ortalama ile tavan yüksekliğinin yeterli olması, 3,740 ortalama ile engelli insanlar ve çocuk arabalı ebeveynler için kolay erişimin sağlanması, 3,691 ortalama ile ilişkili odaların birbirine yakın konumlandırılması, 3,569 ortalama ile pencere boşlukları ile sağlanan

aydınlatmanın yeterliliği ve 3,559 ortalama ile personel ve hasta mahremiyetinin sağlanması ile ilgili ifadeler oldukları görülmektedir.

Aile sağlık hizmetini aldığı aile sağlık merkezlerinin erişim, ulaşım ve iç mekan düzenlemesine ilişkin verilen ve cevaplayıcıların çoğunluğunun katılmadıkları ve aynı düşüncede olmadıkları ifadelere bakıldığında ise, en düşük ortalama değere sahip ifadenin 2,132 ile binada kendisini evinde hissettiği mekanlar olması ifadesi olduğu; bunu sırasıyla, 2,420 ortalama ile bina içindeki alanları çekici bulma, 2,514 ortalama ile bina içindeki odalar ve alanların manzaraya göre yerleştirilmesi ve 2,516 ortalama ile iç mekanların konforlu olması ve insanı rahatlatması ifadelerinin izlediği görülmektedir. Tablodaki geriye kalan ifadelerde ise, bu ifadelere katılanların oranıyla katılmayanların oranlarının birbirine çok yakın olduğu söylenebilir.

Tablo 47. Cevaplayıcıların Yapının Erişim, Ulaşım ve İç Mekan Düzenlemesine İlişkin Değerlendirmeleri

	Yapının Erişim, Ulaşımın ve İç Mekan Düzenlemesine İlişkin İfadeler		Kesinlikle katılıyor	Katılıyor	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Toplam	Ortalama
1	Araçlar (taksi, toplu ulaşım, özel araç gibi) ile binaya kolayca ulaşılıyor.	sıklık	105	154	7	14	8	288	4,160
		%	36,5	53,5	2,4	4,9	2,8	100	
2	Engelli insanlar ve çocuk arabalı ebeveynler için kolay erişim sağlanmış.	sıklık	77	126	34	35	16	288	3,740
		%	26,7	43,8	11,8	12,2	5,6	100	
3	Hasta ve ziyaretçiler için yeterli park alanı vardır.	sıklık	58	107	22	75	26	288	3,333
		%	20,1	37,2	7,6	26	9	100	
4	Binanın dış yüzeyinde yer ve yön bulmak için yeterli oranda renk, doku, malzeme farklılıkları vardır.	sıklık	22	89	60	88	29	288	2,955
		%	7,6	30,9	20,8	30,6	10,1	100	
5	İlişkili odalar birbirine yakın konumlandırılmıştır.	sıklık	48	162	26	45	7	288	3,691
		%	16,7	56,3	9	15,6	2,4	100	
6	Personel ve hasta mahremiyeti sağlanmıştır	sıklık	38	159	32	44	15	288	3,559
		%	13,2	55,2	11,1	15,3	5,2	100	
7	Yeterli sayıda tuvalet bulunmaktadır.	sıklık	26	84	78	70	30	288	3,021
		%	9	29,2	27,1	24,3	10,4	100	
8	Mekanların genel olarak büyüklüğü yeterlidir.	sıklık	27	156	26	61	18	288	3,392
		%	9,4	54,2	9	21,2	6,3	100	
9	Tavan yüksekliği yeterlidir.	sıklık	56	178	27	23	4	288	3,899
		%	19,4	61,8	9,4	8	1,4	100	

Tablo 47. Cevaplayıcıların Yapının Erişim, Ulaşım ve İç Mekan Düzenlemesine İlişkin Değerlendirmeleri (devamı)

	Yapının Erişim, Ulaşımın ve İç Mekan Düzenlemesine İlişkin İfadeler		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Toplam	Ortalama
10	Pencere boşukları ile sağlanan doğal aydınlatma yeterlidir.	sıklık	41	157	28	49	13	288	3,569
		%	14,2	54,5	9,7	17	4,5	100	
11	Odalarda, bekleme alanında gürültü önlenmiştir.	sıklık	14	86	53	104	31	288	2,819
		%	4,9	29,9	18,4	36,1	10,8	100	
12	Bina havalandırması (Isıtma/soğutma) yeterlidir.	sıklık	34	124	48	58	24	288	3,299
		%	11,8	43,1	16,7	20,1	8,3	100	
13	Mobilyaların bulundukları yerlere göre uygun ve yeterli olduğu düşünüyorum.	sıklık	20	113	49	83	23	288	3,083
		%	6,9	39,2	17	28,8	8	100	
14	Muayene odalarının yeterli mahremiyeti sağladığı düşüncesindeyim.	sıklık	37	134	27	72	18	288	3,347
		%	12,8	46,5	9,4	25	6,3	100	
15	Genel olarak bina içinde seçilen malzemeler kullanıma uygundur.	sıklık	28	130	59	51	20	288	3,330
		%	9,7	45,1	20,5	17,7	6,9	100	
16	Bina içindeki alanları çekici buluyorum.	sıklık	9	37	78	106	58	288	2,420
		%	3,1	12,8	27,1	36,8	20,1	100	
17	Bina içindeki odalar ve alanların manzaraya göre bir yerleşim olduğu düşüncesindeyim.	sıklık	11	56	64	96	61	288	2,514
		%	3,8	19,4	22,2	33,3	21,2	100	
18	İç mekanlar konforlu ve insanı rahatlatıcıdır.	sıklık	20	54	41	111	61	287	2,516
		%	6,9	18,8	14,2	38,5	21,2	99,7	
19	Binada kendimi evimde hissettiğim mekanlar var.	sıklık	9	35	41	103	100	288	2,132
		%	3,1	12,2	14,2	35,8	34,7	100	

4.3.3.4. Cevaplayıcıların Ortak Alanlara ve Dış Mekan Düzenlemesine İlişkin Değerlendirmeleri

Cevaplayıcıların aile sağlık merkezlerinin ortak alanlarına ve dış mekan düzenlemelerine ilişkin değerlendirmeleri Tablo 48’de verilmiştir. Tablodaki ifadeler incelendiğinde, beş ifade, ifadelerle aynı düşüncede olanların oranıyla, olmayanların oranlarının birbirine yakın olduğu, geriye kalan üç ifade ise, cevaplayıcıların çoğunluğunun bu ifadelere katılmadıkları anlaşılmaktadır. Katılan ve katılmayan oranlarının birbirine yakın olduğu ifadeler sırasıyla; yeterli ve rahat danışma alanının olması, bekleme gibi ortak alanların büyüklüğü, bina girişinin hava koşullardan

koruyacak şekilde tasarlanmış olması, oturma alanlarının yeterli miktarda olması, bekleme ve dolaşım alanlarında engellilerin rahatlıkla dolaşabilmesi, bekleme alanlarındaki ve etrafındaki ihtiyaçların düşünülmüş olması ile ilgili ifadelerdir.

Diğer taraftan, cevaplayıcıların büyük çoğunluğunun, bekleme alanlarında çocuklar için oyun alanı gibi mekanların düşünülmediği, bahçe ve açık alanların konforlu ve davetkar olmadığı, bahçe ve açık alanların oturma, bekleme vb. kullanımlar için düzenlenmemiş olduğu görüşünde oldukları anlaşılmaktadır.

Tablo 48. Cevaplayıcıların Ortak Alanlara ve Dış Mekan Düzenlemesine İlişkin Değerlendirmeleri

	Ortak Alanlara ve Dış Mekan Düzenlemesine İlişkin İfadeler		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Toplam	Ortalama
1	Yeterli ve rahat bir danışma alanı mevcut.	sıklık	38	138	26	55	31	288	3,337
		%	13,2	47,9	9	19,1	10,8	100	
2	Bekleme alanı gibi ortak alanların büyüklüğü yeterli.	sıklık	31	122	17	88	30	288	3,125
		%	10,8	42,4	5,9	30,6	10,4	100	
3	Oturma alanları yeterli miktarda.	sıklık	21	99	25	111	32	288	2,882
		%	7,3	34,4	8,7	38,5	11,1	100	
4	Bekleme alanlarında ve etrafındaki ihtiyaçlar düşünülmüş.	sıklık	21	99	25	111	32	288	2,684
		%	7,3	34,4	8,7	38,5	11,1	100	
5	Bekleme ve dolaşım alanlarında engellilerin rahatça dolaşabilmesi mümkün.	sıklık	26	80	34	105	43	288	2,795
		%	9	27,8	11,8	36,5	14,9	100	
6	Bekleme alanında çocuklar için oyun alanı gibi mekanlar düşünülmüş.	sıklık	11	20	26	118	113	288	1,951
		%	3,8	6,9	9	41	39,2	100	
7	Bahçe ve açık alanlar oturma, bekleme vb. kullanımlar için düzenlenmiş.	sıklık	19	66	19	97	87	288	2,420
		%	6,6	22,9	6,6	33,7	30,2	100	
8	Bahçe ve açık alanlar konforlu ve davetkar.	sıklık	21	50	33	101	83	288	2,392
		%	7,3	17,4	11,5	35,1	28,8	100	
9	Bina girişi, hava koşullarından korunacak şekilde (saçak vb.) tasarlanmış.	sıklık	29	98	45	65	51	288	2,962
		%	10,1	34	15,6	22,6	17,7	100	

4.3.3.5. Cevaplayıcı Özelliklerine Göre Algılama Farklılıklarının Analizi

Bu bölümde cevaplayıcıların cinsiyeti, yaşı ve eğitim düzeyi ile aile sağlığı merkezlerine ilişkin algılamalarında ve değerlendirmelerinde farklılıkların olup olmadığı ortaya konulmaya çalışılmakta ve bu amaçla farklılıklar ANOVA yapılarak incelenmektedir. Tabloların ve açıklamaların basitliği ve anlaşılabilirliği açısından gerek tablolarda gerekse açıklamalarda sadece istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara yer verilmiş, anlamlı olmayan farklılıklara ise yer verilmemiştir. Başka bir deyişle, burada yer verilmeyen ifadeler açısından, cinsiyet, yaş ve eğitime göre fark bulunmamaktadır.

Cinsiyete Göre Farklılıklar

Aile sağlığı merkezlerine yönelik algı ve değerlendirmelerde cinsiyete göre farklılık olup olmadığını belirlemeye yönelik yapılan ANOVA sonuçları 36 ifadeden sadece birisinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir. Tablo 49'dan da görüleceği üzere, yapının algılanışına ilişkin verilen ifadelerden binanın dış görünüşünün çekici gelmesi ifadesine yönelik ifadeye hem kadınların hem de erkeklerin olumsuz görüş bildirmelerine karşılık, olumsuzluğun şiddetinin kadınlarda erkeklerden daha güçlü olduğu anlaşılmaktadır. Geriye kalan ifadelerin hiçbirinde cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 49. Cinsiyete Göre Algılamalardaki Farklılıklar

	Yapının Algılanışına İlişkin İfadeler	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. hata	F	p
4	Binanın dış görünüşü bana çekici geliyor.	Kadın	177	2,48	0,09	3,47	0,06
		Erkek	111	2,75	0,12		
		Erkek	111	3,11	0,12		

Yaşa Göre Farklılıklar

Aile sağlığı merkezlerine yönelik algı ve değerlendirmelerde yaşa göre farklılık olup olmadığını belirlemeye yönelik yapılan ANOVA sonuçları 36 ifadeden yapının algılanışı ile ilgili ifadelerden dördünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir. Tablo 50'de analiz sonuçları verilmiştir. Tablodan, yapının algılanışına ilişkin verilen ifadelerden dışarıdan bakınca yapının sağlık yapısı olarak kolayca anlaşılması, binanın iyileşme-iyi olma mesajı vermesi, binanın güzel bir yapı olarak

algılanması ve binanın dış görünüşünün çekici gelmesi ifadelerinde yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmakta, bu ifadelerin cevaplarında cevaplayıcıların yaşları anlamlı farklılıklara yol açmaktadır. Geriye kalan ifadelerde ise yaş açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 50. Yaşa Göre Algılamalardaki Farklılıklar

	Yapının Algılanışına İlişkin İfadeler	Yaş	N	Ortalama	Std. Hata	F	p
1	Dışarıdan bakınca yapının sağlık yapısı olduğu kolaylıkla anlaşıyor.	18-30	125	3,63	0,11	3,01	0,03
		31-40	77	3,88	0,10		
		41-60	65	3,91	0,11		
		60 ve üzeri	21	4,29	0,16		
2	Bina bana iyi olma-iyileşme mesajı veriyor.	18-30	125	3,08	0,11	2,55	0,05
		31-40	77	3,20	0,12		
		41-60	65	3,39	0,13		
		60 ve üzeri	21	3,71	0,21		
3	Binayı güzel bir yapı olarak algılıyorum.	18-30	125	2,78	0,13	2,85	0,04
		31-40	77	2,79	0,14		
		41-60	65	3,09	0,16		
		60 ve üzeri	21	3,57	0,23		
4	Binanın dış görünüşü bana çekici geliyor.	18-30	125	2,54	0,11	3,83	0,01
		31-40	77	2,39	0,13		
		41-60	65	2,62	0,14		
		60 ve üzeri	21	3,38	0,24		
		31-40	77	3,01	0,13		
		41-60	65	3,15	0,14		
		60 ve üzeri	21	3,38	0,24		

Eğitim Durumuna Göre Farklılıklar

Aile sağlığı merkezlerine yönelik algı ve değerlendirmelerde farklılık olup olmadığını belirlemeye yönelik yapılan ANOVA sonuçları verilen ifadeler açısından en fazla farklılığın eğitim durumuna göre olduğunu ortaya koymuştur. Anket formunda yer alan toplam 36 ifadeden 24'ünde eğitime göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır. ANOVA sonuçları Tablo 51, Tablo 52 ve Tablo 53'de verilmiştir.

Tablo 51’de eğitim durumuna göre yapının algılanışına yönelik farklılıklar verilmektedir. ANOVA sonuçları bu gruptaki toplam sekiz ifadeden beşinde cevaplayıcıların algılamalarında eğitim durumlarına göre farklılık olduğunu göstermektedir. Tablodan, yapının algılanışına ilişkin verilen ifadelerden dışarıdan bakınca yapının sağlık yapısı olarak kolayca anlaşılması, binanın iyileşme-iyi olma mesajı vermesi, binanın güzel bir yapı olarak algılanması, binanın dış görünüşünün çekici gelmesi binanın güzel bir yapı olarak algılanması, binanın çevre ile uyumlu bulunması, binada renk ve doku öğelerinin doğru kullanılması ile ilgili ifadelerde eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmakta, cevaplayıcıların bu ifadelere cevaplarında eğitim durumları anlamlı farklılıklara yol açmaktadır.

Tablo 51. Eğitim Durumuna Göre Yapının Algılanışına İlişkin Farklılıklar

	Yapının Algılanışına İlişkin İfadeler	Eğitim durumu	N	Ortalama	std. Hata	F	p
2	Bina bana iyi olma-iyileşme mesajı veriyor.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,82	0,13	3,18	0,01
		Ortaokul	17	3,24	0,32		
		Lise	43	3,40	0,17		
		Lisans	163	3,06	0,09		
		Lisansüstü	37	3,30	0,16		
3	Binayı güzel bir yapı olarak algılıyorum.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,82	0,15	9,14	0.001
		Ortaokul	17	2,00	0,30		
		Lise	43	3,44	0,20		
		Lisans	163	2,80	0,10		
		Lisansüstü	37	2,51	0,21		
4	Binanın dış görünüşü bana çekici geliyor.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,32	0,17	4,76	0,00
		Ortaokul	17	2,00	0,27		
		Lise	43	2,84	0,21		
		Lisans	163	2,49	0,10		
		Lisansüstü	37	2,38	0,17		
5	Binanın, çevresi ile uyumlu olduğunu düşünüyorum.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,68	0,15	2,94	0,02
		Ortaokul	17	3,18	0,30		
		Lise	43	3,44	0,17		
		Lisans	163	2,99	0,09		
		Lisansüstü	37	3,05	0,20		
8	Binada renk ve doku gibi öğelerin doğru kullanıldığını düşünüyorum.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,57	0,17	4,61	0,00
		Ortaokul	17	2,29	0,25		
		Lise	43	3,44	0,16		
		Lisans	163	2,97	0,10		
		Lisansüstü	37	3,22	0,18		

Tablo 52’da eğitim durumuna göre yapının erişim, ulaşım ve iç mekan düzenlemesine yönelik ifadelerin algılanışına yönelik farklılıklar verilmiştir. ANOVA sonuçları bu gruptaki toplam 19 ifadeden 11’inde cevaplayıcıların algılamalarında eğitim durumlarına göre farklılık olduğunu göstermektedir. Farkların istatistiksel olarak anlamlı çıktığı bu ifadeler, sırasıyla;

- Binanın dış yüzeyinde yer ve yön bulmak için yeterli oranda renk, doku, malzeme farklılıkları olması,
- Yeterli sayıda tuvalet bulunması,
- Mekanların genel olarak yeterli büyüklükte olması,
- Tavan yüksekliğinin yeterli olması,
- Odalarda, bekleme alanlarında gürültünün önlenmesi,
- Bina havalandırmasının yeterliliği,
- Bina içerisinde seçilen malzemelerin kullanıma uygunluğu,
- Bina içindeki alanların çekiciliği,
- Bina içindeki odalar ve alanların manzaraya göre bir yerleşiminin olması,
- İç mekanların konforlu ve insanı rahatlatıcılığı ve
- Binada kendini evinde hissetme ile ilgili ifadelerdir.

Tablo 52. Eğitim Durumuna Göre Yapının Erişim, Ulaşımın ve İç Mekan Düzenlemesine İlişkin Farklılıklar

	Yapının Erişim, Ulaşımın ve İç Mekan Düzenlemesine İlişkin İfadeler	Eğitim	N	Ortalama	Std. Hata	F	p
4	Binanın dış yüzeyinde yer ve yön bulmak için yeterli oranda renk, doku, malzeme farklılıkları vardır.	Eğitimi yok-İlkokul	28	3,32	0,15	3,31	0,01
		Ortaokul	17	2,12	0,26		
		Lise	43	3,12	0,16		
		Lisans	163	2,93	0,09		
		Lisansüstü	37	3,00	0,18		
7	Yeterli sayıda tuvalet bulunmaktadır.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,43	0,17	2,74	0,03
		Ortaokul	17	2,29	0,27		
		Lise	43	3,12	0,16		
		Lisans	163	3,00	0,09		
		Lisansüstü	37	3,03	0,18		
8	Mekanların genel olarak büyüklüğü yeterlidir.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,82	0,15	5,81	0,00
		Ortaokul	17	2,53	0,30		
		Lise	43	3,12	0,18		
		Lisans	163	3,39	0,09		
		Lisansüstü	37	3,78	0,15		
9	Tavan yüksekliği yeterlidir.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,93	0,13	2,56	0,50
		Ortaokul	17	3,88	0,12		
		Lise	43	3,74	0,12		
		Lisans	163	3,85	0,07		
		Lisansüstü	37	4,27	0,09		
11	Odalarda, bekleme alanında gürültü önlenmiştir.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,36	0,22	3,82	0,00
		Ortaokul	17	2,06	0,22		
		Lise	43	2,81	0,17		
		Lisans	163	2,79	0,09		
		Lisansüstü	37	2,92	0,18		
12	Bina havalandırması (Isıtma/soğutma) yeterlidir.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,82	0,18	3,03	0,02
		Ortaokul	17	2,94	0,28		
		Lise	43	3,00	0,18		
		Lisans	163	3,27	0,09		
		Lisansüstü	37	3,54	0,17		
15	Genel olarak bina içinde seçilen malzemeler kullanıma uygundur.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,89	0,12	2,51	0,05
		Ortaokul	17	3,47	0,19		
		Lise	43	3,26	0,19		
		Lisans	163	3,23	0,09		
		Lisansüstü	37	3,35	0,17		
16	Bina içindeki alanları çekici buluyorum.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,04	0,16	5,22	0,00
		Ortaokul	17	1,77	0,20		
		Lise	43	2,58	0,16		
		Lisans	163	2,40	0,09		
		Lisansüstü	37	2,16	0,14		
17	Bina içindeki odalar ve alanların manzaraya göre bir yerleşim olduğu düşüncesindeyim.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,21	0,17	3,93	0,00
		Ortaokul	17	2,00	0,26		
		Lise	43	2,58	0,18		
		Lisans	163	2,46	0,09		
		Lisansüstü	37	2,38	0,17		
18	İç mekanlar konforlu ve insanı rahatlatıcıdır.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,29	0,20	5,53	0,00
		Ortaokul	17	1,65	0,21		
		Lise	43	2,63	0,20		
		Lisans	162	2,46	0,10		
		Lisansüstü	37	2,43	0,17		
19	Binada kendimi evimde hissettiğim mekanlar var.	Eğitimi yok- İlkokul	28	2,86	0,17	6,05	0,00
		Ortaokul	17	1,35	0,15		
		Lise	43	2,23	0,19		
		Lisans	163	2,12	0,09		
		Lisansüstü	37	1,87	0,16		

Son olarak, Tablo 53’de eğitim durumuna göre ortak alanlara ve dış mekan düzenlemesine yönelik ifadelerle yönelik farklılıklar verilmektedir. ANOVA sonuçları bu gruptaki toplam dokuz ifadeden sekizinde cevaplayıcıların algılamalarında eğitim durumlarına göre farklılık olduğunu göstermektedir. Tabloda da verildiği gibi, bu grupta yer alan ifadelerden sadece bina girişinin, hava koşullarından korunacak şekilde (saçak vb.) tasarlanmış olması ifadesinde cevaplayıcıların değerlendirmelerinde eğitim durumuna göre bir farklılık ortaya çıkmamış; bunun dışındaki tüm ifadelerde eğitim durumuna göre değerlendirme ve algılama farklılıklarının olduğu görülmüştür.

Tablo 53. Eğitim Durumuna Göre Ortak Alanlara ve Dış Mekan Düzenlemesine İlişkin Farklılıklar

	Ortak Alanlara ve Dış Mekan Düzenlemesine İlişkin İfadeler	Eğitim	N	Ortalama	Std. Hata	F	p
1	Yeterli ve rahat bir danışma alanı mevcut.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,79	0,12	3,05	0,02
		Ortaokul	17	2,65	0,39		
		Lise	43	3,07	0,18		
		Lisans	163	3,36	0,10		
		Lisansüstü	37	3,51	0,19		
2	Bekleme gibi ortak alanların büyüklüğü yeterli.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,64	0,19	3,12	0,02
		Ortaokul	17	2,65	0,39		
		Lise	43	3,26	0,18		
		Lisans	163	2,98	0,10		
		Lisansüstü	37	3,43	0,20		
3	Oturma alanları yeterli miktarda.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,68	0,19	5,08	0,00
		Ortaokul	17	2,41	0,31		
		Lise	43	3,00	0,18		
		Lisans	163	2,72	0,09		
		Lisansüstü	37	3,08	0,20		
4	Bekleme alanlarında ve etrafında ki ihtiyaçlar düşünülmüş.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,36	0,17	5,12	0,00
		Ortaokul	17	1,94	0,29		
		Lise	43	2,84	0,15		
		Lisans	163	2,62	0,09		
		Lisansüstü	37	2,62	0,17		
5	Bekleme ve dolaşım alanlarında engellilerin rahatça dolaşabilmesi mümkün.	Eğitimi yok- İlkokul	28	3,46	0,21	7,37	0,00
		Ortaokul	17	1,65	0,21		
		Lise	43	3,16	0,17		
		Lisans	163	2,74	0,10		
		Lisansüstü	37	2,62	0,20		
6	Bekleme alanında çocuklar için oyun alanı gibi mekanlar düşünülmüş.	Eğitimi yok- İlkokul	28	2,39	0,17	3,50	0,01
		Ortaokul	17	1,41	0,19		
		Lise	43	2,12	0,13		
		Lisans	163	1,96	0,09		
		Lisansüstü	37	1,65	0,14		
7	Bahçe ve açık alanlar oturma, bekleme vb. kullanımlar için düzenlenmiş.	Eğitimi yok- İlkokul	28	2,96	0,23	3,60	0,01
		Ortaokul	17	1,59	0,26		
		Lise	43	2,67	0,20		
		Lisans	163	2,37	0,10		
		Lisansüstü	37	2,30	0,21		
8	Bahçe ve açık alanlar konforlu ve davetkar.	Eğitimi yok- İlkokul	28	2,89	0,21	3,47	0,01
		Ortaokul	17	1,53	0,26		
		Lise	43	2,58	0,19		
		Lisans	163	2,36	0,10		
		Lisansüstü	37	2,32	0,22		

4.3.4. Bölüm Sonucu

Yapılan anket çalışmasının sonuçları incelendiğinde cevaplayıcıların büyük bir bölümünü üniversite mezunları (%56,6'sı) ve 18-30 yaş grubu (%44,4'ü) kişiler oluşturmaktadır. En yüksek yüzdeler dilime sahip ifadeler dikkate alınarak değerlendirmelere genel olarak bakıldığında kullanıcılar yapıyı dolaştıklarında korku ve tedirginlik duymakta, yapıya dışarıdan baktıklarında itici bulmaktadır. Cevaplayıcıların çoğunluğu yapı girişinin kolay algılandığını, yapının insan ölçeğinde tasarlandığını, yapının sağlık yapısı olduğunun anlaşıldığını, fakat estetik olmadığını düşünmektedir.

Erişim, ulaşım ve iç mekan düzenlemesine ilişkin değerlendirmelere göre; araç ile binaya kolay ulaşıldığı, tavan yüksekliğinin yeterli olduğu, engelli insanlar ve çocuk arabalı ebeveynler için kolay erişimin sağlandığı, ilişkili odaların birbirine yakın konumlandırıldığı, aydınlatmanın yeterliliği ve personel-hasta mahremiyetinin sağlandığı görüşünde oldukları anlaşılmaktadır. Diğer taraftan, kendilerini evlerindeki gibi konforlu ve rahat hissettikleri mekanların olmadığı, iç mekanların estetik olmadığı, manzaraya göre bir yerleşimin olmadığını fikrine sahiplerdir.

Cevaplayıcıların ortak alanlara ve dış mekan düzenlemesine ilişkin, bekleme alanlarında çocuklar için oyun alanı gibi mekanların düşünülmediği, bahçe ve açık alanların konforlu ve davetkar olmadığı, bahçe ve açık alanların oturma, bekleme vb. kullanımlar için düzenlenmemiş olduğu görüşünde oldukları anlaşılmaktadır. Geriye kalan ifadeler katılanların oranıyla katılmayanların oranlarının birbirine çok yakın olduğu söylenebilir.

Yapının algılanışına ilişkin binanın dış görünüşünün çekici gelmesi ifadesine yönelik hem kadınların hem de erkeklerin olumsuz görüş bildirmelerine karşılık, olumsuzluğun şiddetinin kadınlarda erkeklerden daha güçlü olduğu anlaşılmaktadır. Cevaplayıcıların yaşları arttıkça yapının sağlık yapısı olduğunun kolaylıkla anlaşıldığı görülmektedir. Genel değerlendirmede, yapı iyi olma-iyileşme mesajı veriyor ifadesine katılan ve katılmayanların oranı birbirine çok yakın olmasına rağmen, yaş ortalaması arttıkça bu ifadeye katılma oranı artmaktadır. Cevaplayıcıların çoğunluğu yapının itici ve estetik olmadığı görüşünde olmalarına karşın, yaş arttıkça olumsuzluk derecesinin azaldığı görülmektedir.

Genel olarak yapının algılanışı ile ilgili iyi olma-iyileşme mesajı veriyor, çevresi ile uyumlu ve yapıda renk, doku gibi öğelerin doğru kullanıldığını düşünüyorum ifadesine katılanların oranıyla katılmayanların oranının yaklaşık olarak aynı olmasının yanı sıra, eğitimi yok-ilkokul mezunu ve lise mezunu cevaplayıcıların diğer eğitim durumundaki cevaplayıcılara göre katılma oranının fazla olduğu anlaşılmaktadır. Genel değerlendirmede yapının estetik ve çekici gelmesi ifadesine karşılık, olumsuz bir sonuç ortaya çıkmış olmasına rağmen, eğitimi olmayan veya ilkokul mezunlarının bu genellemeye katılmayarak yapıyı estetik ve çekici buldukları söylenebilir.

Katılanların oranıyla katılmayanların oranlarının birbirine çok yakın olduğu yapının erişim, ulaşım ve iç mekan düzenlemesine ilişkin cephede yer ve yön bulmak için renk, doku, malzeme farklılıkları vardır, yeterli sayıda tuvalet bulunmaktadır, mekanlarda gürültü önlenmiştir, seçilen malzemeler kullanıma uygundur, bina havalandırması (ısıtma/soğutma) ve mekanların genel olarak büyüklüğü yeterlidir ifadelerine ağırlıklı olarak eğitimi olmayan ve ilkokul mezunlarının olumlu olarak katıldıkları görülmektedir. Cevaplayıcılar kendilerini evlerinde hissettiren, konforlu ve rahat mekanların olmadığı, iç mekanların estetik olmadığı, manzaraya göre bir yerleşimin olmadığını fikrine sahip olsalar bile eğitimi yok-ilkokul mezunlarında olumsuzluğun şiddetinin azaldığı veya katılanların oranıyla katılmayanların oranlarının birbirine yakın olduğu anlaşılmaktadır. Tavan yüksekliği yeterli olduğuna yönelik ifadeye eğitim durumu ne olursa olsun bütün kullanıcıların olumlu görüş bildirmelerine karşılık, katılma şiddetinin lisansüstü mezunlarında daha güçlü olduğu tespit edilmiştir.

Ortak alanlara ve dış mekan düzenlemesine ilişkin yeterli ve rahat bir danışma alanı mevcut, bekleme gibi ortak alanların büyüklüğü yeterli, oturma alanları yeterli miktarda, bekleme alanlarında ve etrafındaki ihtiyaçlar düşünülmüş, bekleme ve dolaşım alanlarında engellilerin rahatça dolaşabilmesi mümkün ifadelerine karşılık olumlu düşünenlerle olumsuz düşünenlerin oranının aynı olduğu, fakat eğitimi yok-ilkokul mezunlarının bu ifadelere olumlu olarak katıldıkları tespit edilmiştir. Bekleme alanında çocuklar için oyun alanı gibi mekanlar düşünülmüş, bahçe ve açık alanlar oturma, bekleme vb. kullanımlar için düzenlenmiş, bahçe ve açık alanlar konforlu ve davetkar ifadelerine kullanıcıların katılmadığı, eğitimi yok-ilkokul mezunlarında ise olumsuzluk şiddetinin azaldığı görülmektedir.

5. BÖLÜM

SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Sağlık problemi ilk bakışta kişiyi ilgilendiriyor gibi görünse bile, öncelikle yakın çevresini ve daha sonra yarattığı sosyal ve ekonomik aksaklıklarla toplumu ilgilendirdiği için etkisi görüldüğünden daha fazladır. Ülkemizde sağlığa ve sağlık hizmetinin sunulduğu, iyileşmeye yadsınamaz bir katkısı bulunan sağlık mekanlarına gereken önem verilerek sağlık düzeyinde gelişme sağlandığında, bunun beşeri sermayenin verimliliğini artıracak ve böylece ekonomik büyümenin de bundan olumlu etkileneceğini söyleyebiliriz. Bu bölümde, gelecekteki aile sağlığı merkezi tasarımlarına kılavuz olması amacıyla, yapılan literatür araştırması ve incelenen örnekler neticesinde mevcut aksaklıklar belirlenmekte ve tasarıma ilişkin önerilerde bulunmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinin tasarım ve uygulama aşamasında görülen aksaklıklar aşağıdaki gibidir;

- Çoğu aile sağlığı merkezi yapıları kopya ve tip projelerden elde edilmektedir. Kısa sürede çözüm gibi görünen bu projeler, bağlamla ilişkisi olmayan, hastalıklı yapıların üretimini sağlamaktadır.
- Belediyeler veya hayırseverler tarafından tahsis edilen arazilere konumlanan aile sağlığı merkezlerin çoğu, sosyal bir çevre oluşumuna izin vermemektedir.
- Kurumlar arası koordinasyon eksikliğinden dolayı tasarım ve uygulama aşamasında denetimin sistemli yapılamadığı, sunulan hizmetin hızlıca hayata geçirilmesi adına sosyal ve fiziki ihtiyaçların yeterince düşünülmediği, kaliteli projeler ve yapılar için yeterli finansmanın ayrılmadığı görülmektedir.
- Aile sağlığı merkezlerinde aranan asgari fiziki şartlarda, gerekli olan mekanlar ve bu mekanların asgari alan ölçüleri üzerinde durulduğu görülmektedir. Mimari

tasarım kriterlerinin sadece asgari mekan büyüklüğüne indirgendiği bir yaklaşım söz konusudur.

- Aile sağlığı merkezi yapılarının tasarımında yalnızca maliyet ve asgari standartların önemsendiği bir yaklaşım görülmektedir. Sağlık mekanlarının, sadece fiziksel işlevini yerine getirmesinin yeterli bulunduğu bir anlayışla üretilmektedir. Yalnızca fiziksel işlevin düşünüldüğü sağlık yapıları, iyileşme mekanları bağlamında ve tasarımında sığ kalmaktadır.
- Ekonomik sebeplerden dolayı oluşan kaygıların, iyileştiren yapılar için gerekli olan tasarım kriterlerini perdelediği anlaşılmaktadır.
- Hasta sağlığı üzerinde sağlık yapılarının ve çevrelerinin etkileri ile ilgili araştırmaların, bina tasarımlarına ve uygulamalarına yansımadağı görülmektedir.
- Sağlık yapıları, zamanla ekonomik, siyasi, toplumsal vb. nedenlerden dolayı, insan için var olma amacından uzaklaşmasından sonra hasta odaklı tasarım yaklaşımı ile kullanıcıların fiziki ve psikolojik ihtiyaçlarının ön planda olduğu tasarım anlayışıyla bu amaca hizmet eden bir yaklaşım söz konusudur. Günümüzde sağlık yapılarının, hasta odaklı tasarım anlayışı ile iyileştiren mekanlar olarak ele alınması ve psikolojik ihtiyaçlara cevap vermesi gerekliliği üzerine araştırmalar ve çalışmalar yapılmaya başlanmış, fakat uygulamada henüz görülememektedir.
- Sağlık yapıları denince insanların aklına gelen ilk çağrışımlar ağırlıklı olarak korku, endişe, stres gibi olumsuz duygular olmasına rağmen, hastalara güven veren, sakinleştiren, iyileşmeyi teşvik eden mekanlar oluşturmaya öncelik verilmediği görülmektedir. Sağlık hizmeti veren yapılar genellikle işlevsel verimlilik, maliyetler, fiziksel işlevler üzerine düşünüldüğü için hastaların psikolojik ve sosyal ihtiyaçları göz ardı edilmiştir.

Bu tez kapsamında incelenen aile sağlığı merkezi yapılarının daha nitelikli olması için mekansal, işleyiş ve mevzuata ilişkin öneriler aşağıda sınıflandırılmıştır.

Mekansal Öneriler

- Sağlık yapılarının yer seçimi ekonomik kaygılardan daha çok sosyal bir mekan ve çevre oluşumuna izin veren yerlere konumlanacak biçimde olmalıdır. Sosyal bir mekan oluşumuna izin veren sağlık yapıları ile hasta ve yakınları sorun yaşayacağı

bir yere girdiği hissinden uzaklaşarak, günlük yaşamını sürdürmeye devam edebildiği bir çevre ile etkileşime geçmektedir.

- Sadece fiziksel işlevini yerine getirmesinin yeterli olduğu kaanatiyle üretilen sağlık yapılarında, benimsenen bu yaklaşımın sorgulanması gerekmektedir. İyileşme mekanları için fiziksel ihtiyaçlarla birlikte mekanda zihinsel ve deneyimsel pratiklerin de düşünülmesi gerekmektedir.
- Ekonomik sebepler yüzünden, sadece iç mekanı oluşturup işletilebilir hale getirilen sağlık yapılarında, tasarım sürecine açık mekan ve yarı açık mekan tasarımı dahil edilerek kapalı mekanlarla bütüncül olarak ele alınmalıdır.
- Yalnızca engelli kullanıcıların yapıya ulaşması için rampa ve asansör çözümüne indirgenerek içi boşaltılan erişebilirlik kavramı, ilişkili bütün mekanlara toplumdaki engelli ve dönemsel zorluk yaşayan dezavantajlı kişiler, çocuklar, yaşlılar, sağlıklı yetişkinler dahil olmak üzere bütün kullanıcıların erişebilirliğinin sağlandığı bir tasarım yaklaşımı olarak benimsenmelidir.
- Sağlık yapılarında, manzaranın olmadığı durumlarda dış mekanlardaki düzenlemeler, yeşillendirilmiş iç avlular ile kullanıcıların görsel ve fiziksel teması sağlanarak, doğanın hastalar üzerindeki pozitif uyaranlar ile iyileştirici gücünden yararlanılmalıdır.
- Aile sağlığı merkezi, doğumdan itibaren bebeklik döneminde aşı ve rutin kontroller gibi sebeplerle çocuklu ailelerin en sık deneyimlediği yapılar olduğu için, çocukların fiziki, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının da gözetildiği bir tasarım anlayışı benimsenmelidir.
- Giriş alanları, kişilerin yapılar ile ilk ilişki kurdukları, ilk ve son izlenimin olduğu mekanlardır. İyi bir çevre ile kullanıcıların yapıya yaklaşımı düşünülerek tasarlanmış sağlık yapılarında, girişteki misafirperver karşılanma ile iyi bir hizmet verileceği izlenimi verilirse, hastada oluşan güven duygusu ile yaşanan stres daha giriş mekanında azalmış olacaktır.
- Farklı kullanıcılara hizmet veren aile sağlık merkezi yapılarında ses yalıtımı, üzerinde durulması gereken bir konudur. Örneğin, enjeksiyon yapılan bir çocuğun ağlama sesinin diğer mekanlarda algılanmasıyla; yakınları, diğer çocuklar ve hastalar üzerinde korku, endişe gibi negatif duygular oluşturmakta ve iyileşme

sürecine olumsuz katkı sağlamış olmaktadır. Bu nedenle, sağlık yapılarında ses yalıtımı ve gürültü kontrolü çok önemli olduğu için buna uygun ses yutucu malzemeler kullanılmalıdır.

- Günümüzde stresin, anksiyetenin sağlığa olan olumsuz etkileri herkes tarafından bilindiği halde, iyileştirme odaklı hizmet veren sağlık yapılarının, hasta ve yakınları üzerindeki olumsuz etkileri yeterince düşünülmemektedir. İyileşmek için tasarlanmış yapılar için, mimarinin duygusal ve iyileştirici yönlerine önem ve öncelik verilmemesi dikkat çekicidir. Sağlık yapıları mekanlarının ve çevrelerinin, sürekli etkileşim halinde oldukları kullanıcıları üzerindeki psikolojik etkileri sorgulanmalı ve psikolojik olarak destekleyici nitelikte tasarlanmalıdır.

İşleyişe İlişkin Öneriler

- Mimarlık ve sağlık sektörü daha yakın temasda bulunmalıdır ve mimarlara sağlık sektöründe daha fazla yer verilerek kullanıcılarının beklentisi doğrultusunda yenilikçi tasarım önerileri ve çözümleri konusunda teşvik edilmelidir.
- Kamu kurumlarının tasarım, kontrol, uygulama aşamalarındaki sorumlulukları konusunu gözden geçirmeleri ve gereken hassasiyeti göstermeleri gerekmektedir. Sağlık yapıları araştırma ve bilgi esaslı, tasarım ve proje aşamasında birçok girdi ile bütüncül olarak ele alınmalıdır. Tasarım konusunun ağırlığı gibi ürün elde edilene kadar tüm süreçlere gereken zaman ve emek verilmelidir.
- Değerlendirme aracına tabi olmayan aile sağlığı merkezleri tarafından; gelişmek, hizmet kalitesini arttırmak, güvenli ve iyileştirici bir çevre sağlamak üzere, hasta odaklı bir yaklaşımla asgari standartların oluşturulduğu ve buna göre mimari tasarımının kalitesinin de değerlendirildiği bir akreditasyon sistemi uygulanabilir.

Mevzuata İlişkin Öneriler

- İhtiyaç programı için gerekli mekanlar ve bu mekanların asgari alan ölçülerine indirgendiği aile sağlığı merkezi asgari fiziki şartlar; fiziki, sosyal ve psikolojik ihtiyaçların birlikte ele alındığı bir kılavuz haline dönüşmelidir.

- Aile sağlığı merkezi iyileşmeye fiziksel özellikleriyle katkıda bulunabilen, sadece kişilerin hasta olunca müracaat etmediğı, sağlıklı zamanlarında da yaşam kalitelerini korumak için başvurdukları donatılmış yapılar haline dönüşmelidir.
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiğı birinci basamak sağlık yapısı olan aile sağlığı merkezlerine; masaj, akupunktur, reiki, yoga gibi duygusal ve fiziksel stresi azaltan, rahatlatıcı, sağlığın korunmasında ve iyileşme sürecinde destekleyici rolü olan uygulamalar için uygun, birçok kullanıma izin veren esnek mekanlar eklenmelidir.

Dünyada hızla yayılan COVID-19 salgını Dünya Sağlık Örgütü tarafından 11 Mart 2020’de pandemi olarak ilan edilmiştir. Türkiye’de ilk olarak 11 Mart 2020 tarihinde görülmüş ve pandemi ile mücadele için aile sağlığı merkezlerinde olmak üzere bir çok alanda çeşitli önlemler ve tedbirler alınmıştır. Bu tez çalışma sürecinin bir kısmına denk gelen pandemi gibi salgınların tekrarlaması durumuna karşı aile sağlığı merkezlerinin tasarım kriterleri tekrar sorgulanmalıdır. Giriş mekanları, bekleme alanları sosyal mesafeyi koruyacak nitelikte ve büyüklükte tasarlanmalıdır. Tüm mekanlarda doğal havalandırma sağlanmalıdır. Bulaş riskinin azaltılması için dış mekanlar, hasta ve yakınının sırasını açık havada bekleme ihtiyacına cevap verecek şekilde tasarlanmalıdır. Özellikle elle sık temas edilen yüzeylerde olmak üzere tüm mekanların malzeme seçimine dikkat edilmelidir.

Günümüzde sağlık yapılarında tasarım yaklaşımı ve uygulamaya yönelik vahim problemler görülmektedir. Genel olarak sadece asgari standartların karşılandığı uygulamalarla karşılaşmaktadır. Engelli kullanıcılardan sadece yürüme engelliler için çoğı zaman uygun olmayan eğimlerde rampalar veya görme engelliler için kısmi, yol tarifleyen hissedilebilir zemin kaplaması yapılarak asgari yaptırımların karşılanması amaçlanmaktadır. Sadece yönetmelik, standart, yasal dayatmalara uyan bina yapmanın ötesinde sağlıklı ve engelli dezavantajlı bireylerin birlikte olabileceğı, herkes için eşit erişilebilir tasarım kararları alınması doğrultusunda işveren, tasarlayan ve toplum bilinçlendirilmelidir. Her açıdan düşünülmüş, iyileştiren mekanlara sahip, hasta odaklı bir yaklaşımı benimseyerek tasarlanmış, toplumun tamamını ilgilendiren sağlık yapıları ile; uzun süre kullanılabilinen, zamansız, sağlığa olan katkılarından dolayı toplumun refah seviyesini artıran özelliğı sahip, uzun vadede kopya projelere göre daha ekonomik yapılar elde edileceğı düşünülmektedir.

Zamanla iyileştirici mekanların oluşturulmasına önem verilmiş olsa bile bu alanda yapılmış araştırmalar ve uygulamalar henüz yeterli değildir. Bu değişen olumlu yaklaşımın hastaların ilk başvuru noktası olan aile sağlığı merkezi gibi küçük ölçekli sağlık yapılarına da yansıması beklenmektedir. Sağlığı önemli derecede etkileyecek bu alanda tasarımcıların katkı sağlama fırsatları bulunmaktadır.



KAYNAKÇA

1. Akdur, R., 1999. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması. Ankara, 37.
2. Fişek, N. H., 1983. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, İkinci Baskı, Ankara. 231.
3. Altay, A., 2007. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. **Sayıştay Dergisi**, **18** (64): 33-58.
4. Taban, S., 2006. Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi. **Sosyo Ekonomi**, **4** (4): 31-46.
5. Mazgit, İ., 2002. Bilgi Toplumu ve Sağlığın Artan Önemi. *I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, Hereke-Kocaeli, 405-415.
6. Şenatalar, B., 2003. Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış. **C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi**, **25** (4), 25-30.
7. Yıldırım, S., 1994. **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**. DPT Yayını, Ankara, 190.
8. Eren, N., Tanrıtanır, N., 1998. Cumhuriyet ve Sağlık. Türk Tabipleri Birliği, 56.
9. Akdağ, R., 2012. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, 444.
10. [http://cumhuriyetinbaskenti.ankara.edu.tr/seri-4-foto-hilmi/#!jig\[1\]/ML/13420](http://cumhuriyetinbaskenti.ankara.edu.tr/seri-4-foto-hilmi/#!jig[1]/ML/13420), (Erişim tarihi: Mart 2020).
11. <http://www.mimarlikdergisi.com/index.cfm?sayfa=mimarlik&DergiSayi=375&RecID=2845>, (Erişim tarihi: Mart 2020).
12. [http://cumhuriyetinbaskenti.ankara.edu.tr/seri-23-editor-tarik-edip/#!jig\[1\]/ML/16375](http://cumhuriyetinbaskenti.ankara.edu.tr/seri-23-editor-tarik-edip/#!jig[1]/ML/16375), (Erişim tarihi: Mart 2020).
13. T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014. Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik. Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, 108.

14. Kasapoğlu, A., 2016. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. **Sosyoloji Araştırmaları Dergisi**, **19** (2), 131-174.
15. Akdağ, R., 2007. Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002-Haziran 2007. T. C. Sağlık Bakanlığı Yayını, 92.
16. Fişek, N. H., 1983. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, 231.
17. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961. (Web sayfası: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf>), (Erişim tarihi: Aralık 2020).
18. Kurt, Ö., Şaşmaz, T., 2012. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003. **Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi**, **2** (1), 21-30.
19. <https://www.dromersumer.com/blog/saglik-ocagi-calisma-saatleri/>, (Erişim tarihi: Ocak 2020).
20. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Daire Başkanlığı, **Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İlişkileri**. 75.
21. Ünlüoğlu, İ., 2012. Aile Hekimliğinin Tarihçesi ve Gelişimi, 1-9. *In: Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi* (Eds: İ. Ünlüoğlu, A. Yıldırım Kaptanoğlu, C. Özer). TAHEV, İstanbul.
22. Aslaner, M. A., 1994. A.Ü. Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği ve Sağlık Ocağı Binası. **Mimarlık Dergisi**, **259**, 27-30.
23. Soyer, A., 2000. 1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?. **Toplum ve Hekim Dergisi**, **15** (4), 259-264.
24. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013. (Web sayfası: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>), (Erişim tarihi: Aralık 2020).
25. T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2018. (Web sayfası: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/34225,tc-saglik-bakanligi-faaliyet-raporu-2018pdf.pdf?0&_tag1=D41FAD613499B70338F7A1337C05BF50936BB04F), (Erişim tarihi: Aralık 2020).

26. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Daire Başkanlığı, 2018. Mevzuat Kitabı. 495.
27. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği. (Web sayfası: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20101237.pdf>), (Erişim tarihi: Aralık 2020).
28. Çelikay, F., Gümüş, E., 2010. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 11 (1), 177-216.
29. Önal, M., 1971. Sağlık Hizmetlerinin ve Sağlık Yapılarının Durumu Gözetilecek Kriterler. **Mimarlık Dergisi**, 96, 27-28.
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. (Web sayfası: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>), (Erişim tarihi: Aralık 2020).
31. Özgen, E., 2018. İnsan-Mekan Etkileşiminde Sağlık Yapıları ve Mekanın İyileştirici Rolü. **Anadolu Üniversitesi Sanat ve Tasarım Dergisi**, 8 (2), 184-195.
32. T. C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu. (Web sayfası: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/414>), (Erişim tarihi: Aralık 2020).
33. Şenkal Sezer, F., 2015. Sağlık Ocaklarında Konfor Koşullarının Değerlendirilmesi: Bursa/Nilüfer Örneği. **Çukurova Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi**, 28 (1), 197-208.
34. Güç, B., 2013. Kompleks Bir Yapıda Mekanın Algısal Kaliteye Etkisi: SDÜ Hastanesi Örneği. **SDU International Journal of Technological Science**, 5 (2): 145-155.
35. Tuncer Gürkaş, E., Barkul, Ö., 2012. Yer Üzerine Kavramsal Bir Okuma Denemesi. **Sigma**, 4, 1-11.
36. Sungur Ergenoğlu, A., Aytuğ, A., 2007. Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi. **Megaron YTÜ Mim. Fak. E-Dergisi**, 2 (1), 44-63.

37. Gezer, H., 2014. Hastanelerde ve Sağlık Merkezlerinde Erişilebilirlik. **İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi**, **13** (25), 113-133.
38. Olguntürk, N., 2015. Hastaneler: Klinik Olmayan Alanlar İçin Tasarım Önerileri. **Dosya**, **36**, 35-42
39. Demirkan, H., 2015. Mekanlarda Erişilebilirlik, Kullanılabilirlik ve Yaşanabilirlik. **Dosya**, **36**, 1-5
40. Mamatoğlu, N., 2015. Türkiyede Engelliler İçin Erişilebilirlik Uygulamaları Algısı. **Dosya**, **36**, 6-13
41. Sungur Ergenoğlu, A., Yıldız, S., 2013. Fiziksel Erişebilirlik, 123-172. *In: Engelsiz Türkiye İçin: Yolun Neresindeyiz? Mevcut Durum ve Öneriler.* Sabancı Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
42. Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, 2010. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), 82/ 32-33.
43. PHOS (Platform Handicap & Ontwikkelingssamenwerking). Accessibility for the Disabled A Design Manual for a Barrier Free Environment. Belgium, 59.
44. Otopark Yönetmeliği, 2018. Resmi Gazete Sayısı:30340.
45. Schweitzer, M., Gilpin, L., Frampton, S., 2004. Healing Spaces: Elements of Environmental Design That Make an Impact on Health. **Journal of Alternative & Complementary Medicine**, **10** (1), 71-83.
46. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000. Resmi Gazete Sayısı: 24046.
47. Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği, 2013. **Resmi Gazete** Sayısı: 28855.
48. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, 2015. Resmi Gazete Sayısı: 29256.
49. Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 2006. Resmi Gazete Sayısı: 26369.
50. Karayolları Kenarında Yapılacak ve Açılacak Tesisler Hakkında Yönetmelik, 1997. Resmi Gazete Sayısı: 22990.
51. Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, 2017. Resmi Gazete Sayısı: 29959.

52. Atık Yönetimi Yönetmeliği, 2015. Resmi Gazete Sayısı: 29314
53. Planlı Alanlar İmar Yönetmeliği, 2017. Resmi Gazete Sayısı: 30113.
54. Mekansal Planlar Yapım Yönetmeliği, 2014. Resmi Gazete Sayısı: 29030.
55. Çevresel Gürültünün Değerlendirilmesi ve Yönetimi Yönetmeliği, 2010. Resmi Gazete Sayısı: 27601.
56. Karayolları Trafik Yönetmeliği, 1997. Resmi Gazete Sayısı: 23053.
57. Kıyı Kanununun Uygulanmasına Dair Yönetmelik, 1990. Resmi Gazete Sayısı: 20594.
58. Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği, 2008. Resmi Gazete Sayısı: 26960.
59. Su Kirliliği Kontrolü Yönetmeliği, 2004. Resmi Gazete Sayısı: 25687.
60. Türkiye Bina Deprem Yönetmeliği, 2018. Resmi Gazete Sayısı: 30364.
61. Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, 2007. Resmi Gazete Sayısı: 26735.
62. Belediye Su ve Kanalizasyon Hizmetlerinde Uyulacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik, 2012. Resmi Gazete Sayısı: 28253.
63. Doğal Gaz Piyasası İç Tesisat Yönetmeliği, 2002 Resmi Gazete Sayısı: 24880.
64. Sığınak Yönetmeliği, 1988. Resmi Gazete Sayısı: 19910.
65. Tempia, E., 1971. Çevre ve Hasta. **Mimarlık Dergisi**, 96, 29-32.
66. Ulrich, R. S., Evidence Based Environmental Design for Improving Medical Outcomes. Center for Health Systems and Design, Texas A&M University College Station, Texas, USA.
67. <https://foodstudio.no/blog/column/the-vidar-clinic-a-place-to-nurture-and-heal-your-whole-being/>, (Erişim Tarihi: Aralık 2019).
68. <http://www.mynewsdesk.com/se/vidarrehab/pressreleases/stiftelsen-vidarkliniken-avvecklar-verksamheten-foer-gott-2905798>, (Erişim Tarihi: Ekim 2020).

69. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı, Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Planlama ve Organizasyon Daire Başkanlığı, 2012. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Prototip Proje İhtiyaç Listesi Rehberi, 83.
70. Enginöz, E. B., 2015. Erişebilir Mimarlık. (Web sayfası: <http://www.mimarlikdergisi.com/index.cfm?sayfa=mimarlik&DergiSayi=395&RecID=3576>), (Erişim Tarihi: Aralık 2020).
71. Erkman, O., 2017. Mekansal Komşuluk Kavramı Üzerinden Mimari Mekanın Analizi. **Çukurova Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi**, 32 (1), 165-176.
72. Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın Ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı, 2017. (Web sayfası: <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/15343,aile-sagligi-hizmetlerinde-kadin-ve-ureme-sagligi-izlem-ve-danismanligipdf.pdf?0>), (Erişim Tarihi: Aralık 2020).
73. Türkiye Özürlüler Araştırması, 2002. (Web sayfası: <https://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0014899.pdf>), (Erişim Tarihi: Aralık 2020).
74. Scherrer, V., 2001. Neden Ulaşılabilirlik Hakkında Düşünmeliyiz, 38-42. In: Herkes için Ulaşılabilirlik Seminer Notları, Cem OFD-Omurilik Felçlileri Derneği Yayınları, İstanbul.
75. Sürmen, Ş., 2001. Ulaşılabilirlik, Standartlar ve Uygulamalar, 42-59. In: Herkes için Ulaşılabilirlik Seminer Notları, Cem OFD-Omurilik Felçlileri Derneği Yayınları, İstanbul.
76. Ersoy, Z., 2010. Mimari Tasarımda “Kullanıcı Odaklı” Süreçler. (Web sayfası: <http://www.mimarlikdergisi.com/index.cfm?sayfa=mimarlik&DergiSayi=365&RecID=2288>), (Erişim Tarihi: Aralık 2020).
77. <http://new.rushi.net/Home/Works/detail/id/125343.html>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
78. <http://bcq.es/portfolio/primary-health-care-center-dr-pujol-i-capsada/>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
79. <https://archello.com/project/primary-healthcare-center-in-sant-cosme>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).

80. <http://bcq.es/portfolio/primary-healthcare-center/>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
81. https://www10.aeccafe.com/blogs/arch-showcase/2019/09/18/dr-masdevall-primary-health-care-center-in-figueres-spain-by-bcq-arquitectes/?fbclid=IwAR2n-sZhn4tb5JQThvn16W_fKi1OU-hHi_EgaiMNWZsHFV0qbOQ2J1JuDZc, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
82. <https://architizer.com/projects/north-mediterranean-health-centre/>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
83. https://www.archdaily.com/257810/north-mediterranean-health-center-ferrer-arquitectos?ad_medium=gallery, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
84. <https://www.designboom.com/architecture/ferrer-arquitectos-north-mediterranean-health-center/>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
85. <https://www10.aeccafe.com/blogs/arch-showcase/2012/01/31/north-mediterranean-health-centre-in-almeria-spain-by-ferrer-architects/>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
86. <https://www.dezeen.com/2015/05/29/ruukki-health-centre-medical-clinic-alt-arkkitehdit-finland-forest-meandering-timber-wall/>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
87. <https://www.arch2o.com/health-clinic-ruukki-alt-architects-karsikas/>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
88. <https://www.archdaily.com/635989/health-clinic-ruukki-alt-architects-karsikas>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
89. <https://www.designboom.com/architecture/alt-architects-ruuki-health-clinic-finland-05-29-2015/>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
90. https://www.archdaily.com/368725/monterroso-health-center-abalo-alonso-arquitectos?ad_medium=gallery, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
91. <https://archello.com/project/monterroso-health-center>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
92. <http://www.abaloalonso.es/trabajo/centro-de-salud-2/>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).

93. <https://architectures.jidipi.com/a275598/saint-germain-du-bois-medical-center/>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
94. https://www.archdaily.com/87048/saint-germain-du-bois-medical-center-arcad%25e2%2580%259926?ad_medium=gallery, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
95. https://www.archdaily.com/772875/health-municipal-clinic-studiolada-architects?ad_medium=gallery, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
96. <https://architizer.com/projects/health-municipal-clinic/>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
97. <https://a6a.fr/#094-les-patios>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
98. https://www.archdaily.com/930006/les-patios-health-center-a6a?ad_medium=gallery, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
99. <https://www.designboom.com/architecture/a6a-concrete-wood-les-patios-health-center-france-12-20-2019/>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
100. <https://archello.com/es/project/desmond-tutu-testing-clinic>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
101. <https://www.designboom.com/architecture/themaak-new-clinic-desmond-tutu-hiv-foundation-cape-town-south-africa-05-29-2019>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
102. <https://www.themaak.co.za/desmond-tutu-clinic>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
103. https://www.archdaily.com/430800/centre-for-cancer-and-health-nord-architects?ad_medium=gallery, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
104. <https://www.nordarchitects.dk/cancercentre>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
105. <https://architizer.com/idea/767913/>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
106. <https://www.dezeen.com/2012/03/28/healthcare-centre-for-cancer-patients-by-nord-architecture/>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
107. <https://www10.aecafe.com/blogs/arch-showcase/2014/11/27/tanaka-clinic-in-shizuoka-japan-by-akiyoshi-takagi-associates/#more-253262>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).

108. <https://www.designboom.com/architecture/akiyoshi-takagi-associates-tanaka-clinic-shizuoka-japan-11-17-2014/>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
109. https://www.archdaily.com/568649/tanaka-clinic-akiyoshi-takagi-and-associates?ad_medium=gallery, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
110. https://www.archdaily.com/526381/blood-center-faab?ad_medium=gallery, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
111. <https://archello.com/project/regional-blood-center-in-raciborz>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
112. <https://www.v2com-newswire.com/en/newsroom/categories/institutional-architecture/press-kits/1139-02/blood-center>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
113. <https://www.metalocus.es/en/news/blood-center-faab-architekture>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
114. <https://architizer.com/idea/917807/>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
115. <https://www.lotstudio.com/snc> (Erişim Tarihi: 12.04.2020), (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
116. <https://www.arkitera.com/proje/sancaktepe-isitme-ve-konusma-engelliler-egitim-ve-rehabilitasyon-merkezi/>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
117. Demirtan Mimarlık.
118. Bağcılar İlçesi İşitme ve Konuşma Engelliler Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi İnşaatı İhale Kayıt No: 2016/475148. (Web sayfası: <https://ekap.kik.gov.tr/EKAP/Ortak/IhaleArama/index.html>), (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
119. <https://www.lotstudio.com/kopyasi-giosb-3>, (Erişim Tarihi: Nisan 2020).
120. Yıllara Göre İl Nüfusları, 2021. TÜİK.
121. Cantay, G., 1992. Anadolu Selçuklu ve Osmanlı Darüşşifaları. Atatürk Kültür Merkezi Yayınları, 145.
122. Doğan, N. Ş., 2013. Ortaçağ'da Anadolu'nun Eğitim Mekânları: Selçuklu Medreseleri Darüşşifalarından Örnekler. **Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H.U. Journal of Education)**, 28(2), 429-443.

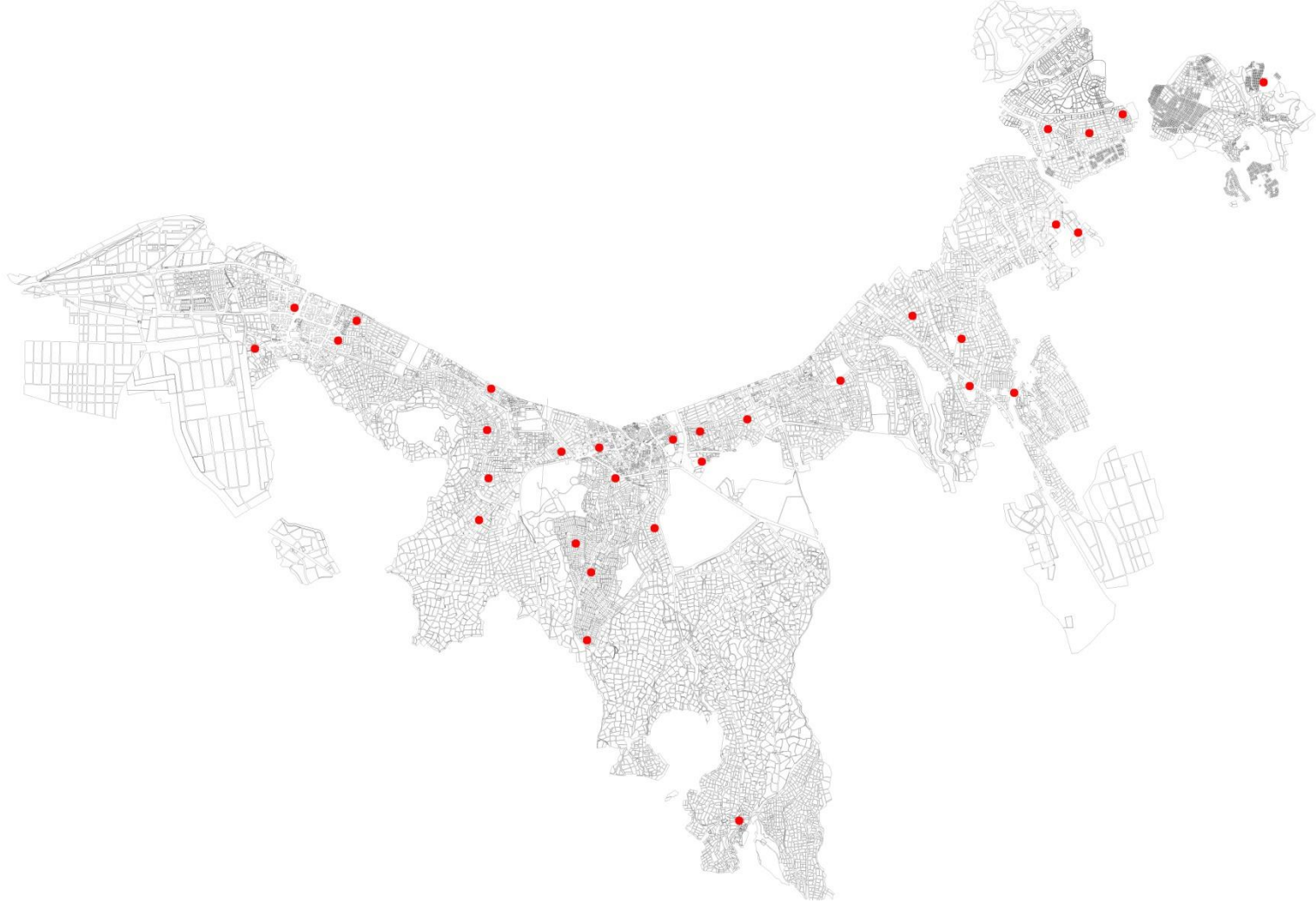
123. Ataseven, A., 1985. Tarihimizde Vakfedilmiş Sağlık Müesseseleri "Darü's-şifalar". **Vakıf Haftası Dergisi**, 2, 157-162.
124. Dündar, M., Emekli, R., Şener, E., 2019. Anadolu'daki Tıbbın Doğuşu, Dünyadaki İlk Tıp Okulu Olarak Gevher Nesibe Tıp Medresesi ve Darüşşifası. **Bilimname**, 79-103.
125. Akok, M., 1968. Kayseride Gevher Nesibe Sultan Darüşşifası Ve Sahabiye Medresesi Rölöve ve Mimarisi. **Türk Arkeoloji Dergisi**, 17. 133-184.
126. Güngör Açıkgöz, Ş., 2013. Osmanlı Döneminde Kayseri. *In: Erciyes'in Rüyası Kayseri*. Yapı Kredi Yayınları, 496.
127. Erkiletlioğlu, H., Yüksel, H., 2013. Hastaneler, 142-147. *In: Kayseri Ansiklopedisi*. Kayseri Büyükşehir Belediyesi Kültür Yayınları, Kayseri.
128. <https://wowkayseri.blogspot.com/2013/02/kayseri-memleket-hastanesi-1924.html>, (Erişim Tarihi: Aralık 2020).
129. Mazıcıoğlu, M. M., Hatipoğlu, N., Üstünbaş, H. B., 2009. 1900'lerin Başında Kayseri Amerikan Hastanesinin Faaliyeti. **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, 13 (2), 99-103.
130. Özsoy, H., 2000. Amerikan Misyonerliği Çerçevesinde Talas Amerikan Hastanesi, *III. Kayseri ve Yöresi Tarih Sempozyumu Bildirileri*, Erciyes Üniversitesi, Kayseri, 379-386.
131. <https://archives.saltresearch.org/handle/123456789/45938?locale=tr>, (Erişim Tarihi: Aralık 2020).
132. http://wowturkey.com/t.php?p=/tr302/Hasan_Yuksel_Geriatri_2.jpg, (Erişim Tarihi: Aralık 2020).
133. TÜİK, Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2013.
134. <http://www.kayseri.gov.tr/saglik-hizmetleri>, (Erişim Tarihi: Aralık 2020).
135. Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü.

EKLER

Ek 1. Kocasinan Belediyesi Aile Sağılığı Merkezlerinin Konumları



Ek 2. Melikgazi Belediyesi Aile Sağlığı Merkezlerinin Konumları



Ek 3. Talas Belediyesi Aile Sağlığı Merkezlerinin Konumları



Ek 4. Anket

HASTA ANKET FORMU

Bu anket, Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Mimarlık anabilim dalı ‘‘Kayseri Örnekleri Bağlamında İlk Basamak Sağlık Yapılarının Tasarım İlkeleri Üzerine Bir İnceleme’’ başlıklı Yüksek lisans tezi kapsamında hazırlanmıştır. 1. Basamak sağlık yapıları kullanıcılarının mekana ilişkin memnuniyet oranlarının değerlendirilmesi, kullanıcıların mekansal ihtiyaçlarının hangi ölçüde karşılandığını tespit etmek amacıyla yapılmaktadır. Anket çalışmasında elde edilen bilgiler akademik çalışmalarda ve yüksek lisans tez içinde kullanılacak olup, hiçbir kişi ismi açıklanmayacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.

Anketin cevaplandırılma süresi yaklaşık 5 dakikadır.

Çalışmaya katıldığınız ve soruları cevaplandığınız için teşekkür ederiz.

Kullanıcı genel bilgileri :

Cinsiyet	Erkek			Kadın			
Yaş	18-30	31-40	41-60	61-80	80 üstü		
Eğitim Durumu	Hiçbiri	İlkokul	Ortaokul	Lise	Lisans	Y. lisans	Doktora
Bulunduğunuz ASM							

Yapının Algılanışına İlişkin Sorular

1. Yapıyı dolaştığınızda onu hangi his ile değerlendirirsiniz?				
a) Merak	b) Korku ve Tedirginlik	c) Ferahlık	d) Güven	e) Diğer
2. Yapıya dışarıdan baktığınızda içeriye dair nasıl bir fikir veriyor?				
a) Okunaklı	b) Gizemli	c) Misafirperver	d) Davetkar	e) İtici

AŞAĞIDA SAĞLIK YAPISI, İÇ VE DIŞ MEKANLARLA İLGİLİ İFADELER VERİLMİŞTİR. HER BİR İFADEYE KATILMA DERECEYİZE UYGUN OLAN KUTUCUĞA ☒ İŞARETİ KOYUNUZ.

	Yapının Algılanışına İlişkin İfadeler	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1	Dışarıdan bakınca yapının sağlık yapısı olduğu kolaylıkla anlaşıyor.					
2	Bina bana iyi olma- iyileşme mesajı veriyor.					
3	Binayı güzel bir yapı olarak algılıyorum.					
4	Binanın dış görünüşü bana çekici geliyor.					
5	Binanın, çevresi ile uyumlu olduğunu düşünüyorum.					
6	Bina insan boyutlarına göre uygun olduğunu düşünüyorum.					
7	Bina girişi kolay algılanıyor.					
8	Binada renk ve doku gibi öğelerin doğru kullanıldığını düşünüyorum.					

	Yapının Erişim, Ulaşımın ve İç Mekan Düzenlemesine İlişkin İfadeler	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1	Araçlar (taksi, toplu ulaşım, özel araç gibi) ile binaya kolayca ulaşıyor.					
2	Engelli insanlar ve çocuk arabalı ebeveynler için kolay erişim sağlanmış.					
3	Hasta ve ziyaretçiler için yeterli park alanı vardır.					
4	Binanın dış yüzeyinde yer ve yön bulmak için yeterli oranda renk, doku, malzeme farklılıkları vardır.					
5	İlişkili odalar birbirine yakın konumlandırılmıştır.					
6	Personel ve hasta mahremiyeti sağlanmıştır.					
7	Yeterli sayıda tuvalet bulunmaktadır.					
8	Mekanların genel olarak büyüklüğü yeterlidir.					
9	Tavan yüksekliği yeterlidir.					
10	Pencere boşukları ile sağlanan doğal aydınlatma yeterlidir.					
11	Odalarda, bekleme alanında gürültü önlenmiştir					
12	Bina havalandırması (Isıtma/soğutma) yeterlidir.					
13	Mobilyaların bulundukları yerlere göre uygun ve yeterli olduğu düşünüyorum.					
14	Muayene odalarının yeterli mahremiyeti sağladığı düşüncesindeyim.					
15	Genel olarak bina içinde seçilen malzemeler kullanıma uygundur.					
16	Bina içindeki alanları çekici buluyorum.					
17	Bina içindeki odalar ve alanların manzaraya göre bir yerleşim olduğu düşüncesindeyim.					
18	İç mekanlar konforlu ve insanı rahatlatıcıdır.					
19	Binada kendimi evimde hissettiğim mekanlar var.					

	Ortak Alanlara ve Dış Mekan Düzenlemesine İlişkin İfadeler	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1	Yeterli ve rahat bir danışma alanı mevcut.					
2	Bekleme gibi ortak alanların büyüklüğü yeterli.					
3	Oturma alanları yeterli miktarda.					
4	Bekleme alanlarında ve etrafında ki ihtiyaçlar düşünülmüş.					
5	Bekleme ve dolaşım alanlarında engellilerin rahatça dolaşabilmesi mümkün.					
6	Bekleme alanında çocuklar için oyun alanı gibi mekanlar düşünülmüş.					
7	Bahçe ve açık alanlar oturma, bekleme vb. kullanımlar için düzenlenmiş.					
8	Bahçe ve açık alanlar konforlu ve davetkar.					
9	Bina girişi, hava koşullarından korunacak şekilde (saçak vb.) tasarlanmış.					

Öneri

1. Sizce ihtiyaç duyulan mekan ve gereksinimleri nelerdir?

--

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Sevgi Dursun

Uyruğu: Türkiye (T.C)

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Erciyes Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü	2021
Lisans	Erciyes Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Mimarlık Bölümü	2013
Lise	Hasan Tekin Ada Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi, Denizli	2006

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2015-Halen	NNY Üniversitesi Güzel Sanatlar ve Tasarım Fakültesi Mimarlık Bölümü	Misafir Öğretim Üyesi
2013-2015	Şenel Mimarlık	Mimar

YABANCI DİL

İngilizce