

Son Yıllardaki Tıbbi Teknolojideki Değişim Ve Gelişmelerin Hastane Bina
Programlanmasına Etkileri

Serpil Yalıcı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mimarlık Anabilim Dalı

Kasım 2008

The Effects Of Changes And Improvements In Medical Technology In Recent Years
On Hospital Construction Programming

Serpil Yalıcı

MASTER OF SCIENCE THESIS

Department of Architecture

November 2008

Son Yıllardaki Tıbbi Teknolojideki Değişim Ve Gelişmelerin Hastane Bina
Programlanmasına Etkileri

Serpil Yalıcı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Fen Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Yönetmeliği Uyarınca
Mimarlık Anabilim Dalı
Bina Bilim Dalında
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Halil Dinçel

Kasım 2008

ONAY

Mimarlık Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Serpil YALICI'nın YÜKSEK LİSANS tezi olarak hazırladığı “Son Yıllardaki Tıbbi Teknolojideki Değişim Ve Gelişmelerin Hastane Bina Programlanmasına Etkileri” başlıklı bu çalışma, jürimizce lisansüstü yönetmeliğin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Danışman : Yrd. Doç. Dr. Halil Dinçel

İkinci Danışman : -

Yüksek Lisans Tez Savunma Jürisi:

Üye : Yrd. Doç. Dr. Halil Dinçel

Üye : Doç. Sadun Özel

Üye : Yrd. Doç. Dr. Ayşen Çelen Öztürk

Üye : Yrd. Doç. Dr. Terane Mehmedova

Üye : Yrd. Doç. Dr. Berna Üstün

Fen Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Nimetullah BURNAK

Enstitü Müdürü

ÖZET

Hastaneler, genellikle ertelenemez hizmetler arasında sayılan sağlık hizmetlerinin verilmesinde kritik rol alan sağlık kuruluşlarıdır. Uygarlığın ilerleme kaydettiği çağlardan beri hastane hizmetlerine ayrı bir önem verilmiştir. Toplumların tarihi ve kültür gelişimlerine bağlı olarak hastane hizmetlerinin zaman içinde ve ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği görülmektedir. Ancak hastane hizmetleriyle ilgili hiçbir zaman değişmeyen ve her zaman geçerli ana ilkeler; hizmetlerin etkili olması, toplumun tümünün ulaşacağı bir coğrafi dağılım ve örgütlenme göstermesi, toplumun karşılayabileceği bir maliyet sınırı içinde kalmasıdır.

Teknolojideki takibi zor ilerleme, şehirleşme ve giderek hızla artan nüfus; toplum isteklerini değiştirmiş, yaşam ve düşünce tarzını etkilemiştir. Bu hızlı değişimlerinde etkisiyle, sağlık konusuna verilen önem ve tam donanımlı hastanelere olan gereksinim artmıştır. Sürekli büyüyen ve gelişen nüfusun gereksinimlerini karşılamak üzere, hastane binaları da değişmek zorunda kalmışlardır.

Bu çalışmada, genel hastane yapılarında teknolojiye paralel olarak, yenileme ve büyümeye bağlı değişimlerin, hastane bina programına etkileri incelenmektedir. Bu çalışmadaki amaç; hastane binalarının sadece günümüz olanak ve isteklerine göre değil, ilerleyen zaman içerisindeki olabilecek değişme ve büyümelerin önceden saptanarak, planlama sürecinde, programa yansıtılabilmenin yolları araştırılmıştır. Bunu yapabilmek için öncelikle insan ve teknoloji arasındaki ilişkilendirmeden söz etmek gerekmektedir. İnsan-teknoloji birlikteliği irdelenip, daha sonra bunun programlamaya etkileri üzerinde durulmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler : Hastane, Teknoloji, Büyüme, Uzun Vadeli Planlama

SUMMARY

The hospitals are the health foundations that take a critical role in giving health services which are considered as generally not being postponed services. Since the eras that the civilization had been advanced, a great importance has been given. Depending on the historical and cultural improvements of the societies, it has been seen that hospital services have been showing varieties through the time and between the nations. However, the main principles that never change and are always valid are the effectiveness of the services, showing a geographical distribution and organization that all societies can reach and being in a cost limit that all societies can effort.

The advancement in technology that is hard to follow, urbanization and a growing population by time altered the desires of societies and affected the life and thinking style. By the effect of this fast improvements, the importance given to the health services and the need to the hospitals that are equipped have increased. For compensating the needs of continuously growing and developing population, the hospital buildings had to be modified.

In this study, the effects of changes depending on renewal and enlargement on the hospital building programming are being examined, parallel to the technology in general hospital constructions. The aim in this study is to investigate not only the today possibilities and requests in construction of hospitals but also, in a planning duration, the possible changes and improvements that can take place in future. In order to come over this fact, there is a need to mention the interaction between the human and technology. At first, the human-technology cooperation has been investigated and then the effect of this cooperation on programming has been aimed to be studied on.

Keywords : Hospital, Technology, Development, Long-Term Planning.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmalarında, bana danışmanlık ederek, beni yönlendiren ve her türlü olanağı sağlayan danışmanım Yrd. Doç. Dr. Halil Dinçel'e, destelerinden dolayı eşime ve aileme teşekkürlerimi bildiririm.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET.....	v
SUMMARY.....	vi
TEŞEKKÜR.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
 1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	 1
 2.GENEL SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	 8
2.1.Sağlık Sistemi Ve Planlamasının Açılımı Ve Hedefleri.....	8
2.2.Genel Sağlık Hizmetleri Olgusu.....	10
2.3.Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Politikasının Tarihi Süreç İçerisinde Araştırılması.....	11
2.4.Çizgisel Olmayan Sağlık Hizmetleri Tarihi.....	19
 3.SAĞLIK KURULUŞLARI	 26
3.1.Sağlık Kuruluşları Tanımı Ve Sınıflandırılması.....	26
3.2.Hastanede Bölümler Arası Koordinasyon.....	28
3.3.Türkiye Ve Dünyadaki Sağlık Hizmetlerinin Ve Hastanelerin Durumu.....	29
3.3.1.Türkiye’deki mevcut sağlık planlaması ve hastaneler.....	29
3.3.2.Dünyadaki mevcut sağlık planlaması ve hastaneler.....	31
 4.HASTANE BİNALARININ PLANLAMA SÜRECİ.....	 33
4.1.Hastane Binalarının Programlanmasındaki Ana Unsurlar.....	33
4.1.1.Programlama ve tasarlama süreci.....	34
4.1.2.Hastane bina programında mimari ve fonksiyonel program.....	37
4.1.3.Hastane binalarında aranan nitelikler ve programlanmasındaki güçlükler...38	

İÇİNDEKİLER(devam)

	<u>Sayfa</u>
5.TEKNOLOJİNİN HASTANE BİNA PROGRAMINA ETKİSİ.....	48
5.1.Teknoloji Ve Beden.....	48
5.1.1.Makinalaşmanın tuzağındaki insan.....	49
5.1.2.İnsan-makina birlikteliği.....	51
5.1.3.Teknoloji ve yabancılaşma.....	51
5.2.Sağlık Teknolojisi Ve Gelişen Teknolojiye Bağlı Olarak Hastane Binalarındaki Değişim Ve Büyüme Süreci.....	54
5.2.1.Yapısal ve programsal büyüme.....	56
5.2.2.Büyümenin doğrultusu, hızı ve sebepleri.....	57
5.2.3.Hastanelerde form ile büyüme ilişkileri.....	60
5.2.4.Bina programlamada yenileme ve değişim süreçleri.....	61
5.3.Türkiye’deki Ve Dünyadaki Hastane Binalarının Büyümesine İlişkin Örnekler...64	64
5.3.1.Türkiye’den bir örnek Acıbadem Hastanesi.....	65
5.3.2.Dünyadan bir örnek USA, New York Hastanesi.....	71
5.4.Hastane Binaları Tasarlanırken İlerleyen Teknolojinin de Göz Önüne Alınmasının Önemi.....	75
5.4.1.Tıbbi teknolojideki değişimlerin hastane bina programına etkileri.....	75
5.4.2.Uzun vadeli planlama dönemleri, yarar ve hedefleri.....	78
 6.HASTANELERDEKİ TÜM DEĞİŞİMLERİN, BÜYÜMELERİN, EKLENTİLERİN BİNA PROGRAMINA ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI.....	 80
6.1.Yapılan Ve Yapılacak Olan Değişimlerin Belirlenmesi.....	81
6.2.Geliştirilebilir Hastane Planlama Kriterleri.....	82
 7.SONUÇLAR.....	 84
 8.KAYNAKLAR DİZİNİ.....	 88

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1,Hopital De Tunnere,Mutlu,1973.....	13
2.2,Roma Santa Spirito,Mutlu,1973.....	13
2.3,Edirne II. Beyazıt Külliyesi,Sürmen,1991.....	14
3.4, Bir hastanedeki bölümler arası ilişkiler, Mutlu,1973.....	28
4.1, Değişik biçimdeki yoğun bakım odaları, Tasarım dergisi,2000.....	41
4.2, Normal bakım odası ve Hasta odası örnekleri.....	42
5.1, Fonksiyonel Eskime.....	62
5.2, Strüktürel Bozulma.....	62
5.3, Acıbadem Hastanesi , Tasarım dergisi 94-95, 1999.....	66
5.4, Acıbadem Hastanesi Genel Yerleşim Planı, Tasarım dergisi 94-95,1999.....	67
5.5, Acıbadem Hastanesi Güney ve Kuzey Cepheleri.....	68
5.6, Acıbadem Hastanesi Kat Planı, Tasarım dergisi 94-95, 1999.....	69
5.7, New York Hastanesi Genel Yerleşim Planı, Tasarım dergisi 120-122,2002...72	72
5.8, Bay Park Community hospital, Health Facilities Rewiev 2003.....	73
5.9, Louise Obici Hospital, Virginia, Health Facilities Rewiev 2003.....	74

BÖLÜM 1

GİRİŞ VE AMAÇ

İlkel insanın hayat, ölüm ve ikisi arasında bulunan hastalık hakkındaki felsefesi tamamen karamsar ve kaderciydi. Hastalık, onun için bir muamma teşkil etmekle beraber, aynı zamanda olağan bir durumdu. Hayatın bir parçası, tabiatın bir gerçeğiydi. Ona uymaktan başka çare yoktu.

Sağlık ve hastalığı başka bir gözle görüyorlardı. Onlar için etraflarındaki dünyanın şartlarına uyabilme kabiliyeti, sağlığı ifade ediyordu. Dünyanın zorlukları güçlerinin üzerine çıktığı zaman kendilerini hasta hissediyorlardı. Başka bir deyişle, insan dış dünya ile uyuşabiliyorsa sıhhatli, değilse hastadır.

19. yüzyılın sonlarında, insan dış dünyanın sağlığına olan tesirini ve bu tesirleri kontrol altına almanın gerektiğini öğrendi. Yüzyılın ikinci yarısında, koruyucu hekimlik ve sağlık şartlarının geliştirilmesi, tedavi edici hekimliğin başarısı, insanın adaptasyonunu sağlamıştır.

Tabiat kıskançtır, insanın kendi şartlarına uymasını ister. Bu şartları değiştiren medeniyet ve sanayileşme hareketleri, trafik kazalarından radyoaktif madde yağışlarına kadar, alışılmamış yeni sıkıntılar ve durumlar meydana getirmektedir.

Bireylerin yaşam koşullarına ve yaşam tarzlarına bağlı olan hastalıklar devirlere ve yerlere göre değişiklik gösterirler. Ortaçağda, savaşlar ve kıtlıklar döneminde, hastalar korku ve tükenmişliğe (beyin kanamaları, eritici sıtma) terk edilmişlerdi; ama XVI. ve XVII. yüzyıllara gelindiğinde, vatan duygusunda ve vatana karşı yükümlülükte gevşeme görülür; bencillik kendi içine çekilir, sefahat ve oburluk alır gider; XVIII. yüzyılda, zevk arayışı hayal gücünden geçer; tiyatroya gidilir, romanlar okunur, boş sohbetlerde coşulur; gece uyunmaz gündüz uyunur; isteriler, sinir hastalıkları bu yüzdendir.

Hastalığın hem gerçek doğası hem en makul güzergahı olan “yabanıl” bir doğası vardır. Yalnız, müdahaleden arınmış ve yapmacıksız olarak, özünün düzenli ve neredeyse bitkisel damarlarını ortaya koyar. Ama toplumsal uzam ne kadar karmaşıklaşırsa, o kadar yozlaşır. Uygarlıktan önce, halklarda en sade ve en zorunlu hastalıklar görülür. Köylüler ve halktan insanlar, temek sayrılıkbilimsel tabloya daha yakındırlar; sade yaşamları tabloyu anlaşılır düzeni içinde saydamlaştırır: Onların değişken, karmaşık sinir ağrıları olmaz ama güçlü beyin kanamaları ya da katışıksız mani krizleri vardır. Koşullar düzeldikçe ve bireylerin çevresindeki toplumsal ağ daraldıkça “sağlık, derece derece geriler gibi olur”; hastalıklar çeşitlenir ve birleşirler; “üst burjuva düzeninde” sayıları iyice artar;...toplumun üst düzeyinde çok daha olanaklı hale gelir.

Uygarlık olarak hastane, nakledilmiş hastalığın asıl yüzünü kaybetme tehlikesiyle karşılaştığı yapay bir yerdir. Hastalık, doktorların hapishane ya da hastane ateşi adını verdikleri bir karmaşıklıkla biçimiyle orada hemen karşılaşır: Kaslarda genel güçsüzlük, dil kuruması, paslanması, yüzün kurşuni renk alması, deride yapışkanlık, salya akıntısı, soluk idrar, solunum yollarında sıkışma, sekizinci ya da on birinci günde, en geç on üçüncü günde ölüm. Daha genel bir şekilde, türlerin kesiştiği bu düzensiz bahçede, diğer hastalarla temas hastalığın kendine özgü doğasını bozar ve onu daha zor okunur hale getirir. Bu zorunlu yakınlaşmada, “hastaların tüm vücutlarından, kangrenli azalarından, çürük kemiklerden, bulaşıcı ülserden, çürük ateşlerden çıkan yayıntı nasıl düzeltilebilir”. Hem sonra, çoğu için “ölüm tapınağı” olan bu evlerin manzarasının ailesinden koparılmış bir hasta üzerinde yaptığı can sıkıcı etkileri nasıl silinebilir? Bu kalabalık içinde yalnızlık, bu umutsuzluk, organizmanın sağlıklı tepkileriyle, hastalığın doğal akışını bozar; “hastanede bakması gereken yapay hastalıkların bir sonucu gibi görünen yapay deney tehlikesine düşmeyecek işini bilen bir hastane doktoru gerekirdi. Gerçi hiçbir hastane hastalığı saf değildir.”

Dünyada sağlık hizmetleri alanında yaşanan son gelişmeler, sağlık hizmetlerinde gittikçe artan maliyetlerin bir şekilde önüne geçmeyi zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde maliyetlerin gittikçe yükselmesinin ve en gelişmiş ülkeleri bile neredeyse çözümsüz konumda bırakmasının üç temel nedeni vardır.

Bunlar;

-Sağlık hizmetlerinin ve özellikle hastanelerin ileri teknoloji ürünü cihazları yoğun olarak kullanması ve modern teknolojinin maliyetler üzerinde artan baskısı,

-İletişim tekniklerinin gelişmesi ve küreselleşme sonucunda dünyanın her yerinde, verilen her türlü hizmetin ülke vatandaşları tarafından bilinir ve istenir hale gelmesi,

-Tıp biliminde yaşanan büyük gelişmelerle, erken ölümlerin önüne büyük ölçüde geçilmesi, bir çok hastalığın tanınır ve tedavi edilir duruma getirilmesi ve böylece dünyada yaşlı nüfus oranında ve beklenen ömür ortalamasında yaşanan büyük artışlar sonucu, yaş faktörünün sağlık hizmetlerinin pahalı kısmının kullanımındaki yüksek oranıdır.

Hastaneler ürettikleri ürün bakımından hizmet işletmeleri kapsamındadır. Hastanelerin dış çevrelerinin ve ürünlerinin karmaşık olması nedeniyle kendileri de açık-dinamik yapıda karmaşık sistemlerdir.

Hastanelerde kullanılan teknolojinin karmaşık ve sürekli kendini yeniler nitelikte olması da hastaneleri daha karmaşık bir yapıya büründürmektedir. Hastaneler, diğer işletmeler gibi birçok alt sistemlerden oluşan ve kendini etkileyen sistemlerle alışveriş içerisinde olan yapılardır.

Hastaneler 24 saat hizmet verirler ve ürettikleri iş acil ve ertelenemez niteliktedir. Hastaneler faaliyetlerin işlev esasına göre yapılandırıldığı bir organizasyonun üstüne proje organizasyonun monte edildiği matris organizasyonlardır.

Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık sorunlarının niteliği, kişilerin sağlık sistemlerinden talepleri ve tercih ettikleri hizmetler hızla değişmektedir. Tedavi hizmetlerinin kapsamı, teknoloji ve maliyetleri artmakta, hızlı endüstrileşme ve şehirleşme, sürekli artan nüfus birçok problemi beraberinde getirirken, toplumların sağlık sorunlarının boyutları ve şeklide değişmiştir. Değişen yaşam şekli, özellikle hızla ilerleyen teknoloji ile birlikte sağlık hizmetleri ve kuruluşlarının önemini daha da arttırmıştır.

Bazen eldeki mevcut yapılar giderek büyüyen bu nüfusun gereksinimleri karşısında yetersiz kalabilmektedir. Bu da sağlık kuruluşlarında pek çok sorunu beraberinde getirebilmektedir. Bu problemi kökünden çözebilmek için kapsamlı bir sağlık planlaması yapmak, değişen gelişen isteklere cevap verebilecek hizmet kapasiteleri geliştirmek, hızla artan ihtiyaçlarla sınırlı kaynaklar arasında iyi bir denge kurabilmek amacıyla işler bir sağlık sistemi kurmak gerekmektedir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin tüketici durumunda olan vatandaşların memnuniyet düzeyi düşük seviyelerdedir. Sağlık alanına ayrılan kaynaklar yeterli olmamakla birlikte, kuruluşlar arasındaki koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, rasyonel olmayan yatırımlar, makine ve teçhizat eksiklikleri ve istihdam politikasındaki yanlışlıklardan dolayı mevcut kaynaklarda etkili kullanılamamaktadır. Bazı sağlık kuruluşlarında kapasite yetersizliği varken, bazılarında ise atıl kapasite söz konusudur.

Sağlık hizmetlerinin yönetiminde profesyonelleşme süreci, ülkemizde henüz tamamlanamamıştır. Modern anlamda sağlık hizmeti sunabilmek için birçok sağlık mesleğine ihtiyaç bulunmaktadır. Bunların bir kısmının ülkemizde henüz var olmadığı, birçoğunun ise yetersiz olduğu söylenebilir (hastane mimarisi, hastane bilgi işlem otomasyon yöneticiliği, hastane maliyet muhasebesi ve benzeri). Var olan mesleklerin ise görev tanımındaki belirsizlikler nedeniyle hizmetlerde boşluklar doğmaktadır.

Sürekli gelişen sağlık ve tıp meslekleri alanlarında sürekli eğitimlerin de istenilen düzeyde olmadığı göz önüne alınırsa sağlık hizmetlerinde insan gücü kalitesi ve performansının geliştirilmesine olan büyük ihtiyaç görülebilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin en kritik girdisi insan kaynağıdır. İleri teknoloji ürünü cihazları yoğun olarak kullanmasına karşın sağlık hizmetlerinin yine de emek yoğun hizmetler sınıfında kabul edilmesi insan kaynağının önemini ortaya koymaktadır. Tıp ve tıpla ilgili bilimlerde yaşanan hızlı gelişmeler, uygulamadaki bilgilere kısa sürede birçok yeni bilgiyi eklemekte ve bu durum sağlık hizmetlerinde sürekli eğitimi olmazsa olmaz bir koşul yapmaktadır.

Ülkemizde sağlık sistemi ve hizmetleriyle ilgili yaşanan sorunlar hem hizmet sunucular, kullanıcılar hem de akademisyenler tarafından uzun yıllardır dile getirilmiştir. Özellikle 1990'lı yıllardan itibaren sistemin bir bütün olarak yeniden ele alınıp kurulmasına olan ihtiyaç sıkça vurgulanmıştır.

Hastaneler büyüklük, yapısal ve fonksiyonel işleyiş biçimleri, uzmanlık, kapasite ve dönüşebilirlik açısından birbirlerinden farklıdırlar. Bununla birlikte toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik özellikleri, hastaneyi kullanım şekilleri ve yoğunlukları da farklılaşmayı arttıran etkilere sahiptir.

Hastaneler sadece teşhis, koruma, tedavi edici ve bakım hizmetlerini bünyesinde barındırmakla kalmayıp, bunun yanı sıra eğitim ve araştırmaya yönelik çalışmaları da üstlenmektedirler.

Bu çalışmada; ülkemizdeki sağlık hizmet sistemine genel bir bakış ve bu hizmetlerin verildiği hastane binalarının genel yapılanması, bu yapılanma içerisindeki aksaklıklar, sorunlar ele alınmıştır. Hastanelerin genel oluşumu, dünyadaki ve Türkiye'deki hastanelerin incelenmesi üzerine bir araştırma en son olarak da özellikle son 20 yılda tıbbi teknolojideki değişim ve gelişimlerin hastane bina programına etkilerinin irdelenmesi, tıbbi teknoloji kavramı ve hastane mimarisine etkisinin incelenmesi hedeflenmiştir.

Özellikle ülkemizde, son yıllara kadar yapılmış olan hastanelerde uzun süreli bir planlama, gelişen teknolojiye ayak uydurabilecek, genişleyip büyüyecek, tüm değişim ve yenilenmeleri ele alan bir planlama, programlama çalışması uygulanmamıştır. Buda hastanelerin zamanla artan gereksinimleri karşısında yetersiz kalmaları ve düzensiz bir büyüme göstermelerine sebep olmuştur. İşte bunun önlenmesi için esnek kullanışlı mekanlara ve uzun vadeli planlamalara ihtiyaç duyulmuştur.

Bu tezin amacı sağlık hizmetlerinde hastanelerin yerinin ve öneminin vurgulanması, sürekli değişen ihtiyaçlara, hızla gelişen teknolojiye, artan nüfusa uygun

uzun vadeli planlanmış hastanelerin, gelecekte ortaya çıkabilecek değişme, büyüme, yenileme ihtiyaçlarını önceden belirleyerek kademeli programlama olanaklarına fırsat vermesinin yararlarının araştırılmasıdır.

İlk bölümde, toplum sağlığında çok önemli bir yeri olan hastanelerin, tüm teknolojik gelişmelere açık ve her yeni gelişmeyle ilişkilene aşamasında fonksiyonlarını yeterli ve doğru şekilde yerine getirebilmesini sağlamak, buna paralel olarak hastane binalarındaki teknolojiye bağlı büyüme ve yenilenme kavramlarını, planlama sürecinde ele almanın önemi vurgulanmıştır.

İkinci bölümde, sağlık sistemi ve planlaması nedir neyi hedeflemektedir sorularının yanıtı verilirken, genel sağlık hizmetlerinden de bahsedilmekte, Türkiye'deki durumu araştırılmaktadır. Sağlık hizmetleri ve sağlık politikasının tarihi süreç içerisinde ele alınması, sağlık kuruluşlarının dün ve bugün incelenmiştir.

Üçüncü bölümde, sağlık kuruluşlarının sınıflandırılması yapılmış, genel anlamda hastane türleri incelenmiştir. Hastanelerdeki bölümler arası fonksiyonel ilişkilerin önemi ve bunun nasıl olması gerektiği, Türkiye'deki ve dünyadaki sağlık hizmetlerinin durumu irdelenmiştir.

Dördüncü bölümde, hastane binalarının planlama süreçlerinden bahsedilmiştir. Hastane binalarının zaman içerisindeki gelişmelere ayak uydurabilecek, uzun ömürlü, gelecek düşünülerek tasarlanmış olmasının gerekliliği vurgulanmıştır. Ayrıca tasarlama ve programlama evresinde karşılaşılan sorunlara, fonksiyonel ve mimari programlara değinilmiştir. Bir hastane binasındaki aranan özellikler belirtilmiştir.

Beşinci bölümde, tezin amacına yönelik çalışmalar yer almaktadır. Teknolojinin hastane bina programlanmasına etkisinin incelenmesine; öncelikle beden ve teknoloji ikilisinin irdelenmesi ve insanoğlunun zamanla kendi yarattığı teknolojinin esiri olduğunun gösterilmesi ile bir giriş yapılmıştır.

Bu bölümde gelişen teknolojiyle birlikte hastane binalarındaki yapısal ve programsal büyümenin meydana gelmesi, planlama yapılırken yıllar sonrası düşünülüp,

gelişmeye yön gösterici olarak büyümenin fizibilitesinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Ayrıca teknolojinin büyüme sürecindeki etkisi, bu büyümenin hızı, doğrultusu, uzun vadeli olarak gerçekleşmesi ve bunun hastane bina programlanmasındaki önemi vurgulanmaktadır. Hastanelerde form ile büyüme ilişkileri incelenmiş, uzun vadeli düşünülmüş ya da geniş zamanlı düşünülmeyen tasarlanıp, uygulanmış Türkiye ve dünyadaki örneklerle yer verilmiştir.

Altıncı bölümde, hastanelerde, yenileme, büyüme amacıyla yapılan tüm değişimlerin, hastane bina programına etkisinin araştırılması yapılmıştır. Hastane binaları henüz programlama ve tasarlama çalışmalarının başındayken, özellikle hızla gelişen teknolojide göz önüne alınarak, yıllar sonrasının sorunlarına ve ihtiyaçlarına cevap verebilecek kapasitede ele alınmalıdır.

Bir hastane binasında meydana gelen kapasite artışları, gün geçtikçe farklılaşan ve artan ihtiyaç ve istekler, gün geçmeden değişen ve gelişen takibi zor teknikler, büyümenin boyutunu ve şeklini belirler.

Yedinci bölümde çalışmanın sonuçlarına yer verilmiştir.

BÖLÜM 2

GENEL SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetleri bireysel bir sorun değil, toplumsal bir sorumluluktur. Bu sorumluluğu devletler, bireyler için sosyal bir güvence sağlayarak yerine getirirler. Sosyal devlet, bireyin haklarına ve toplumun tümüne değer veren bir anlayış gereği, tüm vatandaşlarına eşitlik ve adalet ilkesi doğrultusunda, bazal gereksinimleri karşılayacak oranda hizmet sunumundan sorumludur(Çobanoğlu,1996).

2.1.Sağlık Sistemi Ve Planlamasının Açılımı Ve Hedefleri

Sağlık; Dünya Sağlık Örgütünün tanımına göre, yalnızca hastalık olmaması hali değil, optimum fiziksel, ruhsal ve sosyal refaha sahip olma halidir (Weinerman,1971).

Sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinden daha ötede bir olgu olarak; tıp mesleği, sağlık planlama ve uygulaması, koruyucu tıp, sağlık eğitimi ve sağlığa ilişkin araştırmaları içerir (Karataş,1979).

Sağlık sistemi, ana görevi girdileri çıktılarına dönüştürmek olan bir sosyal sistem, bir strüktür, ya da bir süreç olarak da düşünülebilir. Amacı ise, verilen bir alan ya da toplumdaki tüm insanlara, en iyi nitelikli sağlık bakımına erişebilirlik sağlamaktadır (Karataş,1979).

Sağlık alanında öncelikli sorunları ortaya koyabilecek özgün önerileri içeren, uygulanabilir, sonuçları inandırıcı ve belli bir zamanlama programına uyabilir olması yanında toplum tarafından kabul edilebilir uzun erimde kullanılacak olan ve geçerliliğini koruyan bir düşünceler-öneriler dizgesi “sağlık politikası” olarak tanımlanabilir. Sağlık politikaları, bireyin ve toplumun sağlık düzeyini geliştirmek amacıyla oluşturulurlar(Sağlık Sistemleri Özel Sayı,1994).

Sağlık planlaması, sağlık hizmetlerinin düzenli gelişmesini sağlamak için yapılan, akılcı ve mantıklı bir şekilde ülkenin sağlık hizmetlerini verilen kaynaklarla

karşılayarak, medikal bakım alanındaki teknolojik gelişimleri ve birikimleri göz önüne alan bir planlamadır. Buna göre sağlık planları, ülkenin ihtiyaçlarına göre özel şekiller alabilir. Ülkedeki kaynak ve ihtiyaçları belirleyen istatistiklere göre hazırlanan milli sağlık planı, sosyal ve ekonomik planın bir parçasıdır (Anon,19/01: Tezel'den(1985).

Sağlık planlamasının amacı konusunda Tezel (1985,s.15) şöyle demektedir:

“Kapsamlı sağlık planlamasının amacı; sağlık bakımı kuruluşlarının daha dengeli dağılım ve eşgüdümünün gerçekleştirilmesi, toplumun gereksinimleri ile bağdaşan kapsamlı sağlık hizmetlerinin sağlanması, yeni sağlık programı ve hizmetleri arasında toplum gereksinmelerine uygun olarak öncelik sıralarının belirlenmesi; tekrarın giderilmesi, parçalanmanın azaltılması, sağlık personel ve kuruluşlarının daha etkin kullanımının desteklenmesi, sağlık gereksinimlerinin başka şehir ve bölge alanları ile bütünleşmesidir”.

Sağlık planlamasının başlıca amacı, uygulanabilir olması, uzun vadeli düşünülmesi, ileriye dönük tüm gelişme, yenilenme ve değişimlere bağlı olarak büyüme potansiyeline sahip, esnek, kapsamlı, mutlaka zamana yayılan bir yapıda olmalıdır.

Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık sorunlarının niteliği, kişilerin sağlık sistemlerinden talepleri ve tercih ettikleri hizmetler hızla değişmektedir. Tedavi hizmetlerinin kapsamı, teknolojisi ve maliyetleri artmakta, buna bağlı olarak devletler, kişilerin sağlıklarını koruyup geliştirerek tedavi hizmetlerinin maliyetlerini düşürmek ve kaynakları daha etkili kullanabilmek için sistem arayışları içerisine girmektedir.

Sağlık planlaması sürecinde ilk olarak; problemlerin ve kaynakların tüm değişim, yenileme ve büyüme durumları düşünülerek belirlenmesi, buna göre karar seçenekleri ve strateji belirlenmesi gerekir. Daha sonrada yapılan planın başarısını ölçmek için değerlendirme yapılması ve planın bir ileriki adımı için sonuçların çıkarılması gerekmektedir.

Sağlık planlamasının yapılması, toplumun ihtiyaçlarını karşılamak, onlara daha iyi hizmet standardı geliştirebilmek için gereklidir.

2.2.Genel Sağlık Hizmetleri Olgusu

Sağlık hizmetleri organik bir şekilde büyümektedir. Başlangıçta kaçınılmaz olan bu büyüme, bir seviyeden sonra karmaşık bir bütün olmaya başlamaktadır. Geliştikçe kompleksleşen bu hizmetler; sosyal, kültürel ve ekonomik değişkenlerle etkilenmeye başlarlar. İktisadi planlamanın da zorlanmasıyla, organik bir gelişmenin yerini, düzenli ve etkin bir gelişme almaktadır. Düzenli bir gelişmeyi hedef almakla da, planlı bir girişime gereksinim artmaktadır. Bu inanç, devletlerin iktisadi ve sosyal gelişmeyi aynı çerçevede içinde görmeye başlaması ve bunun sağlayacağı faydalara inanmış olmalarından doğmaktadır (Özdemir,1974).

İleri teknoloji ürünü cihazları yoğun olarak kullanmasına karşın sağlık hizmetlerinin yine de emek yoğun hizmetler sınıfında kabul edilmesi gerektiğinden daha önce söz etmiştik. İşte bunun sonucunda Tıp ve Tıpla ilgili bilimlerde yaşanan hızlı gelişmeler, uygulamadaki bilgilere kısa sürede birçok yeni bilgiyi eklemekte ve bu durum sağlık hizmetlerinde sürekli eğitimi olmazsa olmaz bir koşul yapmaktadır.

Her toplumda, sağlık bakım hizmetlerinin en büyük bölümü, hastaneler tarafından karşılanmaktadır. Bir kısmını da diğer sağlık kuruluşları yüklenirler.

Hasta bakımı, modern hastanenin genel sağlık hizmetlerinden yalnızca bir tanesidir. Hastane bir tedavi yeri olduğu kadar, ayakta ve dış hasta bakımı servisleri ile aynı zamanda hastalık önleyici bir merkezdir (Davies,1966).

Hastaneler tıbbi tedavi önlemleri ihtisas sahalarının türü, kapsamı, uzmanlık sahası ve tedavi teçhizatlarının büyüklüğü itibarıyla farklılık gösterirler: Tıbbi tedavi; ihtiyat ve rehabilitasyon tıbbının önlem (profilaks) ve tedavi (rehabilitasyon); teşhis (diagnostik) ve tedavi (terapi) bakım yoğunluğu ve bakım standardı ile hizmet, ruhsal bakım, öğrenim, araştırma sahasındaki farklılıklardan oluşur (Neufert,1973).

Hastane hizmetlerinin en önemli özelliklerinden biriside matris yapı göstermesidir. Bu yapıda yatay ve dikey yönde ilişkilenmeler mevcuttur. Hiyerarşik bir yapı olmasına rağmen aynı zamanda fonksiyonel işlerlik açısından işletmenin tüm birimleri birbiriyle işbirliği içinde çalışmak durumundadır. Bu nedenle hastane

yönetimi de herhangi bir işletme veya kurumun yönetiminden daha büyük efor ve birikim gerektirmektedir. Hastanelerin ülke çapında örgütlenmesi de aynı şekilde zor ve uzmanlık gerektiren bir alandır (Sağlık Bakanlığı,2002).

Sağlık kurumları, büyük yatırımlar gerektiren teknik donanımına sahip olmalarına karşın emek yoğun endüstriler olarak nitelendirilmektedir. Hastanelerde sunulan hizmetler, tüm uluslarca anayasal bir hak olarak güvence altına alınan ve tanımlaması oldukça güç bir kavram olan sağlıkla ilgili hizmetlerdir. Bu özellikle de hastanelerin yönetimi ve işlevlerini karmaşık hale getirmektedir (Neufert,1973).

Genel olarak ülkemizdeki sağlık sistemine bakıldığında çok karmaşık bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Gerek hizmetin sunumunda gerekse artan nüfusun sürekli artan talepleri karşısındaki yetersizlikler sağlık sisteminin işlerliğini daha da önemli hale getirmektedir.

2.3.Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Politikasının Tarihi Süreç İçerisinde Araştırılması

Eski medeniyetlerde, kendilerini, hastalıklardan korumak için değişik doğal koruma yöntemleri geliştirmişlerdir. Tıp bilimi ilk olarak Mezopotomya’da M.Ö. 4000’de başladı. Yunan’da M.Ö. 400’de Hipokrat Yemini, tıp biliminin yasak yönlerde kullanılmaması gerektiğini savunmaktadır. Yunan’da M.Ö. 384’te Aristo toprak, su ve ateşi tıbbın temeli olarak görmektedir. Roma’da M.S. 131’de Galen filozofi ve anatomi üzerinde durmaktadır. Çin’de uyum yani denge önem kazanırken, Hindistan’da bitkilerle tedaviye başvurulmaktadır. Japon, İngiliz ve Amerikalılar bahçenin terapik tedavi edici özelliğinden yararlanmışlardır(Marberry,1997).

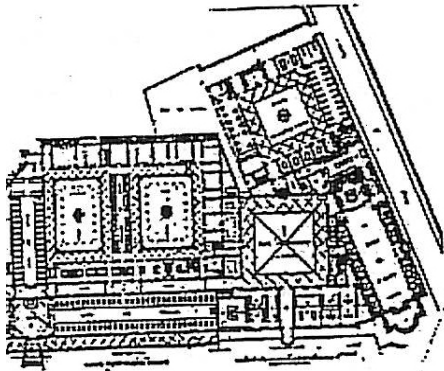
Eski zamanlarda, tıp sanatı nesnenin yanında öğrenilirdi ve gençler tıp bilimini hastanın yatağında öğrenirlerdi; bu gençler çoğunlukla doktorun evinde yatıp kalkarlar ve öğrenciler üstatlarına sabah ve akşam hasta ziyaretlerinde eşlik ederlerdi(Foucault,2002).

Hastalığı onarmanın en olanaklı olduğu yerin toplumsal hayatın doğal ortamı, aile olduğunu düşünen doktorlar ve ekonomistler vardır. Orada, hastalığın maliyeti ulus için en aza indirgenir; ayrıca, yapmacıkta karmaşılaşması riski, kendi kendine çoğalma ve hastanede olduğu gibi hastalığı biçimine sapması riski de ortadan kalkar. Ailede hastalık doğal haldedir, yani kendi doğasıyla uyumlu ve doğanın yenileştirici güçlerine açıktır. Yakınlarının ona doğrulttuğu bakışın çok güçlü iyilikseverliği ve bekleyip görmenin kibarlığı vardır. Özgürce bakılan bir hastalıkta, daha o anda hastalığı ödünleyen bir şey vardır: Bedbahtlık...varlığıyla hayırsever bir merhamet uyandırır, insanların yüreğinde acıyı dindirme, teselli etme ihtiyacı doğurur ve bedbahtlara kendi konutlarında verilen bakım, özel hayırseverin yaydığı verimli iyilik pınarından yarar sağlar. Zavallı, hastanelere yatırılmaya görsün, bütün pınarlar kuruyuverir... Kuşkusuz ailesi olmayan hastalarda vardır ya da öylesine yoksul olanları vardır ki “samanlıklarda üst üste” yatarlar. Bu durumda olanlar için ailenin yerini tutabilecek, merhamet bakışını karşılıklılık biçimde dolaştırabilecek “komün hasta evleri” açmak gerekir; böylece, sefiller kader arkadaşlarında doğal olarak merhametli ve en azından kendilerine yabancı olmayan varlıklar bulacaklardır. Böylece, hastalık her yerde doğal ya da neredeyse doğal yerini bulacaktır: orada kendi akışını izleme ve kendi gerçeği içinde yok olma özgürlüğüne sahip olacaktır. (Foucault,2002).

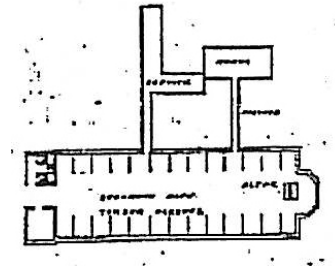
Sürekli gözetimi daha iyi sağlamak için, hastanenin bir yeri olmalıdır. Ailesiz hastalar için gereklidir; ama bulaşıcı vakalar, tıbbın gündelik biçimiyle karşı koyamayacağı zor, karmaşık, “olağandışı” hastalıklar için de gereklidir. En genel biçimiyle sadece sefaletin izlerini taşıyan hastane, yerel düzeyde vazgeçilmez bir koruma önlemi olarak görünür. Sağlıklı insanların hastalığa karşı korunması, hastaların cahil insanların uygulamalarına karşı korunması: “Halkı kendi yanlışlarından korumak” gerekir; hastaların birbirlerinden korunması. Tenon’un tasarladığı, farklı bir hastane uzamıdır. Hem de iki ilkeye göre farklı: Her hastaneyi bir hastalık kategorisine ya da bir hastalıklar ailesine göre ayıran “oluşturma” farkı ile aynı hastane içinde, “kabul edilmesi uygun hasta türlerini sıraya koymak için izlenecek düzeni tanımlayan “dağıtım” farkı. Böylece hastalığın doğal yeri aileye patoloji dünyasının özgün şekillenmesini bir küçük evren gibi yeniden üretmesi gereken bir başka uzam eklenmiş olur. Burada, hastalıklar doktorun bakışı altında, özlerin başlangıç dağılımını ilk

durumuna getiren akla yatkın bir alanda cins ve türlerine göre gruplandıracaktır. Böyle tasarlanan hastane, “hastaları öyle sınıflandırır ki her hastanın çevresiyle başkasının hastalığını ağırlaştırmadan, gerek hastane içinde, gerek dışarıda olsun bulaşıcılığı yaymadan, kendi durumuna uygun olanı seçmesine olanak tanır. Hastalık burada zoraki mekan olarak kendi makamıyla buluşur. (Tenon;1788: Foucault’dan(2002).

Avrupa’daki ilk hastaneler dini tesislere bağlı rahiplerin idare ettiği kurumlardır. Bu hastanelerde tek koğuş sistemi vardır. Fransa’da Hopital De Tunnere, 1223, hastane binaları için bir arketip / ilk örnek sayılmaktadır (Şekil 2.1). 12.yy’da Avrupa’da içinde kilisesi bulunan, iç avlulu büyük hastane binaları inşa edilmektedir. Roma’da Santa Spirito 12.yy hastanelerine örnektir (Şekil 2.2)(Mutlu,1973).



Şekil 2.2,Roma Santa Spirito,Mutlu,1973



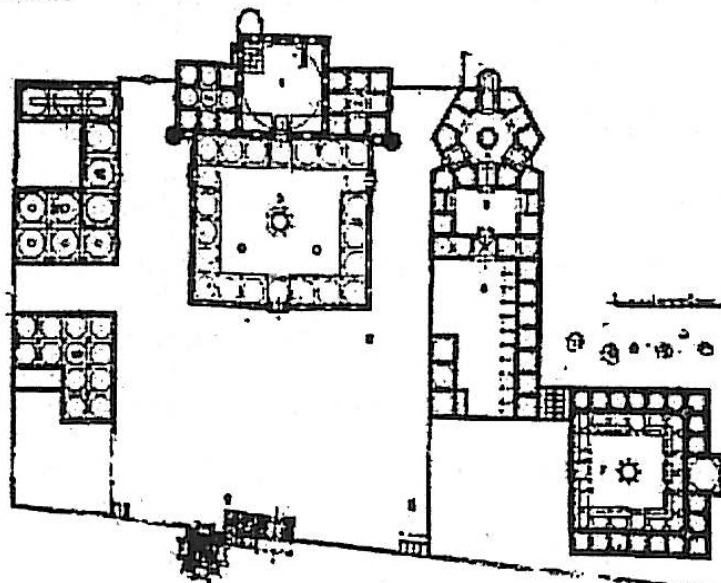
Şekil 2.1,Hopital De Tunnere,Mutlu,1973

Hastanenin ilk ortaya çıktığı Yunan ve Roma kültür çevrelerinde, hastaneler genelde şifalı sular kenarında konumlanmaktadır. Daha sonraları, hastaneler tapınak ve gymnasium kenarlarında doğal çevrede kurulmuştur. Bizans ve daha sonra Selçuk-İslam devrinde tıp okulları niteliğinde sağlık kuruluşları planlanmaktadır. Bu devirde yapılan hastaneler, cami, medrese ve hamam ile birlikte yapılmaktadır(Karataş,1979).

Ortaçağlarda tıp, kütüphanelerin etrafında çevrelenmişti. Sonraki üç yüzyıl boyunca klasik antik devirde olduğu gibi hasta yatağı başında klinik dersleri verildi. Ancak 19. yüzyılda tıp mesleği hastanelerin etrafında toplandı. Hastaneler, hastane tıbbi devri olarak karakterize edilen 19. yüzyılın başlarında, tıbbın gelişimine etki eden önemli bir faktördü(Demirhan,1982).

Cumhuriyet'e kadar Osmanlı'da, devletin ne resmi bir sağlık politikası olmuş, ne de sağlık hizmetleri bir devlet yükümlülüğü olarak resmen ilan edilmiştir. Tanzimat fermanında olduğu gibi, Islahat Fermanı, 1876 Anayasası ve II. Meşrutiyet'ten sonra Anayasa'da yapılan değişikliklerde sağlık hizmetleri konusuna ait bir hükme rastlamamaktayız. Halka karşı siyasi anlamdaki sağlık konusunda verilen tek mesajı ancak, II. Meşrutiyet'ten sonra İttihat ve Terakki Cemiyeti'nin programında görebiliriz. Programda halkın sağlık seviyesinin yükseltileceği ve toplumu etkileyen salgın ve bulaşıcı hastalıkları yok etmek için üzerine gidileceği belirtilmektedir (Shaw,1983).

Selçuk ve Osmanlı Türkleri'nde hastaneler sosyal tesisler ve mabetlerle beraber kurulmakta ve vakıflar tarafından idare edilmektedir. Ayrıca birçok darüşşifa (Bimarhane ya da hastane) ve tımarhane tıp medresesi ile beraber kurulmaktadır. Edirne II. Beyazıt Külliyesi Türk hastane binalarına arketip / ilk örnek olarak verilebilir (Şekil 2.3)(Sürmen,1991).



Şekil 2.3,Edirne II. Beyazıt Külliyesi,Sürmen,1991

Türklerin ilk kurduğu sağlık kuruluşu, 1206 yılında Kayseri'deki Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesidir. Aynı yüzyılda Selçuklular tarafından, Sivas, Divriği, Kastamonu, Aksaray, Mardin, Konya, Erzincan, Akşehir, Amasya, Çankırı ve Erzurum'da hastaneler kurulmuştur(Sur,2005).

Hastaneler konusuna gelince: Tanzimat'tan önce, devletin kendi eliyle doğrudan hizmete soktuğu hastaneler askeri hastanelerdi. Halka hizmet veren hastaneler ise Vakıf sistemi içerisindeydi. Ayrıca kendi çevrelerine hizmet veren azınlık hastaneleri de bulunmaktaydı (Akyay,1982).

Tanzimat'tan önce devletin halka dönük bir hastane yaptırıp yaptırmadığını bilmiyoruz. Buna karşın, Tanzimat'tan önce 1834 yılına ait devletin resmi gazetesi Takvimi Vekayi'de, askeri hastaneler dışında, yerleşim birimlerinde aciz ve fakirler için hastaneler açılmasının emir olduğu, biçiminde bir yazının yayınlanmış olduğunu öğreniyoruz (Özbay,1981).

Osmanlı Devleti'nin hastane konusundaki 1834'teki bu yeni yönelimi, Tanzimat'ın getirdiği modern devlet anlayışı zihniyetiyle iyice yerine oturmuş olsa gerekir. Tanzimat döneminde Osmanlı yönetimi dikkat çeker biçimde, hastane kurma faaliyetlerinin içerisindeydi. Bu dönemdeki ilk devlet hastaneleri Gureba hastaneleri olarak adlandırılmıştır. Devletin ülke çapında inşa ettirdiği hastanelerin sayısı her geçen gün artmıştır. Yalnızca İstanbul dışındaki hastanelerin 1905 yılındaki sayısı 40'ı bulmaktadır (Akyay,1982).

Sonuç olarak şunları söyleyebiliriz: Osmanlı yönetimi Tanzimat'tan sonra sağlık sorunlarına karşı belli bir ölçüde ilgi göstermiştir. Tanzimat felsefesinin bunda etkin rol oynadığı açıktır. Hem sağlık örgütlenmesi gibi niceliksel artışlar, hem sağlık anlayışının değişmesi gibi niteliksel gelişmeler yaşanmıştır. Bu dönemde halkın sağlık sorunlarına çözüm üretmede, başta gelen sorumlunun devlet olduğu anlayışı yerleşmeye başlamıştır (Aydın,1995).

Tanzimat ilanından sonra ülkemizde gerek eğitim, gerek bilimsel, gerekse de hizmet yönünden tıp ve sağlık alanında önemli gelişmelerin gerçekleştiği bilinmektedir

(Ünver,1983). Hatta Tanzimat dönemindeki atılımların başında, sağlık alanındakilerin geldiği bile ileri sürülmektedir (Güreşsever,1984).

Tanzimattan sonra ilk hastane, yeniden açılan Bezm-i Alem Gureba-i Müslimin kadın hastanesidir(1843). İlk açılan hastanelere Gureba adı verilmiş, II. Abdülhamid zamanında açılanlara Hamidiye Hastanesi denilmiştir(Sur,2005).

Toplumsal, bilimsel ve teknolojik birçok alanda çağdaş Batı dünyasıyla arasında derin uçurumlar bulunan Osmanlı'nın; Tanzimat döneminde, sağlık alanında sanki bu uçurumun kapanmasına gayret eden bir girişim içinde olduğu ileri sürülebilir. Buna tarihsel bir olayla örneklendirmek istiyoruz: Pasteur'un 1885'te kuduz aşısının bulmasından bir yıl sonra Padişah II. Abdülhamit 3 kişilik bir heyeti, bu konudaki eğitimleri için Pasteur'un yanına gönderir. Kuduz aşısı ve bakteriyolojiyle ilgili bilgileri edinerek, heyetin, altı ay sonra yurda dönmesinden hemen sonra ilk kuduz aşısı üretim merkezi 1887'de hizmete açılır (Unat,1970).

1871 yılını ülkemizde halk sağlığı hizmetlerinin resmi başlangıç yılı olarak kabul etmemiz gerekir. Memleket tabiplerinin görevlendirilmesi sağlık alanında ülke için yeni bir durumdur. Memleket tabibi yalnızca mesleğini yapan bir hekim değildir. O aynı zamanda taşrada, sağlık konularında devletin resmi bir görevlisidir. Görev yeri hastane değil, koşullara göre herhangi bir mekandır. Haftada iki gün tüm hastaları parasız muayene edecektir. Muayeneye çağrıldığı hastalar fakir iseler para almayacak, eğer hali vakti iyi ise belediyenin belirleyeceği tarifeye göre ücret alacaktır. Memleket tabiplerinin maaşları belediyeler tarafından ödenecektir. Bu tüzüğe göre, Belediyeler ayrıca bir eczane açacaklardır. Memleket tabibinin fakir hastalara yazdığı ilaçlar bu eczanelerden ücretsiz verilecektir. Görüldüğü gibi ülkemizde sağlık hizmetleri alanında devletin ülke çapında örgütlenmesinin başlangıç tarihi 1871 yılıdır(Aydın,1995).

Yirminci yüzyılın başında, sağlık alanında geleneksel birikim yerine bilimsel bilgiye dayanan profesyonelleşme, yani sağlık meslekleri ve uzmanlıkları gelişmeye, güç kazanmaya başlamıştır. Mesleklerin kurallara bağlanması ve örgütlenmesi ise yeni düzenlemeleri gerekli kılmıştır. Bunun doğal sonucu olarak eskiden uzman olmayan

hayırseverler tarafından yürütülen hasta bakım hizmetleri, uzmanların kontrolüne geçmiş ve yönetim gerekliliği ortaya çıkmıştır. Diğer toplumsal alanlarda geliştirilen yönetim teknikleri ve bilgi birikimi sağlık hizmetlerinin yönetiminde de kullanılmaya başlanmıştır. Bu gelişmelerin doğal sonucu olarak sağlıkla ilgili mesleklerdeki eğitim ile hasta bakımı kurallara bağlanmıştır(Demirhan,1982).

Bu doğrultuda, 1910 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde Carnegie Vakfı tarafından hazırlanan ve Flexner raporu olarak bilinen bir proje ile tıp eğitiminin hastanelerle bağlantılı olarak yapılması kararlaştırılmıştır. Bu yolla bilimsel bilgi birikimin, yani teorinin, klinik uygulama ile, yani pratikle bütünleşmesi sağlanmıştır. İlk kez John Hopkins Hastanesinde yapılan bu uygulamayı, başka ABD ve Kanada örnekleri izlemiştir(Sur,2005).

Sanayi devriminin gerçekleştiği 1850-1920 yılları arasında sağlık hizmetleri büyük ölçüde kentleşme, sanayileşme ve nüfus hareketlerinden etkilenmiştir. Bu dönemde hastalık ve bilim konusundaki yargıların değişmesi, sağlık alanında işbölümü ve uzmanlaşmanın artması, Batı Avrupa’da risk paylaşımı mantığından hareketle sigortacılığın ortaya çıkması, hayırseverlik ve yöneticilik kavramlarının yer değiştirmesi gibi başka etkenler her ülkenin kendine özgü sağlık sisteminin kurmasına yol açmıştır(Sur,2005).

Hastane binaları 1914’e kadar ayrı pavyonlar şeklinde inşa edilmektedir. Poliklinikler arası ulaşımın zorlaşması ve arsada alan kaybı nedeniyle artık hastane binaları ayrı pavyonlar olarak değil tek bloklar olarak ve I,T,H,L,Y gibi şeklinde tasarlanmaktadır(Mutlu,1973).

19.yüzyılda, özellikle ikinci yarısında, tıp bilimindeki gelişmeler birçok hastalık nedenlerinin altında, çevresi ve sosyal etmenlerin olduğunu ortaya koymuştur. Dolayısıyla bu tür hastalık nedenlerinin yok edilmesi de ancak ve ancak devlet hizmeti biçiminde olabileceği için, halkın sağlık sorunlarının çözümü devletten beklenir olmuştur. Bunun yanında siyasi ve sosyal hayatta gelişen kavramlarla farklılaşan devlet-birey ilişkisi sonucu; devlet yönetimleri asgari sağlık hizmetlerini temin etmeyi kendilerine düşen bir ödev olarak kabul etmeye başlamışlardır (Hobson,1975).

Bununla birlikte, tüm dünyada da 19.yüzyılın ikinci yarısında belirginleşmeye başlayan bu kavramların, yerli yerine oturması henüz tam değildi (Brockington,1975). Bu çerçevede Tanzimat sonrasındaki durumu beklide şöyle vurgulamak mümkündür: Bu dönemde devlet sağlık alanındaki görevini fark etmiştir. Kendisine düşen bu görevin, özellikle bir halk sağlığı ya da koruyucu sağlık hizmeti biçiminde olacağının ayırdındadır ve bu hizmetleri sunmak için de yöntemler denemeye başlamıştır (Aydın,1995).

Hastaneler daha önce de birçok ülkelerde vardı, ancak endüstriyel devrim, hızlı şehirleşmeye yardım ettiği için bu kuruluşların sayısı daha da arttı. O devirde, büyüyen şehirlere göç eden binlerce köylü için barınacak yer bulmak gerekiyordu. Bu göç edenler çoğunlukla tifo ya da tüberküloz gibi hastalıkların kurbanı oldular. Böylece kendilerine bakacak ne evleri ne de aileleri olmayanlar, hastane hastaları oldular(Demirhan,1982).

On dokuzuncu yüzyıl, günümüz tıbbının önemli bir özelliği olan uzmanlaşmaya gidişi sağladı. 19. yüzyıl boyunca tıp ve cerrahinin birçok bağımsız alt bölümlerinde uzmanlaşma oldu. Bu uzmanlıkların ana konusunu oluşturan hastalıklar, daha önceki devirlerde incelenmişlerdi ve bazen literatürde ayrı olarak söz edildiler. Ancak ilk kez 19. yüzyılda tıbbi bilgilerde büyük bir ilerleme oldu ve belli organlar ya da organ gruplarının hastalıkları ile ilgili çalışmalar yapıldı. Çeşitli tıbbi araçların bulunuşu, uzmanlıkların oluşumunda etkili oldu. Bu araçların kullanımı özel bir eğitimi gerektiriyordu. Bazı tıbbi olmayan faktörler, şehirlerin çoğalmasını ve gelişmesini sağladılar ve böylece hasta sayısında da artış oldu. Halk, uzmanlaşmayı destekledi ve uzmanların sayısı arttı(Demirhan,1982).

Hastane binaları önceleri yol ve demiryolu bağlantılarına yakınlığına göre inşa edilirdi. Artık yer seçimi sosyal adetler, yönetim kolaylığı ve ekonomik uygunluğa bağlı olarak gelişmeye başlamıştır(Karataş,1979).

20. yüzyılda özellikle tıbbi teknolojiadaki inanılmaz ilerleme, yeni tıbbi cihazların ortaya çıkması ile eğitim ve araştırma hastanelerinin önemini arttırmış, kaliteli personel

ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Araştırma hastanelerindeki çalışmalar, öğrencilerin eğitiminin en iyi şekilde yapılması, gelişen teknolojiye paralel olarak gelişen, ilerleyen, büyüyen hastanelerin oluşumunu hızlandırmıştır. Artık hastaneler sadece hastalıkların teşhis ve tedavisinin yapıldığı bir yer olmaktan öteye tüm gelişmelerin izlendiği geçmişte çözülememiş, gelecekte oluşabilecek tüm hastalıkları irdeleyen, araştıran, sürekli gelişme ve yenilenme çabasındaki en önemli sağlık kuruluşları olmuşlardır.

2.4.Çizgisel Olmayan Sağlık Hizmetleri Tarihi

Hristiyanlık çağının başlarına gelindiğinde, en az dört farklı medeni hastalık havuzunun bulunduğu sonucuna varabiliriz. Bu hastalık havuzları daha önceden onlara maruz kalmamış ya da bağışıklık geliştirmemiş topluluklara yayıldığında öldürücü olabilecek enfeksiyonlar içeriyordu. Bir havuzun diğerine akışı başlatmak için gerekli olan tek şey, bir enfeksiyon zincirinin, nüfusun hastalığı daima ya da en azından bir iki mevsim taşıyabilecek kadar yoğun olduğu yeni bir zemine sıçramasını mümkün kılan tesadüfi iletişimdi... Eski Dünya ile Çin, Hindistan ve Akdeniz arasında seyahatler rutin, düzenli bir hal aldığında... Bu hastalıkların homojenleşmesi imkanı da belirdi(Braudel: De Landa'dan (1997).

Kentsel ekosistemlerin, insan kültürlerinin hiyerarşik denetimine karşı koyan ve Doğu ile Batı'nın kaderlerini birleştiren bir başka bileşeni daha vardı: bulaşıcı hastalık. Avrasya'nın her iki yakasında da bulunan kentsel ekosistemler, hayvan hastalıklarının insan hastalıklarına dönüştüğü, nüfusun bu hastalığı endemik kılacak, insan taşıyıcılarla az çok kararlı bir birlikte varoluş göstermesine yetecek kadar yoğun olduğu epidemiyolojik laboratuarlardı. Ortaçağ Avrupası'nı etkileyen çocuk hastalıklarının bir çoğu, bir yada iki bin yıl öncesinde, klasik devirlerde ortaya çıkan dört ayrı laboratuarda (Akdeniz, Ortadoğu, Hindistan, Çin) üretilmişti. Örneğin çiçek hastalığı, muhtemelen Mezopotamya seferinden dönen askerlerce Roma İmparatorluğu'na getirilmişti. Bu merkezlerin her biri, bir süre diğerlerinden ayrı geliştirse de, aralarındaki ticaret (ya da savaşlar) yoğunlaştıkça birbirleriyle bağlantılı hale geldiler(McNeill: De Landa'dan (1997).

İpek yolu'nda sürekli gidip gelen uzun kervanlar ve Hint Okyanusu'ndaki yoğun deniz ticareti farklı hastalık havuzlarını birleştiren başlıca iletişim kanalları olarak görünüyor. Askeri güç, alışkanlıklar ve rutinleşmiş bir sistemle korunan bu kanallarda ipek ve başka malların yanı sıra mikroorganizmalar da seyahat ediyordu. Bundan bin yıl sonra Avrupa'da kentleşmenin hızlanması ve buna bağlı olarak ticaret için karada ve denizde düzenli rotaların yerleşmesi de daha küçük çapta benzer bir etki yarattı; Akdeniz sahilindeki kentlerde, kuzeydeki yeni kentleri tek bir hastalık havuzunda birleştirdi. Kent sistemlerinin mikroskobik bileşeninin homojenleşmesi, yararlı bir etki doğurdu: Hastalık havuzları yalıtılmış kalsalardı, aralarındaki herhangi bir temas hızla yayılacak salgınlara yol açabilirdi(De Landa,1997: Kılıç'tan (2006).

Ekleme gerekir ki, kent nüfusları hastalıkların endemikleşmesi konusunda tek etken değillerdi. Vahşi hayvan popülasyonları da, mikrop kolonilerinin yuvasıydı ve bu hayvanlarla insanlar arasında gerçekleşen temaslar feci sonuçlar doğurabiliyordu. 1346'da Avrupa'yı vuran hıyarcıklı veba salgını da böyle ortaya çıkmıştı. Hastalığa sebep olan basil, Himalayalar'ın eteklerindeki fare ve pire nüfusu arasında endemik hale gelmişti. Moğol İmparatorluğunun yayılması, eski düşük yoğunluklu ticaret yollarının karmaşık bir kervansaraylar ağına dönüşerek Kuzey Avrasya steplerine kadar uzanması ve Çin ile Avrupa'yı birleştirmesi insanlar için de fareler için de yeni hastalık kanalları yarattı(De Landa,1997: Kılıç'tan (2006).

Dolayısıyla ortaçağ kentlerini tek bir hastalık havuzuna çeviren, buralardaki bulaşıcı hastalıkların salgın hale gelmesini önleyen aynı yakın temaslar, salgını hızla tüm Avrupa'ya yayan hastalıklı fareler ve pireler ile insan nüfusu arasında sınır-ötesi teması mümkün kılarak artık kentler aleyhine işlemeye başladı. İlk büyük salgında (1346-50) Avrupa nüfusunun üçte biri telef oldu(De Landa,1997: Kılıç'tan (2006).

İşler genel olarak terk edilmiş olsa da, hükümet hiyerarşileri soruna karantina, gözetim, ilaçlama, yol barikatları, sıkı tecrit ve sağlık sertifikası gibi çeşitli yöntemlerle karşı koydu. Ne var ki, bu planlı yanıtlar etkisiz kaldı. Sebep sadece kısıtlandırılmış rasyonalitenin kısıtlılıkları değil, aynı zamanda salgının nedeninin (basil) ve bulaşma yönteminin anlaşılmamış olmasıydı. Bu sorunların yanıtları ancak 19. yüzyılda

bulunabildi. Yine de, hayatta kalanların gözünde seküler makamlar en azından karşı koyma çabası göstermişlerdi; oysa kilise hiyerarşileri acil duruma ayak uydurmakta yetersiz kalmışlardı. Salgından kilise otoritesi hasar görmüş bir halde, seküler hiyerarşilerse güçlenerek çıktı. Fakat nihayetinde salgını durduran planlı bir yanıt değil, deneme-yanılma yoluyla salgına ayak uydurma çabasıydı(McNeill: De Landa'dan (1997).

Evcilleştirilmiş hayvanlar ve insanların yakın bir ilişki içinde yaşadığı ortaçağ kentleri, düpedüz birer “epidemiolojik laboratuvar” dı. Bu kentler belli mikroorganizmaların evrimleşip yeni varyantlar oluşturması için mükemmel bir habitat sunuyorlardı. Varlığı yüzyıllar boyunca fark edilemeyeceği için, kentsel ekosistemlerin bu kritik bileşeni aslında insanların kontrolü dışındaydı. Avrupa’da Karantina önlemleri 15. yüzyıldan beri varsa da, salgın hastalıklara verilen kültürel tepkiler, bilinçli bir plan olmaksızın, deneme-yanılma yoluyla gelişen alışkanlıklar ve rutinlerdi. Bunlar bir anlamda, bilinçsiz bir biçimde biriken ve asalaklar tarafından ayıklanan kültürel malzemelerdi. Dolayısıyla insanlar ve mikroplar, kent kültürünün hizmetindeki besin hiyerarşisinin diğer unsurlarının tersine, sürüklenme yoluyla bir arada gelişerek bir ağ oluşturuyorlardı(De Landa,1997: Kılıç’tan (2006).

Kent kültürü yavaş yavaş kısıtlıkların ve salgınların organik kısıtlamalarından kendini kurtarıırken, Avrupa kentlerindeki kurumlar topluluğu da önemli bir dönüşüm geçirmekteydi. Askeri kurumlar, tıp kurumları, eğitim kurumları ve yargı kurumları, gerçek anlamda, hiç olmadıkları kadar “biyolojik” hale gelmişlerdi: Geleneğe ve sembolik jestlere artık o kadar bağlı olmayan hiyerarşileri, iktidarı da giderek insan bedeninin işleyişine uygun kılınan bir biçimde kullanmaya başlamıştı. 18. yüzyılın ortalarında başlayan insan nüfusu patlaması bu dönüşümün doğrudan sebebi değilse de yeni bir örgütlenmeler neslinin kurumlar topluluğu arasında yaygınlaşmasına katkıda bulunmuştu(De Landa,1997: Kılıç’tan (2006).

Modern hastanenin doğuşu, gerçekleşmekte olan kurumsal dönüşümlere iyi bir örnektir. Batılı doktorlar antik devirlerden beri, tıp bilgilerini neredeyse yalnızca kadim, etkili metinlerden (örneğin Kalino’un yazmalarından) edinegelmişlerdi.

Belirmekte olan tıp mesleğiye tersine hastaneler etrafında örgütlendi ve ilk kez metinlerden uzaklaşıp biyolojik bedenlere yoğunlaşabildi. Dahası bu epistemolojik kopuş hastanelerin doğuşundan önce değil, onlarla birlikte gerçekleşti. Yeni hastaneler mekanın yeni ve farklı bir biçimde kullanılmasının somutlaşmış halleriydi, hastalıkların yakından izlenmesini ve nedenlerinin yalıtılmasını mümkün kılan bir kullanımdı bu. Okyanuslardaki ticaret yollarında ticari mallar, para, düşünceler ve mikroplar hep beraber aktığından, donanma hastaneleri salgına neden olan karmaşık etkenler bileşiminin çözülmesi için mükemmel bir ortam oluştuyordu(Foucault,1979: Kılıçbay'dan (1992).

On sekizinci yüzyıl süresince yalnızca hastaneler değil, bütün bir kurumlar topluluğu değişti. Yine de bu değişimi tıbbi terimlerle tanımlamak yararlı olabilir. Foucault, bu kurumsal değişimin gerisindeki kılavuz ilkeyi şu deyişle etkileyici bir biçimde tanımlamıştı: Cüzamlılara 'veba kurbanı' muamelesi yapmak. Avrupa'da cüzamdan mustarip insanlar, geleneksel olarak genelde ortaçağ kasabalarının surları dışına inşa edilmiş özel binalara kapatılırdı. 13. yüzyıla gelindiğinde böyle on dokuz bin özel bina vardı(Foucault,1979: Kılıçbay'dan (1992).

Öte yandan vebanın vurduğu bir kasabanın halkı daha farklı bir işleme tabi tutulurdu; en azından daha 15. yüzyılda bile karantina düzenlemelerini oturtmuş olan Akdeniz ülkelerinde durum böyleydi. Vebalı kasabanın halkı toplumdan uzaklaştırılmak, gözlerden uzak bir yerde tecrit edilmek yerine evlerinde tutulur, özel sağlık müfettişlerince her gün titizlikle izlenir, vaziyetleri kayıtlara geçirilirdi. Gözlemcileri merkezi komutaya bağlayan bir rapor akışı oluşurdu böylece. Dolayısıyla bu iki bulaşıcı hastalık farklı kurumsal yanıtlar doğurduğundan, birinin izlenmesinden edinilen görüşler, diğerinden doğabilecek görüşlerle birleştirilebildi ve tıbbi olmayan sorunlara uygulanabildi(Foucault,1979: Kılıçbay'dan (1992).

18. yüzyıl hastaneleri optik makineler haline gelmişlerdi, nüfuz edici klinik bakışın eğitilebileceği, geliştirilebileceği yerlerdi; aynı zamanda yazı makineleri, "kayıt ve belgelemeye dayalı yöntemlerin uygulandığı büyük laboratuvarlar" dı; viziteler, muayeneler, dozlar ve reçetelerle ilgili her ayrıntı titiz bir biçimde kaydedilirdi. Bu

anlamda, bu modern cüzam evi karantinaya alınmış kent merkezini gerçekten de içselleştirmişti. Öte yandan bireylerin belli bir kategorilere (sağlıklı /hasta, normal/anormal) zorunlu olarak atanmasını sağlayan test ve muayene işlerini yürüten hastaneler, cüzam işleminde kullanılmış olan ikili bölme ve işaretleme stratejisini benimsiyorlardı. Kısacası, hastalıkların kontrolü konusundaki disipliner yaklaşımlar iktidarın evriminde ileri bir “aşama” yı temsil etmez; daha ziyade yüzyıllardır birikmekte olan malzeme karışımına eklenmiş yeni unsurlardır(De Landa,1997: Kılıç’tan (2006).

Eski kurumlar yani cüzamlıların bulunduruldukları zindanlar, şahısları görünürden uzaklaştırırken, modern hastaneler insanların bedenlerini daha görünebilir kılmıştır.

Tıpkı vebanın daha sonra hastanelerde mineralleşecek yöntemlerin ve rutinlerin yaratılmasına yol açması gibi, 19. ve 20. yüzyılın kolera salgınları da kamu sağlığı ve hijyenle uğraşan birkaç kent kurumunun ortaya çıkmasını hızlandırdı. 1832’deki ilk salgına cevaben, Britanya kasabalarında yerel sağlık kurulları ortaya çıktı. 1848’de ikinci kolera dalgası geldi, bu kez kamu sağlığını korumaya yönelik uzun erimli programlar uygulamak amacıyla merkezi bir kurumu oluşturuldu. Kolera sudan bulaşan bir hastalıktı, dolayısıyla salgına verilecek cevabın su temini ve kanalizasyon atıkları için yeni sistemlerin kurulmasını da mutlaka içermesi gerekiyordu. Gerekli altyapının nüfuz edici bir nitelik taşıması ve o zamanlar salgınların hala pis ve zehirli hava kuramıyla açıklanıyor olması, projeye direnç gösterilmesine neden oldu ve bu engeller ancak koleranın yarattığı büyük korkuyla aşılabildi. Avrupa’nın başka bir bölgelerinde ve Avrupalıların yerleştiği topraklarda da benzer durumlar yaşanıyordu(De Landa,1997: Kılıç’tan (2006).

McNeill, koleraya ilk “sanayi hastalığı” der. Böyle demesinin sebebi koleranın fabrika kasabalarında başlamış olması değil, koleranın Avrupa’ya Hindistan’dan, buharlı gemi ve demiryolu gibi yeni teknolojilerle gelmiş olmasıdır. Bu kanallar mikroorganizmaların hiç olmadığı kadar uzaklara, hiç olmadığı kadar hızlı ulaşmasını mümkün kılıyordu: Bengal’de 1826’da başlayan bir kolera salgını Avrupa’ya 1831’de, ABD’ye 1832’de ve Meksika’ya 1833’te ulaştı. Buna bağlı olarak kolera, salgınlara

uluslar arası işbirliğiyle yanıt verilmesi yönündeki ilk girişimleri de hızlandırdı(De Landa,1997: Kılıç'tan (2006)).

Salgınlarla mücadelemiz sırasında ortaya çıkan tıp ve kamu sağlığı kurumlarının 1900 yılı civarında kentleri bir eşiğe sürüklediğini söyleyerek başlayabiliriz: Binyıl içinde ilk kez büyük kentler, kırsal kesimden sürekli göç akışı olmaksızın insan nüfusunu yeniden üretebilir hale gelmişti. Kent bir anlamda kendi kendini üretir hale gelmişti(De Landa,1997: Kılıç'tan (2006)).

Deleuze ve Guattari'ye göre, katmanlanma ve katmansızlaşma bakımından insanlık tarihine damgasını vuran şey, ilerleme aşamaları değil, envai çeşit malzeme birikimlerinin yan yana bulunmalarıdır; birbiriyle etkileşim içindeki bu birikimlerin geçirdiği katmanlanma ve katmansızlaşma süreçleridir. Bu anlamda, II. Dünya Savaşı sonrasında böcek ilaçlarının ve tarımsal ve tıbbi pratiklerimizin geri dönülemez bir biçimde güçlendirdikleri, antibiyotiklere dirençli genlerin önemli miktarlara ulaştığı düşünüldüğünde, çağımızı “enformasyon çağı” ile aynı derecede geçerli olmak üzere “böcekler ve mikropların ikinci çağı” diye de niteleyebiliriz. Bu kitapta da göstermeye çalıştığım gibi, birbiriyle yan yana bulunan bu “çağ” karışımları yeni değildir, her zaman insanlık tarihinin başlıca niteliklerinden biri olmuştur. Ortaçağ kasabaları hem dilsel hem de epidemiyolojik laboratuarlardı, surları içinde birçok şey toplanmıştı: para, beceri, asalaklar, büyükbaş hayvanlar, el yazmaları, saygınlık ve iktidar. 19. yüzyılda kolera salgınları, kamu sağlığı örgütlenmeleri doğururken, kömürün ve buharın cansız gücü dünyayı yalnızca tek bir hastalık havuzuna değil, aynı zamanda tek bir normlar havuzuna ve elbette tek bir dünya ekonomisine de çeviriyordu. Milyonlarca insanın yanı sıra çok çeşitli başka malzemeler, hammaddeler, gümüş, lüks mallar, evcilleştirilmiş türler, yatırım sermayesi, silahlar vs.'yi okyanusları aşarak yeni Avrupalara taşıyan gemilerde sıçanlar, sıçanların pireleri ve mikropları da seyahat ediyordu(De Landa,1997: Kılıç'tan (2006)).

Bir yandan da 19. yüzyıl, bu tehlikeli karışımları ayırtırmaya adanmış kurumların yayılmasına tanık oldu: Donanma hastaneleri, okullar, hapishaneler ve fabrikalar ortaya çıktı. Hastaneler, okullar, kırsal ve hapishanelerde gerçekleştirilen

ayıklama işlemleri, farklı tiplerde sınamalar içerse de, insan bedenlerinin akışı üzerinde yarattıkları homojenleşme etkisi bu bedenleri farklılaşmanın olmadığı bir kitleyle kaynaştırma yönünde değil, tam tersine, bireysel farklılıkları iyice görünür kılarak yeni meritokrasiler arasında gereğince dağılabilmelerini sağlama yönündedir(De Landa,1997: Kılıç'tan (2006).

Kurumların belli bir biçimde yayılması, önceden var olan süreçlerin yoğunlaşmasının bir sonucu olabilir. Sonuçta ortaya çıkan yapılar, yalnızca önceden var olanların oluşturduğu karışıma eklenirler, onlarla etkileşime girerler, fakat hiçbir zaman önceden var olan yapıları, gelişmenin bir önceki aşaması olarak arkalarında bırakamazlar.

BÖLÜM 3

SAĞLIK KURULUŞLARI

3.1.Sağlık Kuruluşları Tanımı Ve Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, sağlık kuruluşları tarafından yerine getirilir. Bir sağlık kuruluşu toplum sağlığını korumak için; koruyucu, teşhis ve tedavi edici fonksiyonları yerine getirir. Birçok sağlık servisi ve yardımcı servislerden oluşur. Sağlık kuruluşlarının özellikleri, verdikleri hizmetin kalitesi, sayıları, türleri, dağılımları, toplumun sağlık bakımından önemli rol oynar(Tezel,1985).

Sağlık bakımı kuruluşlarının gelişimindeki tarihsel etkiler nedeniyle, sağlık servisleri için kuruluş türleri çok çeşitli olup, tek bir sınıflama sistemi mevcut değildir. Eğilim; hastaneler, klinikler ve yaşlılar evi gibi farklı gruplar tarafından kullanılan kuruluşların ele alınışı ve kombinasyonu ile gerçekleştirilen, bir sınıflama sisteminin uygulanmasına doğrudur(Karataş,1979).

Hastanede, her biri bir başka hastalığın taşıyıcısı olan bireylerle uğraşılır; hastane doktorunun rolü, hastadaki hastalığı keşfetmektir; ve hastalığın bu içselliği, hastalığın sıklıkla hastada gömülü bir şifre gibi onda gizli olmasını düşündürür. Klinikte, tersine taşıyıcısı fark etmeyen hastalıklarla uğraşılır: Var olan kendine özgü vücudu olan hastalıktır, hastanın değil, bizzat hastalığın vücudu, onun gerçeğinin vücududur. Hasta, sadece içindeki bazen karmaşık ve bulanık metnin okunduğu şeydir. Hastanede, hasta hastalığının öznesidir; yeni bir vaka söz konusudur. Modelin söz konusu olduğu klinikte ise, hasta hastalığının kazası, hastalığın eline geçirdiği geçici bir nesnedir(Foucault,2002).

Sağlık sisteminde çok önemli bir yere sahip olan hastaneler, uzman ve yardımcı personeli ve sağlık bakımında gerekli olan bütün donatım ve malzemeyi bünyesinde bulunduran, toplumun sağlık alanındaki tüm ihtiyaçlarını ve gereksinimlerini

karşılayan, toplumu koruyan, teşhis, tedavi ve bakım için bütün bakım hizmetlerini yüklenen kuruluşlardır.

Hastane : binası, donanımı, doktoru, hasta bakıcısı ile insanlığın acılarını dindiren, hastalıklarını tedavi eden, bulaşıcı hastalıkların yayılmasına mani olan, civar halkının sağlığını korumak için onlarla devamlı iletişim içinde olan, içinde hastalıklarla mücadele için ilmi tetkikler, araştırmalar yapılan ve memleketin sağlık takımına doktor ve hasta bakıcı yetiştiren sosyal bir kurumdur(Mutlu,1973).

Hastaneler, yalnızca hasta ve yaralının yaşama mekanları olmaktan çıkmış, çok karmaşık bir mekanizma olmuştur. Şöyle ki, sosyal ve sağlık organizasyonunun bir parçası, fonksiyonu insanlara hem tedavi edici hem önleyici tam bir sağlık bakımı sağlamak olan, dış hasta hizmetleri hastanın evine kadar ulaşmış bir kuruluş ve aynı zamanda, araştırma ve sağlıkla uğraşanların eğitimi için bir merkez olmuştur(Knowles,1975: Tezel'den (1985).

Bilimsel gelişmelerin uzmanlaşmayı ve çağdaş hastane duvarları içinde ileri teknolojinin yerleşmesini olanaklı kıldığı bir gerçektir. Tıp bilimindeki ilerlemeler tıbbi bireyden bir sosyal servise dönüşmüştür ki bu servisin kurumsal biçimi hastanedir(Knowles,1975: Tezel'den (1985).

Bir hastanenin en kaliteli personeli ve en son teknoloji ürünü tıbbi cihazları bünyesinde barındıran, standartlara uygun planlanması gerekmektedir. Modern hastane tanımı içinde, sağlık hizmetlerinin eşit olarak sunumu, eldeki olanakların en iyi şekilde kullanılması, kontrollü harcamalar, teşhis kapasitesinin artırımı, bölümler arası organizasyonun iyi şekilde sağlanması, hastanenin fiziksel çevresinin geliştirilmesi, eldeki olanakların en iyi şekilde kullanılması, akıllı bina özelliğinin olması yer almaktadır.

Hastaneler arasında büyüklük, işletme ve sağladıkları hizmetler yönünden çeşitli farklılıklar vardır. Fakat hepsinin ortak yönü, insanların sağlık problemleriyle uğraşmalarıdır. Büyüklüklerine, fonksiyonlarına, ait oldukları kuruluşlara, durumlarına

3.3.Türkiye Ve Dünya'daki Mevcut Sağlık Hizmetlerinin Ve Hastanelerin Durumu

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu kamu, özel ve gönüllü kuruluşlar tarafından gerçekleştirilir. Kamu eliyle sunulan sağlık hizmetlerinde çok başlılık göze çarpmaktadır. Kamu sağlık hizmetlerinin sunumunda Sağlık Bakanlığı hastanelerinin ağırlıklı bir yeri vardır. Ayrıca SSK, üniversite hastaneleri, Milli Savunma Bakanlığına bağlı hastaneler, diğer bakanlıklara bağlı hastaneler ve belediye hastaneleri bulunmaktadır. Özel sağlık kuruluşları sağlık hizmetlerinin sunumunda 1980 sonrası gelişme göstermiş ve kısa zamanda hızla artarak tüm hastane sayısının %21'ine ulaşmıştır (Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı; Sağlık Bakanlığı 2002 Yayını).

Türkiye'deki hastanelerin yaklaşık %60'ı ve hastane yataklarının yaklaşık %50'si Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır. Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri ise, ülke nüfusunun %50'sinin sağlık hizmetinden sorumlu olmasına rağmen, sahip olduğu yatak sayısının miktarı bu oranın %16'sı civarındadır. Özel hastane sayısının toplam hastane sayısına oranı %23'tür ve bunların sahip olduğu yatak sayısı toplam yatak sayısının %8'ine tekabül etmektedir(Sağlık Bakanlığı, yataklı tedavi kurumları istatistik yılı,2003).

Özel hastaneler, toplam hastane sayısı açısından ikinci sırada yer alırken (%23), hasta yatağı sayısı bakımından beşinci sırada (%8) yer almaktadır. Özel hastane sayısı ile özel hastane yatak sayıları arasındaki bu dengesizliğin nedeni, özel hastanelerin kârlı olan poliklinik hizmetlerine yönelmiş olmasından kaynaklanmaktadır(Sağlık Bakanlığı, sağlık istatistikleri yılı,2002).

3.3.1.Türkiye'de mevcut sağlık planlaması ve hastaneler

Nüfusun sosyo-ekonomik yapısı hastane tiplerini ve planlamasını belirlemektedir. Örneğin, köylü nüfusa hizmet edecek bir sağlık ocağı binası az katlı iken, şehirli nüfusa hizmet edecek büyük ölçekli bir hastane binası çok katlı ve tüm sağlık hizmetlerini barındırmaktadır. Şehirdeki hastanelerden tam kapasite ile yararlanırken, kasabalardaki sağlık ocakları ise büyük tedavilerde yeterli olamamaktadır(Oğultekin,2001).

Niteliksel olarak, temel alınan belli bir yıla göre mevcut hastane sisteminin bulunduğu şehrsel alandaki nüfusun sosyo-ekonomik özelliklerine ilişkin bilgiler, her bir hasta orjin alanının merkezinden her bir hastane yerine uzaklık ile saptanabilecek bilgiler ışığında hastane binası ihtiyacı saptanabilir(Ertürk,1991: Oğultekin'den(2001).

1970'li yıllarda Türkiye'nin en gelişmiş hastanesi, gerek yapısal olarak gerekse hizmet açısından, Hacettepe Üniversitesi Hastanesiydi. Özellikle tıpta, tıbbi teknolojisi geliştikten sonra tıbbın spektrumu çok gelişti. Eskiden kampus tarzı hastaneler yapıldı. Ankara Üniversitesi kampüsü, Hacettepe Üniversitesi Kampüsü vs.. klinik düzeni mevcuttu. Ortopedi, dahiliye kliniği vb.

Sonraki yıllarda yapı teknolojileri değişti. Tüm hesap kitaplar değişti. Yapısal özelliklerle beraber sağlık sisteminin mimariyle entegrasyonu önem kazandı. Sağlığın kendi içinde, klinikler arasında entegrasyonlar ortaya çıktı. Hızlı bir şekilde telemedisin denilen bir kavram ortaya çıktı. Bu kavram; Aile hekimliğinin bireyden başlayarak aile, aileden hastaneye, hastaneden kompleks bir üniversite hastanesine ulaşma organizasyonudur.

Aile hekimliğiyle beraber kaynakların düzenli kullanımı sayesinde vatandaşın sağlığa ulaşma zamanı kısılacak.

Organizasyon-----→Koordinasyon-----→Sonuç olmalı.

Bu ilişki çok önemli. Türkiye'deki en önemli sorunlar bu üçü arasındaki bozukluktan kaynaklanmaktadır.

SSK, Bağkur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart olmak üzere değişik sosyal güvenceler vardı. Dolayısıyla insanların ihtiyaçları da değişti. Çalışan insan düzeninde düzensizlik, kaynak kullanımında sorun, hizmetin sonuçlandırılması ve ulaştırılmasında sorunlar vardı. Genel Sağlık Sigortası sistemi ile birlikte tüm sosyal güvenlik hakları tek bir kaynaktan elde edilecek. Böylece kurumsallaşmada daha iyi bir yere varılacaktır.

Türkiye'nin geneline baktığımızda yeni büyük hastaneler açılıyor. Politikaları bütün sağlık kurumlarının tek bir elden yönetilmesi olmalı. Ama bu devlet eliyle

olmamalı, devlet hem yönlendirici, destekleyici hem de yönetici, denetleyici durumunda olmalıdır.

Gebze’de John Hopkins Hastanesi, ya da İstanbul’da Acıbadem Hastanesi açılması bireysel hastaneler olmalarından dolayı, bu sisteme dahil olamadıklarından çok da önemli değildir. Kurulacak sistem mutlaka bir özel sigorta sistemi ya da devlet sigortasıyla desteklenen olmalıdır. Bununla beraber tüm sağlık birimlerinin tek kuruluş tarafından verimlilik esasına dayalı organizasyonu gerçekleştirmektir.

Aile hekimliği--→Tıp merkezleri--→Devlet hastaneleri--→Üniversite hastaneleri tek bir sistemin parçası olarak birbirleriyle entegre, birbirleriyle koordine bir sistem oluşturabilirler.

Hastane ihtiyacının belirlenmesinde sadece kentli nüfusu göz önünde bulundurulmamaktadır. Civar şehirler, köy ve kasabalardan gelebilecek nüfus, bir hekime düşen hasta sayısı, yatak ve teçhizat sayısı, bunların kısa ya da uzun vadeli tedavilere olanak sağlaması ve daha birçok faktör göz önüne alınmaktadır. Burada hekim ve sağlık personelinin sayıları, ilaç tedariki, bir hekimin bakabileceği hasta sayısı tüm bunlar mevcut sağlık örgütlenmesinin niceliksel boyutunu belirlemektedir.

3.3.2.Dünyadaki mevcut sağlık planlaması ve hastaneler

Avrupa’da son 50 yılda ciddi politik ve sosyo-ekonomik değişiklikler yaşanmıştır. II.Dünya Savaşı’ndan sonra, savaşın zarar verdiği ülkelerin servis ve altyapıları yeniden inşa edildi. Hastane binaları da yeniden inşa edildi. Bulaşıcı hastalıklar ve yetersiz beslenme ile savaş verildi. Doğu ve Batı arasındaki politik farklılıklar, ekonomik açıdan yenileşme ve gelişmeleri olumsuz etkileyerek soğuk savaşa neden oldu. WHO’nun görevi, sağlık servislerinin yeniden inşa edilmesidir. Çeşitli sağlık sorunlarıyla ilgilenir, konferanslar düzenler(Foucault, Uysal’dan (2002).

Tarihsel süreçte, teknolojik ilerlemelerle birlikte artan nüfus, gelişen toplum yapısı ve yükselen yaşam standartları ile oluşabilecek sağlık sorunları ve diğer pek çok sosyal sorun ancak Sosyal Güvenlik Sistemi ile çözülebilir. Pek çok Avrupa ülkesinde

bu sosyal güvenlik sistemi oldukça gelişmiştir. Bu sistem bir bireyin tüm ihtiyaçlarına cevap veren ve tüm haklarını koruyan bir sistemdir.

Her ülkenin kendine ait bir sağlık örgütlenmesi ve planlaması mevcuttur. Ama tüm dünya insanları için geçerli olan sağlık politikası HİS, herkes için sağlık evrensel, tüm dünya ülkeleri için geçerli bir sistemdir.

Değişen bir dünyanın yansımaları : soğuk savaş, küreselleşmeden yararlanamayan yoksul ülkelerin daha da yoksullaşması, politik gerilimler, etnik ayrılıklar, özelleştirme tehditi, çevresel ve doğal felaketler, aşırı yoksulluğun neden olduğu hastalıklar, bakımsız çevreler, şiddet, mafya çatışmaları, alkol, uyuşturucu, intihar sorunları, aile yapısını bozan olaylar, yanlış sanayileşme, su ve doğal kaynakların yanlış kullanımı, atıkların doğaya zarar vermesi, trafik kazaları, bulaşıcı hastalıklar başlıca temel sorunlardır. Kalkınma politikaları ile ülkeler kendilerini düzeltebilirler(Foucault, Uysal'dan (2002).

Amerika'daki hastanelerin genel planlamalarına baktığımızda, tabana yayılan çok büyük alanlar, bu alanlarda değişik programlar mevcut. Girişte geniş oturma alanları, geniş fast-foodlar, büyük alışveriş yerleri göze çarpar. Sanki bir hastaneye değil de, alışveriş merkezine giriyormuş havası yaratılmış. Peyzaja çok önem verilmiş. Üst katlar ise tamamen kliniklere ayrılmış durumda.

İngiltere ve Almanya'daki hastanelerin organizasyon açısından özellikleri şunlardır : İngiltere'deki hastanelerin önemli bir kısmı II. Dünya Savaşından sonra devletleştirilerek Ulusal Sağlık Teşkilatı içinde organize edilmiştir. 1974 yılında yeniden düzenlenen Ulusal Sağlık Teşkilatında ülke 14 bölgeye ayrılmış, bu bölgeler içinde de dar bölgeler oluşturulmuştur. Dar bölgeler içinde ise, sağlık hizmetlerinin yerinden yönetim birimleri olan alt bölge sağlık teşkilatları oluşturulmuştur. Hiyerarşik olarak birbirine bağlı olan bu teşkilatların en üstünde Bakanlık örgütü bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevi, alt bölge sağlık teşkilatlarına verilmiştir. Dolayısıyla hastaneler de bu teşkilatlara bağlanmıştır(Seçim,1995).

BÖLÜM 4

HASTANE BİNALARININ PLANLAMA SÜRECİ

4.1.Hastane Binalarının Programlanmasındaki Ana Unsurlar

Bir hastanenin planlanması çok önemlidir. Çünkü söz konusu olan insan sağlığıdır. Hastane binaları uzun ömürlü yapılar oldukları için zaman içerisindeki gelişmelere adapte olacak şekilde planlanırlar. Bunun için hastane planlaması, geleceğe yönelik geniş inceleme gözlem ve deneyimlere dayalı bir şekilde planlama, programlama ve tasarlama aşamalarından oluşur.

Planlama yapılırken öncelikli olarak, nüfusun çoğalması ve gelişen teknolojiyle birlikte sürekli artan istekler göz önünde tutulmalı, yenilikleri tüm büyüme ve gelişmeleri bünyesinde barındırabilecek bu kapasiteye sahip hastane yapıları oluşturulmaya çalışılmalıdır.

Planlama ve programlamadaki asıl hedef uzun vadeli olmalarıdır. Bu ilerde farklılaşan kullanıcı isteklerine uyum sağlayabilmeyi ve ileride oluşabilecek sorunlara en iyi çözümü sunabilmeyi sağlayacaktır. Bunun içinde programdaki tüm mahaller gerek işlerlik gerek alan büyüklükleri gerekse büyüme ve değişmeye uyum sağlayabilecek şekilde iyice araştırılmalıdır.

Hasta tatmini hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunulmasının sosyo-kültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam tarzına, önyargılarına) uygunluğuna bağlı bir fonksiyon olarak tanımlanmaktadır. Hasta tatminini belirleyen birinci faktör, müşteri beklentileridir. Hastaların sağlık kurumlarında görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, hastaların yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi, sosyal kültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlere göre farklılaşmaktadır. Hasta tatminini belirleyen ikinci faktör ise hastaların aldıkları hizmete ilişkin algılamalarıdır. Algılar, bireylerin aldıkları hizmetler ve hizmet üretim

süreci ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülmektedir. Algılama faktörü, müşterinin özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır. Tüm bunlar göz önüne alınarak planlama süreci başlatılmalıdır.

Hastane yapılarına yönelik sorunları proje aşamasında çözmeyi hedefleyen, yapı teknolojisinde en son yenilikleri uygulayabilen, günümüz insanların gereksinimlerini karşılayabilecek konfor ve donanıma sahip çağdaş sağlık yapılarının elde edilmesi ve ortaya çıkan yeni modellerin yeni yaptırılacak sağlık yapılarında kullanılması yanı sıra bu projelerin mevcut sağlık yapılarının iyileştirmesi çalışmalarında da kullanılması sağlanmalıdır.

4.1.1.Programlama ve tasarlama süreci

Programlama; kullanıcı, müşteri, tasarımcı yada geliştirmecinin ihtiyaçlarını karşılamak tasarım direktiflerinin oluşturulduğu bir bilgi işleme sürecidir(Sanoff,1992).

Mimarlıkta programlama; planlı girdileri belirli amaca yönelik ve istenen çıktılar haline dönüştürecek, eylemleri ve işleri kapsayan bir süreçtir. Bu süreç, çoğu durumda mimari planlamanın bir alt aşaması veya uygulama adımı niteliğindedir. Bu durumda programlara mimari planlamanın bir ara kesiti olarak bakılabilir(İnceoğlu,1978).

Programlama; mimarlıkta yaşanabilirlik için gereklidir. Programlama süreci hedeflerin belirlenmesi, hedeflere ulaşmak için gerekli olan eylem ve işlevlerin açıklanması, işlevsel programla son bulan işlevsel gerekliliklerin ifade edilmesini içerir. Problemin algılanması, problemin saptanması, tanımlanmasıyla, problemin çözülmesi, programlama adımlarıdır(Preiser,1991)

Dark'a (1993) göre mimari programlama tanımı şu şekildedir:

“...bina tasarımında doğru bilgi ve tasarım sonucunda en iyiyi elde edebilmek için bilgilerin kullanılma yöntemidir. Programlama binanın gelecekteki kullanıcılarının arzularını, isteklerini gerçekleştirmek için oluşturulan yöntemdir.”

İnceoğlu (1982) bu konuda şöyle demektedir:

“... tasarlanacak çözüm için gerekli verilerin hazırlandığı, tanılamaya (teşhise) yönelik bir planlama süreci, diğer bir deyişle mimari amaçların ve isteklerin anlaşılabilir ve anlatılabilir bir biçimde ifade edilmesidir.”

Tanımlardan da anlaşıldığı gibi programlama, binayı yaptıran kişi ve binayı gelecekte kullanacak kişilerin ihtiyaç ve isteklerinin belirlenerek tasarımcıya aktarılması amacıyla toparlanan bilgilerin organize edilmesi sürecidir.

Programlama bir tasarımın başarılı olabilmesi için gerekli olan bir ön çalışmadır. Programlama her bina tipi ve koşuluna göre farklılaşacaktır. Özellikle karmaşık fonksiyonlu hastane yapılarında programın hazırlanması iyi bir araştırma gerektirir. Kullanıcı sayısının çeşitliliği ve farklı fonksiyonların bir arada bulunmasıyla karmaşıklaşan hastane binalarında farklı kullanıcıların özel isteklerinin, nesnel gereksinimlere dönüştürülmesi oldukça zordur.

Bir proje ne kadar yoğun olarak planlanırsa planlansın, yapılacak daha ileriki çalışmalarda sürekli olarak beliren yeni durumların sonuçları ortaya çıktıkça, daima yeni değişimler ve gelişmeler söz konusudur. Bundan dolayı planlama zamanın her anında maksimum pratik tamamlılığı sağlayan sürekli bir süreçtir(Tezel,1985).

Evans(1969) bu konuda şöyle demektedir:

“Bina programlama, bir mekanın, çevrenin veya elemanların tasarlanması için kriterlerin geliştirilmesi sürecidir. İçerdiği anlam gereği “programlama” geleceğe ilişkin, herhangi bir planlama sürecine uygulanır ve yapının kullanılma amaçları, kullanıcıları hakkındaki bilgilerin toplanması, kararların verilmesi ve bunların tasarım için çözüm arayacak tasarlayıcılara belirli bir teknikte anlatılması anlamına gelir.”

Mimarlıkta planlama ve programlama kavramları birbirlerine çok yakın olarak kullanılırlar. Çünkü ikisinin de kökeninde “gelecek için karar verme” düşüncesi bulunur. Hastane planlamasında, amaç belirlenip temel planlama kararları oluşturulduktan sonra, ikinci evre olarak programlama evresine geçilir. Bu evrede hastanenin programını, tasarımını gerçekleştirecek mimarında bulunduğu bir planlama

ekibi kurulur. Bu ekip yapım sonuna kadar her evrede, gerek birbirlerinin gerekse kullanıcıların fikirlerini alarak, sürekli inceleme ve araştırma yaparak iyi bir işbirliği içinde çalışmalıdır(Tezel,1985).

Programlama evresinde mutlaka gelecekteki tüm değişimler, gelişmeler ve büyümeler düşünülmeli, artacak ihtiyaçları karşılayabilecek esnek, çok amaçlı kullanımlara yönelik, işleyen, uzun vadeli tüm değişimlere olanak sağlayabilmelidir.

Daha önceden yapılmış ve uzun süre işlerliğini sürdürmüş hastane yapılarını göz önünde bulundurup, bunların sorunlarını ve değişimlere nasıl adapte olduklarını başarılı ve başarısız oldukları noktaları iyi bir şekilde irdelemek gerekir. Bu yapıların çevreleriyle olan ilişkilerini, yapının konumunu, köklü değişimler geçirip geçirmediğini ve yapının buna nasıl esneklik gösterdiğini izlemek oluşturulacak yeni programlar ve yapılar için önemli girdiler vermektedir.

Bir hastane genişletilecek ve yenilenecek de olabilir, belirli bölümlerinde büyüme gerekebilir veya tamamıyla yeniden yapılacak olabilir. Bunların hepsinin programları arasında büyük farklar vardır. Mevcut alanlar tanımlanır, alan ve gereksinim değerlendirilmesi yapılır. Uygun olan yerlerde bazı biline tanımlamalar, projenin bir kısmı şeklinde programa katılabilir. Eğer programlama grubu gelecek için gereksinimleri geçmiş tecrübelerin üzerine oturtuyorsa, yeni ilişkiler için eski ilişki ve kısıtlamalar yeni programı etkilerler(Wheeler,1971).

Programlama evresinden sonra tasarlama sürecine geçilir. Tasarlama da programlamada da belirlenen bir amaca ulaşabilmek için gerekli olan tüm araçların kullanımı ortak özelliktir. Buradaki araçlar amaçların iyice araştırılıp, yeniden gözden geçirilmesi ve dikkatlice gözlemlenmesi doğrultusunda belirlenecektir. Bu araçlar teknoloji, eldeki tüm kaynaklar, işgücü, planlama ekibi, tüm uygulanabilir teknik ve yöntemler olabilir.

Tasarlamada sonuçta ulaşılmak istenen bitmiş bir fiziksel çevredir. Bu fiziksel çevre gelecek değişimlere ne kadar açık, ne kadar esnek olursa olsun, bu değişimler

önceden tasarlanan durumlarla sınırlıdır. Dolayısıyla tasarlama kısa sürelerde durağan, planlama ise dinamik bir durumun ifadesidir(İnceoğlu,1978).

4.1.2.Hastane bina programında mimari ve fonksiyonel program

Hastane binaları programlanırken gelecekteki tüm fonksiyonel değişimler, personel değişiklikleri, gelişen teknolojiyle yeni ekipmanlar ve tıbbi cihazlar için özel alanlar, yeni çıkan malzemelerin kullanılmasının söz konusu olabileceği, bununla birlikte aydınlatma, havalandırma gibi tesisatlarında sorunlar oluşabileceği ya da yeni modern teçhizatların kullanılmasının gerekliliği gibi faktörler mutlaka düşünülmelidir. Çünkü mimari program sadece hastaneler yeni yapılırken değil, yenilemeleri ya da restore edilmeleri söz konusu olduğunda da yönlendirici rol oynamaktadırlar.

Bir hastane programında en önemli şey neye ihtiyaç olduğunu bilmektir. Öncelikle tüm ihtiyaçların (yatak sayıları, her bölüm için gerekli araç gereçler, bunların kapladıkları alanlar ve boyutları, verilecek hizmetler) belirlenmesi gerekir.

Fonksiyonel program; temel ve yan fonksiyonları, hastane elemanlarını, personel ve özel ekipman hakkında detay veren bilgileri kapsar. Bir fonksiyonel program şu soruları yanıtlayıcı şekilde hazırlanmalıdır. Bölümlerde ne yapılır?, kim yapar?, ne gibi özel ekipmana gereksinim duyulur?, diğer bölümlerle ilişkiler nelerdir ve nasıldır?v.b. Bu bilgiler, hastanenin düzeni ne nasıl çalıştığı konusunda ayrıntılı açıklamaları kapsayacaktır(Davies,1977).

Yapılan sağlık yapılarına baktığımızda genelde birçoğunun kısa bir zaman sürecinde fonksiyonlarını yerine getirebildiklerini görmekteyiz. Ama uzun vadede tamda istenenleri karşılayabildiklerini söyleyemeyiz. Hastane planlayıcıları fonksiyonel değişimleri destekleseler bile bunu uygulamaya döktüklerinde pek çok sorunla karşılaşmaktadırlar. Bunun sebebi de tüm planlama programlama aşamalarında uzun vadeli hedefler almayı başaramamalarıdır. Tüm açık fonksiyonlu mekanlar ve bunların ilerideki değişme, büyüme ve gelişmelerine uygun planlamaların yapılması en önemli ana kriterdir.

4.1.3.Hastane binalarında aranan nitelikler ve programlanmasındaki güçlükler

En önemli aranan nitelik öncelikle hastane program ve fonksiyonlarının kullanışlı, verimli bir şekilde işleyen, kaliteli bir sağlık hizmeti sunan yapılar olmalarıdır. Tüm hastane kullanıcılarının ve orada çalışan tüm personelin ihtiyaçlarını karşılayabilmesi çok önemlidir.

Diğer istenen en önemli nitelik uzun vadeli planlanmalarıdır. Yapılacak planlanma, sadece o günün koşulları düşünülerek değil, gelecekteki tüm yenilik, değişim ve gelişimleri de içine alan bir planlamalı yapılmalıdır. İleride oluşabilecek problemleri ve duyulacak ihtiyaçları önceden planlama daha sonra karşılaşılabilecek sorunları da en iyi şekilde çözme olanağı sağlayacaktır.

Hastane binalarındaki mevcut fonksiyonların birbirleriyle olan ilişkilenmeleri de çok önemlidir. Mekan ve alanlar ihtiyaçlar doğrultusunda yeterli ve kullanışlı bir şekilde tasarlanmalıdır. Mutlaka yedek alanlar ayrılmalı, bu alanların büyüyebilmesi sağlanmalıdır.

Hastane binaları planlanırken mümkün olan en uygun ve maliyeti düşük ama standartlara uygun malzemeler seçilmelidir. Kullanımı kolay, hijyen açısından kullanışlı malzemeler hem dış hem iç mekanlarda en uygun şekilleriyle kullanılmalıdır.

Hastane binalarında diğer önemli bir noktada alan kullanımlarının iyi hesaplanması, ihtiyaçlar ve elde olanlar doğrultusunda yeterli kapasitede iyi bir zeminde planlanmalıdır. Hastane inşası için seçilen arazi, konutlar ve hastane bölümleri için yeterli mekan sağlamalıdır. Sakin bir ortamda olması ve daha sonra oluşabilecek rahatsız edici gelişmelere dikkat edilmelidir. Sis, rüzgar, toz, duman, gürültü, haşerelerle rahatsız edici ortam oluşmamalıdır. Daha sonraki gelişmeler için serbest alan planlanmalıdır.

Yapı konstrüksiyonu, inşaatın esnek olması için iskelet yapı tarzında olmalıdır. Genelde hastaneler birçok yapı bölümlerine ayrılarak veya mevcut hastaneye eklenerek tasarlanır. Bundan dolayı konstrüksiyon ve planlama mutlaka değişken olarak genişletilebilir şekilde düzenlenmelidir. Binanın arsaya göre konumu, yönelimi,

yerleşimi de çok iyi tespit edilmeli, arazinin olanaklarından en iyi şekilde yararlanılmalıdır.

Genel anlamda hastaneler planlanırken, kullanıcıların ve içinde çalışan personelin ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayabilecek, özellikle geniş kullanım alanlarının olduğu doğayla biraz daha bütünleşmiş, peyzaja önem vermiş, hem iç hem dış dekorasyonda kullanıcıların rahatça kullanabilecekleri ve rahatsız olmayacakları mekanlar tasarlanmalıdır. Psikolojik rahatlama sağlayacak çeşitli dekorasyonlar (resim, çiçek, dekoratif aydınlatmalar...) iç mimaride kullanılmalıdır. Ayrıca mutlaka hastane içinde yön tabelaları bulunmalı, kullanıcılar ulaşacakları yerleri rahatlıkla bulabilmelidirler.

Hastane binalarında çekirdek kısım olarak tanımlayabileceğimiz genel ulaşımın sağlandığı merdivenler, asansörler, bekleme yerleri ve genel sirkülasyon alanlarının binanın merkez kısmında yer almalı ve kullanıcı kapasitesini kaldırabilecek büyüklükte olmalıdır.

İyi bir hastaneden bahsetmek için, 5 unsur gerekiyor :

1)En son teknoloji ve teçhizatla donatılmış olması. Teknoloji ve teçhizat eskidikçe vakit geçirilmeden yenilenmesi.

2)Tam teşekküllü olmasının yanında, belli konularda ihtisaslaşabilmesi.

3)Teknolojiyi rahatlıkla kullanabilecek, işine hakim ve deneyimli, kendisini ispat etmiş ve gelecek vaat eden bir doktor kadrosuna sahip olması.

4)Hastane yönetiminde profesyonel, detayları görebilen, programlı çalışan, sürekli kendi kendini denetleyen, eleştiriye açık, geniş ölçüde bilgisayarlardan faydalanabilen, uyumlu ve yaratıcı kişilerin bulunması.

5)Hastane olanaklarının araştırma, buluş, yenilik ve eğitime açık olması(Törüner,-)

Hastanelerde bazı bölümler vardır ki özellikle çok iyi şekilde diğer bölümlerle ilişkilkenmeli ve hijyen konusuna çok dikkat edilmelidir. Bu bölümlerin başında acil servisler, yoğun bakım ve ameliyathaneler gelir.

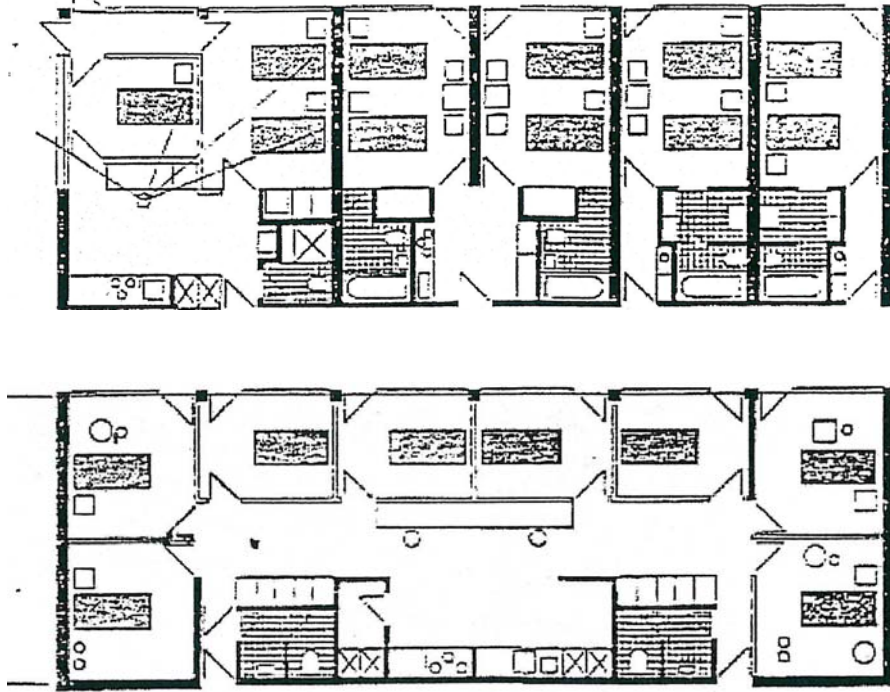
Ameliyathane kısmında, daha önce teşhis edilmiş ve ilaçlarla iyileştirilemeyen hastalıklarla ilgilenilmektedir. Planlamada birbirleriyle yoğun irtibatta bulunan yoğun bakım, narkozdan uyandırma odası ve merkezi sterilizasyon bölümlerinin birbirlerine yakın olmasına ve bu kısımlara hızlı ulaşma imkanlarının sağlanmasına önem verilmelidir. Hijyenik emniyet tedbirleri gereğince ameliyathane birimlerinin hastanenin diğer bölümlerinden tecrit edilmesi gerekir. Bu ayırma körük bölme sistemi ile sağlanmalıdır. Ameliyathane bölümleri merkezi konumda ve hastanenin çekirdek kısmından çabuk ulaşılabilir olmalıdır. İlk yardım servisinden, acil durumlarda ameliyat gerekebildiği için ameliyathane kısmına kısa mesafede ulaşılabilir olmalıdır(Neufert,2000).

Ameliyathaneler şimdiye kadar bir hastanenin içinde genelde merkezi konumda, farklı sahalar içinde kullanılabilir araştırma ve tedavi birimi olarak planlanmıştır. Alanın cihaz ve personelin daha iyi kullanımı ve seferber edilişi tıbbi nedenlerle, uzman kontrolünde santralleştirilmiş servis fonksiyonu ile daha iyi hasta bakım için hijyenik neden teşkil etmişti(Neufert,2000).

Özellikle merkezileştirilmiş büyük ameliyathane bölümleri yüksek çapta organizasyon gerektirmekte ve böylelikle beraber çalışan personelin fazla olmasından dolayı enfeksiyon riski de fazlalaşmaktadır. Aynı hizmet yerinde septik ve aseptik operasyonların birleştirilmesi de ayrı bir dezavantajdı. Septik ve aseptik ameliyathane için programın, cerrah ve hijyenikerler ile birlikte görüşülerek planlanması gerekir. Günümüzde genelde büyük hastanelerde septik ve aseptik ameliyathane için ayrılmış yapısal birimler planlanmıştır. Tehlikeye maruz bölgenin dışında konumlandırılmış ameliyathane birimleri bu talepleri daha iyi karşılayabilmektedir. Ameliyathane bölümünün mahallini belirlemede diğer servislerle olan hizmet ilişkileri tekrar gözden geçirilmelidir. Bunlara, hasta kabul, ilkyardım, kaza cerrahi, doğum, endoskopi, ve özel klinikler dahildir(Neufert,2000).

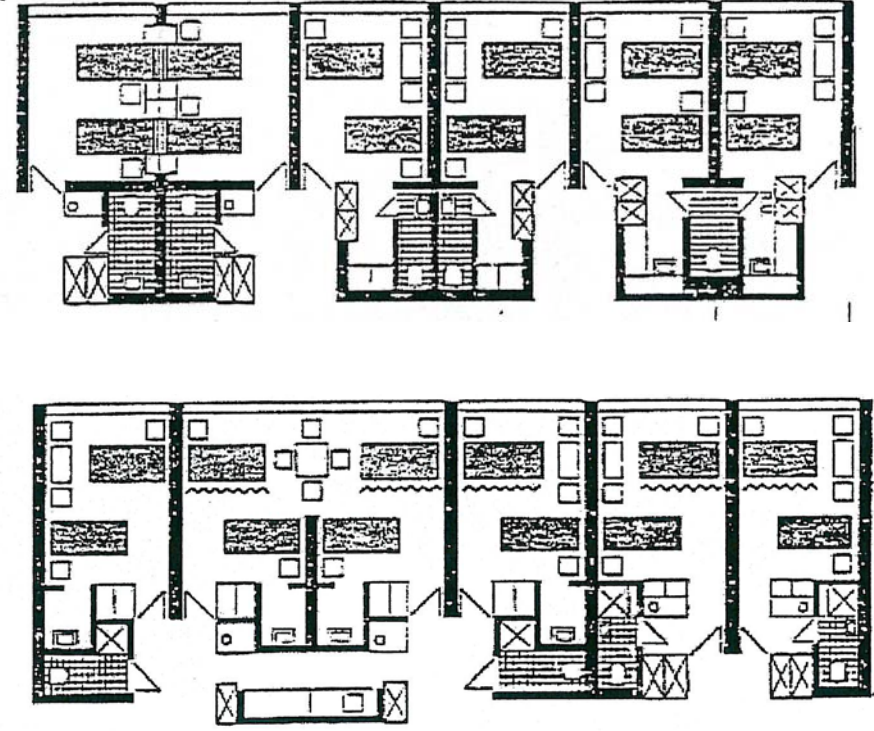
Gerek ameliyathanelerin gerekse suitlerin tasarımında hemşire çalışması, aletlerin büyüklük ve yerleşimleri esastır. Suitler ve hasta odalarının tasarımında ise hastaların başının hangi yöne doğru olacağı dikkate alınır. Bu yöne göre anestezinin,

dolapların, kapıların ve pedantların konumu ve çalışma düzeni belirlenir. Amerika’da MD. Anderson Kanser Merkezi, Houston Teksas’ta (1998) inşa edilen gardrop içinden çekilen yatakla hastaya eşlik eden aile üyelerinin rahatı sağlanırken, odada gerektiğinde bir annenin çocuğu için ya da eşlerden birinin diğeri için yemek yapabileceği mutfak bulunmaktadır. Yoğun bakımda hastalar arası mahremiyet cam bölmelerle sağlanmıştır. İleri teknoloji ürünü ekipmanların kullanıldığı hasta odası tasarımı şekilde görülmektedir(Şekil 4.1)(Tasarım dergisi,2000).



Şekil 4.1, Değişik biçimdeki yoğun bakım odaları, Tasarım dergisi,2000

Özellikle ameliyathanelerdeki hijyene çok önem verilmelidir. Ameliyathaneler hastanelerin kalbi gibidir. Buralarda kesinlikle ‘hastane mikropları’nın oluşmaları engellenmeli, bununla beraber tüm sterilizasyon koşulları en iyi şekilde sağlanmalıdır.



Şekil 4.2, Normal bakım odası ve Hasta odası örnekleri

Yoğun bakım odaları da gerek işleyiş gerek hijyen bakımından iyi planlanması gereken bölümlerdir. Yoğun bakım ve normal bakım odaları şekil 4.2’de görülmektedir(Sürmen,1991).

Yoğun bakımda ağır ve vital fonksiyonları zedelenmiş hastalar kontrol altına alınır. Genelde hastalar yoğun bakıma ilkyardım ambulansları ile getirilir(Neufert,2000).

Sedyeli hasta girişi, cerrahi bölüm ve nöbetçi hekim ile doğrudan kısa yollu irtibat sağlamak çok önemlidir. Hastaların sürekli olarak hekim ve hasta bakıcılar tarafından gözetim altında bulundurulması dikkate alınmalıdır(Neufert,2000).

Yoğun bakım üniteleri sürekli gözetim altındaki hastalar için çoğunlukla muayene ve tedavi odalarına bölünmüştür. Odalara cihaz ve aletler konulması gerektiğinden normal bakım odalarından daha büyük planlanmalıdır(Neufert,2000).

Temas yoluyla mikrop geçmesini aza indirmek için farklı birimlerin ayrılması gerekir. Ameliyat öncesi ve sonrası hasta, ameliyat öncesi ve sonrası personel, temiz ve kirli aletlerin bir alanda bulunduğu tek koridorlu sistem, günümüzde ekonomik ve yer gereksinimi nedeniyle sıkça uygulanmaktadır. En doğrusu hasta ve personelin veya hasta ve temiz olmayan eşyaların birbirinden ayrıldığı iki koridor sistemidir. Tekli kullanımların bir araya getirilmesinin nedeni açıklanmamıştır ve bu şekilde farklı uygulamalar halen süregelmektedir. Hasta akışının ameliyathane personelinin bulunduğu çalışma kısmından ayırt edilmesi pozitif olarak görülmektedir(Neufert,2000).

Bir de özel bakım kısımlarının planlanmasına özellikle çok dikkat edilmelidir. Bunlar radyoterapi hastaları birde ruhsal rahatsızlığı olan hastalar için ayrılması gereken özel bölümlerdir.

Radyoterapi hastalarının bakımında, röntgen tedavisi altındaki hastaların teşhis ve tedavisini sağlayan nükleer tıp bakım gurubunun planlanmasında, her şeyden önce radyasyondan korunma ile ilgili yönetmeliklere uyulmalıdır. Bu servis, kontrol kısmı ve gözlem kısmına ayrılmıştır. Bu şekilde yoğun röntgen tedavisindeki hastalar diğer az tedavi gören hastalardan ayırt edilir. Bu nedenle hastalar tek yataklı odalara kaldırılır(Neufert,2000).

Ruhsal rahatsızlığı olan hastaların bakımında; ruhsal hastalıkların özelliği nedeniyle, bakım birimlerinin açık ve kapalı bölümler olarak planlandığı bu bölümde aşağıdaki gereksinimlere yer verilmelidir. Hastalar yatakları olmadıklarından oturma odalarına ihtiyaç fazladır, yemek odaları, uğraş ve grup terapisi için odalar; kısa mesafeli ve iyi gözetleme imkanı sağlayan küçük bakım birimleri, hastalara güven duygusu vermek için ev tipi biçimlendirme(Neufert,2000).

Bu tip hastaların izole edilmesini önlemek için, psikiyatri bölümlerinin genel hastanelerle entegre edilmesine ilişkin gelişim mevcuttur.

Hastanelerde özellikle giriş hollerinin oldukça geniş olması arzu edilir. Burası hastanenin sirkülasyonun sağlandığı, insanların yoğun olarak kullandıkları, genelde çekirdek kısımların bulunduğu ve dağılımın sağlandığı, ziyaretçilerin ve ayakta tedavi edilebilecek hastaların yoğun olarak kullandıkları bir alandır. Bu yüzden mümkün olduğunca geniş açık kapı prensibinde erken gelen hastalar için bekleme odası olarak düzenlenmelidir. Özel giriş yerleri hijyenik nedenlerden dolayı ayrı olarak belirlenmelidir. Bu düzenleme günümüzde tipik hastane görünümünden daha çok modern hotel salonu görünümündedir. Salonun büyüklüğü yatak kapasitesi ve ziyaretçilerin yerel sayısına bağlıdır.

Hastane planlamasında en önemli nokta değişen fonksiyonlar ve bunun getirdiği yeni ekipman ve farklı ortamları doğrudan programa yansıtabilmesidir. Bunun için gelecekteki gelişmeleri doğru olarak tahmin etmek gereklidir.

Kökeni itibariyle tarihin en eski organizasyonlarından biri olan hastanelerin gerek kişisel, gerekse toplumsal yaşantımızdaki yeri ve önemi giderek artmaktadır. Çünkü hem hastanelere olan talep artmakta, hem de hastanelere verilen hizmetlerin maliyeti daha çok yükselmektedir. Başka deyişle, bugün hastaneler, hizmet üreten kurumlar içinde işletme ve sermaye maliyetleri en yüksek kurumlardan biridir. Dolayısıyla sürekli artan talebin karşılanabilmesi ve maliyeti çok yüksek olan bu hizmetlerden azami ölçüde yararlanılabilmesi için hastanelerin verimli ve etkin faaliyet göstermeleri gerekmektedir. Fakat ülkemize baktığımızda, hastanelerimizin Batı standartları ölçüsünde verimli ve etkin olamadıkları görülmektedir(Seçim,1995).

Türkiye’de hastanelerin verimli ve etkin olamamalarında çeşitli etmenlerin rolü bulunmaktadır. Bunlar içinde, bölgesel hastane planlarının olmayışı, uzun vadeli insangücü planlarının hazırlanmayışı, hastane hizmetlerinde çalışan personelin temel ve hizmet içi eğitimlerindeki problemler, yine bu personele verilen ücretlerin yetersiz ve kendi içinde dengesiz oluşu, kamu kesimine ait hastanelerin mülkiyetlerinin, dolayısıyla yönetimlerinin farklı kurum ve kuruluşlarda olması, kısmen buna bağlı olan yönetim-organizasyon sorunlar ve nihayet toplumsal eğitim düzeyimizin ve kültürel yapımızın “kurumlaşma süreci” üzerindeki olumsuz etkileri belirtilebilir. Dolayısıyla

hastanelerimizde verimliliğin ve etkinliğin yükseltilebilmesi bu sorunların çözülmesiyle mümkün olabilecektir.(Seçim,1995).

İyi bir hastane organizasyonunun oluşturulabilmesi için, önce bu organizasyona esas teşkil eden hizmetlerin yakından bilinmesi, sınıflandırılması ve genellikle bu hizmetlerin yürütülüş biçimine bağlı olan organizasyonel farklılıkların saptanması gerekmektedir(Seçim,1995).

Gelişmiş ülkelerde hastane mimarisi başlı başına bir uzmanlık alanı haline gelmiştir. Ülkemizde hastane mimarisi henüz gelişmiş değildir. Bunu sonucu olarak hastane binaları birer verimsizlik abideleri gibi karşımıza çıkar. Bu durum özel sektör hastanelerinin de çözümsüz bıraktığı en önemli sorunlardan biridir. Binanın güzelliği, iç açıcılığı, geniş ve ferah olması vb. özellikleri yanında verilecek hizmete yetecek kadar alan ve hacim işgal etmesi ve hizmet sunmaya elverişli yani kullanışlı olması gerekmektedir. Ülkemizde resmi hastanelerin bilinen handikapı yanında özel sektör hastanelerinin bir çoğunda önceleri başka amaçla yapılmış binalardan bozma hastane olduklarını görmekteyiz. Hastane gibi son derece karmaşık bir hizmetin verildiği binaların başka amaçlı binalarda tadilat yapılarak verimli bir şekle sokmamız mümkün değildir(Sur,2001).

Hastanelerdeki alt yapı yetersizlikleri, personel eksikliği, teknolojik yetersizlikler, mali sorunlar, mevzuatla ilgili yaşanan sıkıntılar, hasta sayısının fazlalığı, hastanelerin artan talebi karşılamada sorunlar yaşamasına neden olmaktadır(Sağlık Bakanlığı,2002).

Hasta sayısının fazlalığı, sunulan hizmet kalitesine de yansımakta ve hastalara ayrılan muayene süreleri yerini bekleme sürelerine bırakmaktadır. Bu durum da çok farklı sorunlara yol açmaktadır. Hasta muayenesine ayrılan sürenin kısalığı, hasta-hekim diyalogunu azaltmakta ve hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir. Muayene süresinin kısalığı hekimleri teşhis koyabilmek adına daha çok tetkik istemine yöneltmektedir(Sağlık Bakanlığı,2002).

Sağlık kurumları, büyük yatırımlar gerektiren teknik donanımına sahip olmalarına karşın emek yoğun endüstriler olarak nitelendirilmektedir. Hastanelerde sunulan

hizmetler, tüm uluslarca anayasal bir hak olarak güvence altına alınan ve tanımlaması oldukça güç bir kavram olan sağlıkla ilgili hizmetlerdir. Bu özellikle de hastanelerin yönetimi ve işlevlerini karmaşık hale getirmektedir(Sağlık Bakanlığı,2002).

Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık sorunlarının niteliği, kişilerin sağlık sistemlerinden talepleri ve tercih ettikleri hizmetler hızla değişmektedir. Tedavi hizmetlerinin kapsamı, teknoloji ve maliyetleri artmakta, buna bağlı olarak devletler, kişilerin sağlıklarını koruyup geliştirerek tedavi hizmetlerinin maliyetlerini düşürmek ve kaynakları daha etkili kullanabilmek için sistem arayışları içersine girmektedirler(Sağlık Bakanlığı,2002).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin tüketici durumunda olan vatandaşların memnuniyet düzeyi düşük seviyelerdedir. Sağlık alanına ayrılan kaynaklar yeterli olmamakla birlikte, kuruluşlar arasındaki koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, rasyonel olmayan yatırımlar, makine ve teçhizat eksiklikleri ve istihdam politikasındaki yanlışlıklardan dolayı mevcut kaynaklarda etkili kullanılamamaktadır. Bazı sağlık kuruluşlarında kapasite yetersizliği varken, bazılarında ise atıl kapasite söz konusudur(Sağlık Bakanlığı,2002).

Dünyada sağlık hizmetleri alanında yaşanan son gelişmeler, sağlık hizmetlerinde gittikçe artan maliyetlerin bir şekilde önüne geçmeyi zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde maliyetlerin gittikçe yükselmesi en gelişmiş ülkeleri bile neredeyse çözümsüz konumda bırakmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yönetiminde profesyonelleşme süreci, ülkemizde henüz tamamlanamamıştır. Modern anlamda sağlık hizmeti sunabilmek için birçok sağlık mesleğine ihtiyaç bulunmaktadır. Bunların bir kısmının ülkemizde henüz var olmadığı, birçoğunun ise yetersiz olduğu söylenebilir (hastane mimarisi, hastane bilgi işlem otomasyon yöneticiliği, hastane maliyet muhasebesi ve benzeri). Var olan mesleklerin ise görev tanımındaki belirsizlikler nedeniyle hizmetlerde boşluklar doğmaktadır. Sürekli gelişen sağlık ve tıp meslekleri alanlarında sürekli eğitimlerin de istenilen düzeyde olmadığı göz önüne alınırsa sağlık hizmetlerinde insan gücü kalitesi ve

performansının geliştirilmesine olan büyük ihtiyaç görülebilmektedir(Sağlık Bakanlığı,2002).

Sağlık hizmetlerinin en kritik girdisi insan kaynağıdır. İleri teknoloji ürünü cihazları yoğun olarak kullanmasına karşın sağlık hizmetlerinin yine de emek yoğun hizmetler sınıfında kabul edilmesi insan kaynağının önemini ortaya koymaktadır. Tıp ve tıpla ilgili bilimlerde yaşanan hızlı gelişmeler, uygulamadaki bilgilere kısa sürede birçok yeni bilgiyi eklemekte ve bu durum sağlık hizmetlerinde sürekli eğitimi olmazsa olmaz bir koşul yapmaktadır(Sağlık Bakanlığı,2002).

Günün her anında değişik yoğunlukta hizmet sunan ve karmaşık bir fiziksel yapıya sahip olan hastanelerin çözülmesi gereken en önemli sorunlarından birisi hizmet birimlerinin iş akışı problemidir. Hastanelerde tetkik, teşhis ve tedavi üniteleri, yardımcı tıbbi üniteler ile idari, mali ve teknik birimler için gerekli olan insan gücü, makine ve teçhizat ihtiyaçlarının saptanarak bunlar arasındaki iş akışı ilişkilerine göre uygun büyüklükte ve uygun yerde yerleşim alanlarının belirlenmesi gereklidir. Böylece doktor, hemşire ile diğer yardımcı ve destek personelin düzenlenecek olan ergonomik iş akışları ile verimlilikleri arttırılabileceği gibi hastanede yaşanan tıbbi olumsuzluklarında ortadan kaldırılması sağlanacaktır(Çetik ve Oğulata,-).

BÖLÜM 5

TEKNOLOJİNİN HASTANE BİNA PROGRAMINA ETKİSİ

5.1. Teknoloji Ve Beden

Hızla gelişmekte olan yeni teknolojiler hayatımızı hızlandırmakla beraber bedenimizi de dönüştürüyor. Bu hızlı dönüşüm bedenimizle olan ilişkimizi değiştirmekte ve algımızı genişletmektedir. İnsan, ürettiği teknolojinin sistemiyle bütünleşerek bedenini de yeniden şekillendiriyor; Modern tıp ve iletişim sistemlerindeki gelişmeler insana yeni fiziksel uzantılar ve özellikler kazandırıyor; kimliğini ve var oluşunu değiştirmek ve çeşitlendirmek için olanak sağlıyor. Bu süreç, dünyada 90'ların başında canlı sanatlarda, kullanılan araçlara odaklanan bir estetik izlemiş; teknolojik bir fetişizme bir eğilimin gerekliliği kavranmış; teknolojiyle iletişimimizi belirleyen “ara-yüz” kavramına analitik, eleştirel ve yenilikçi yaklaşımlar belirlenmeye başlanmıştır(boDig 08).

Çağa has hastalıkların ve tıptaki gelişmelerin, yani kanserin, AIDS'in, DNA bilgilerinin, yani bedeni çok açık bir şekilde etkileyen hastalıklarla çözümlerinin insan bedenine bakışımızı yeniden sorgulamamıza sebep olduğunu söyleyebiliriz.

Makine-insan karışımlarının, robotların, bedene eklenen tıbbi protezlerin, fiziksel olarak insan olma durumuna ilişkin bir çok sorunu ortaya çıkardığını görebiliriz.

Evrim sürecinin sona erdiği düşüncesinin ve insan bedeninin mevcut duyularıyla kendi yarattığı geleceğe uyumda yetersiz kalacağı; insanın evrim sürecinde değişiminin artık teknolojik olarak kontrol edilebilir bir süreç olduğunun ve bunun farklı kültürel üretilere yol açmasının kaçınılmaz olduğu fikrinin bedenin yeniden önem kazanmasına sebep olduğunu söyleyebiliriz.

Protezler ve estetik ameliyatlar; teknolojinin bedenle olan ilişkisini yeniden ele almamızı gerektiren, fiziksel olarak insan olma durumuna ilişkin pek çok problemi

beraberinde getiren, son yıllarda tıp teknolojisinde büyük ilerleme kaydedilen alanlardır. Burada makinelerle olan iletişimimizin niteliğini, iç dünyamızın niteliğini etkilediğini söyleyebiliriz. Protezler bir araç konumundayken, bedene uyarlandığı noktada artık beden bir uzantısı durumuna gelmektedir. Buna beden esaslı bir tasarımın uzantısı da diyebiliriz. Protezler, eksik bir bedensel işlevi tamamlamaktan çok, beden ve makine arasındaki iletişimi kurmak ya da var olan iletişimi geliştirmek noktasında ayrıca önem kazanırlar.

İnsanın makine uzantıları, protezleri konusunda 90'lı yıllardan itibaren çalışmalar gerçekleştiren Avustralyalı Stelarc, beden kavramıyla teknolojinin medikal görüntüleme, protez, robotik, VR sistemleri ve internetle iç içe geçmiş insan-makine ara yüzleri üzerinden kurduğu ilişkiyi araştırır ve genişletir. Stelarc kendisini kablolar aracılığıyla bir bilgisayara bağlar. Bir web sitesi üzerinden izleyicilerin bilgisayara yolladığı sinyaller, kablolar aracılığıyla Stelarc'ın bedenine aktarılır ve beden, bilgisayardan aldığı bu sinyallerle harekete geçer. Böylelikle bilgisayarlar yada internet bilginin verilen sunum alanı olmaktan öteye geçerek insan bedeninin kontrol edebilen aracı birimler haline gelirler.

5.1.1.Makinalaşmanın tuzağındaki insan

Makinalaşma, sosyal bir olgudur. Kendine özgü bir sosyal düzendir; pazarlanabilir, tüketilebilir, bir teknik ürün ya da mal değildir. Her ne kadar fabrikalar, mühendislikler, araç-gereçler ve hesaplaşmalarla ilgiliyse de makinenin salt kendisiyle hiçbir ilişkisi yoktur(Şeraiti;1971: Kılış'tan (1992).

Makinalaşmayı bir sosyal düzen olarak incelemeyi önce, mülkiyet olgusuna bir göz atmamız gerekiyor. Çünkü makinalaşma, temelde mülkiyete dayanmaktadır. Bu da bir çeşit tekelliktir(Şeraiti;1971: Kılış'tan (1992).

19. yüzyılda gelişen toplumsal evrimin birbirini takip eden evreleri, ilk dönemde insanlar, gruplar halinde yaşarlar. Belirli bir sosyal düzen yoktur. Herkes eşit ve özgürdür. Aristokrasi, çiftçi ve köle sınıfı söz konusu değildir. Üretim araçları karmaşıklığı da yoktur. Mevcut olanlar herkese yeter. 'Üretim araçları karmaşıklığı'

olmadığından, nüfus mülkiyete göre bölünmemiştir. Eşitlik sağlayan her şey ekonomik bir alt yapı olduğundan bu dönem insanın eşitlik dönemidir(Şeraiti;1971: Kılış'tan (1992).

İkinci evre kölelik dönemidir. Burada çiftçilik başlar, kaynaklar sınırlıdır. Toprak deniz gibi herkese yetecek miktarda değildir. Sonraları çiftçilik herkesin sağlayacak güçte olmadığı bazı araç-gereçleri gerektirir. Bunları satın alamayan ve ya kiralayamayanlar, sahip olabilenler için çalışmak zorunda kalırlar. İşte bu noktada toplum iki sınıfa ayrılır ve kölelik alt-yapıyı oluşturur(Şeraiti;1971: Kılış'tan (1992).

Üçüncü evre serflik (toprağa bağlı kölelik) dönemidir. Kölelik serfliğe dönüşür. O da öncekiler gibi köledir, fakat adı serf'tir. Özgür gibi görünse de aslında toprağa bağlıdır. Lord onu öldüremez, ama yine de o lordun emrindedir. Lord toprağını sattığı zaman, bütün serfler de toprakla birlikte giderler(Şeraiti;1971: Kılış'tan (1992).

Dördüncü evre feodalizmdir. Kölelikten, aristokrasinin daha küçüğü olan feodalizme dönüşür. Serf istediği yere gitmekte serbest olduğu halde, çiftçilikle uğraşmak zorunda olduğu için aristokrasiye bağlı hale gelir. Hala kişisel ve sosyal birçok haklardan yoksundur(Şeraiti;1971: Kılış'tan (1992).

Beşinci evre burjuvazidir. Sosyal determinizm, alt-yapıyı burjuvaziye dönüştürür. Bu sınıf ne çiftçi ne aristokrattır, orta sınıftır. Endüstri ve üretim araçlarını elde ederek, yavaş yavaş onlara ve makinaya sahip olmaya başlar(Şeraiti;1971: Kılış'tan (1992)

Altıncı evre kapitalizmdir. Yeni bir olgu gelişir. Burjuva sınıfı makinaya sahip olur ve onu daha fazla ürün elde etmek için korur. Fazla ürünün geliri ise başkalarına değil kendilerine kalır. Gitgide zenginleşmeye devam ederler, ta ki sanayi kapitalizminin doğuşuna kadar. Bu sırada işçiler, zamanla her şeyden daha mahrum hale gelmektedirler. Bu durum sınıf mücadelesini doğurur ve işçiler arasında sınıf bilincini uyandırır. Sömürü ilerlemeye devam eder; sonunda patlamaya sebep olur, makine halkın eline geçer, altyapı sosyalizme dönüşür(Şeraiti;1971: Kılış'tan (1992).

5.1.2.İnsan-makine birlikteliği

Günümüzde insan ve makine bir anlamda bütünleşmektedir. Teknolojinin yaşamımıza getirdiği olumlu etkilerin yanında doğal yaşama olan olumsuz etkileri insanoğlunun çözüm bulmaya çalıştığı diğer bir olgu olarak zihinleri meşgul etmeye devam etmektedir. Bu günü yarınlar için geçmişten ödünç alan insanoğlu, torunlarının değil artık kendi yaşamının kaygısını taşımaktadır. Yaşamda felsefi düşünceyi hızla yok eden harika teknolojiler makinaları insanlaştırmamanın bir adım öncesinde ne yazık ki insanları makinalaştırmaya başlamışlardır.

Bir kalemi tuttuğumda, kalem vücudumun organlarından olan parmaklarımın kullandığı bir araçtır. Gözlük, görüş gücümü arttıran teknik bir alettir. Fakat bir makine için durum farklıdır. Bizden bağımsız olmayıp insani kısmımıza da müdahale eder. Kalemle bir hesap yaptığımızda üyelerimizi kullanırız. Ama hesap makinesi insani kısmımızla ilgilidir. Çünkü hesap makinesi kullanırken düşünme yeteneğimiz azalır(Şeraiti;1971: Kılış'tan (1992).

Makinalaşmayı ne kabul edebiliriz nede onsuz yaşayabiliriz. Eğer ilerleyen teknolojiye karşı koyarsak bizi bir adım öteye götürecek şeylerden yoksun kalırız ve duraklamaya hatta gerilemeye başlarız. Bunu hem bireysel hem de toplumsal olarak değerlendirebiliriz. Teknolojiyi olduğu gibi kabullendiğimiz noktada da onun esiri olabilecek duruma gelebiliriz. İşte bu iki durumun ayrımını iyi yapmalı bir denge kurabilmeliyiz.

5.1.3.Teknoloji ve yabancılaşma

Avrupa'da ve Amerika'da birçok kişi, makinenin insanlığın manevi değerlerini tehdit ettiğini kabul etmiştir. Bu kişiler önceki kuşakları derinden etkilemiş olan teknolojik ilerlemeye karşı büyük inancı anlamakta güçlük çekiyorlar. Teknolojiye olan inanç, Ortaçağ dünyasının yıkılışını izleyen yüzyıllarda insanın karşı karşıya kaldığı durumdan kaynaklanmıştır. O zamana kadar fiziksel ve manevi var oluşunu kucaklayan evrensel bir düzenle bütünleşmiş olduğunu düşünen birey, köklerinden koparılmış ve sarsılmaz dinsel kesinlik günlerinde barındıran doğaüstü sığınaklarından sürgün edilmiş olduğunu fark etmiştir. Artık kendisi için, temeli bu dünyadaki yaşamda bulunması gereken yeni bir yuva kurmaya zorlanmaktaydı. Bu dünyevi ikametgahı daha güvenli

ve daha cana yakın kılmak, emredilen bir mücadele olmuştur. İnsan, bu çağrıya doğa güçlerini anlayıp onlara hükmetmek ve onları kendi amaçları için kullanmak konusunda sağlayacağı başarı ölçüsünde karşılık verebilirdi. Böylece insanın kendisini makinenin çekiciliğine kaptırması için zemin hazırlanmış oldu. Makinenin saltanatı, insanın özerkliğinin saltanatını vaat eder gibiydi. Teknolojik gelişme, insanlığın gelişmesiyle özdeş hale geldi(Pappenheim,2002).

Teknolojideki hızlı gelişim toplumun ortak yönleriyle ilgili birçok çalışmaya olanak sağlamıştır. Teknolojideki ilerlemeler insanoğlunu heyecanlandığı kadar korkutmaktadır da, bunun sebebi hayatımızı birçok noktada kolaylaştıran makinelerin topluma entegre olmasıdır. Bu bir açıdan bakıldığında toplumun ve bireyin yararına gibi görünse de bazı noktalarda, bu hızına yetişemediğimiz teknoloji birçok problemleri de beraberinde getirebilmektedir. Modern teknolojinin en acımasız özelliği otokrasisidir. Yani bir noktadan sonra teknoloji insana hükmetmeye, onu kontrol altına almaya başlar. İşte bu noktada teknolojik toplumlarda insanın özgürlüğü sadece bir göz yanılmasıyla geçemez(Manzur,1971 : Kılıç'tan(1992).

Teknolojinin en önemli birbirini destekleyen özelliklerinin arasında sürekli kendini geliştirme, evrensellik, özerklik ve otomatizm gelir. Otomatizm yani seçeneklerin kısıtlanması, yapılacak bazı seçimlerin teknoloji tarafından insana dayatılmasıdır. Artık insanoğlu teknolojinin hızına, evrimine yetişemediği gibi insanın kesin müdahalesi olmadan teknoloji sürekli değişim göstermekte kendini yenilemektedir.

Teknolojinin evrenselliği, bütün dünyada ülke ülke ilerlediği eylem sahasının çok geniş olduğu kabul edilen bir gerçektir. Teknolojik ilerleme sosyal şartlardan bağımsızdır yani özerktir.

Uzun süredir, teknolojinin tarafsız olduğu iddia edildi. Bugün artık işe yarar bir meziyet değil bu. Tekniğin gücü ve özerkliği o kadar fazla sağlam ki, sonuçta o ahlaki olanın yargıcı ve yeni bir ahlakın yaratıcısı oldu. Böylece o yeni bir uygarlık yaratıcı rolünü de oynar(Manzur,1971 : Kılıç'tan(1992).

Teknolojiyi olduğu gibi kabul etmek, onun iyi ya da kötü tüm getirilerini özümsemek insanı kişisizleştirmeye götüren yolu izlemek demektir. Teknolojinin hızına yetişebilmeyi ve bunu kontrol edebilmeyi iddia etmek çok anlamsızdır. Teknoloji insanın kendinin kendine yabancılaşması, doğal yapısı ile olan yakınlığının yok olması, kendi yarattığıyla çepeçevre sarılması söz konusudur. Bu noktada artık günümüz insanı teknolojiye amaçsız bir boyun eğiše mahkumdur.

Özellikle tıp teknolojisindeki gelişmeler sonucunda, eskiden beri süregelen doktor-hasta ilişkileri de yeniden kendisini kurgulamaya başladı. Önceden hasta ve doktoru birebir etkileşim içerisindeyken, yeni çıkan cihazlar sayesinde artık ikili dijital ortamlar üzerinden ilişkilenecek durumundadırlar. Örneğin eskiden beyindeki bir tümörün belirlenmesi ve tedavisi söz konusu olduğunda doktor hastanın bedeni üzerinden sorunların tespitini ve çözümünü gerçekleştirirken, artık gelişen tıp teknolojisiyle (uzay neşteri) doktorun hastasıyla ilişkilene aşamasında aracı bir durum oluşmaktadır. Uzay neşteri adı verilen yeni sistem, kanser hastalarının ışınlı tedavisi görmelerine imkan sağlamakta, vücuttaki tüm tümörlerin tedavisinde kullanılmaktadır.

Bilgisayar kontrollü robot teknolojisi, artık tıp teknolojisinin vazgeçilmez bir parçası olmuştur. Buna bir diğer örnek, dünyanın bir ucundan EKG testinin yapılabilmesi verilebilir. Diyelim ki hastanın yurt dışına gitmesi gerekti ve ilaca yeni başlamış ve takip edilmesi gerekiyor. Vücuduna yerleştirilen bir cihazla, değişik bir durum hissettiğinde cihazdaki düğmeye basıp, doktorun cep telefonu ile bağlantı kuruluyor. Doktor bilgisayara recorder denilen şifre çözücüyü takıyor. Dünyanın neresinde olursa olsun hastanın telefonla gönderdiği manyetik dalgalar doktorun telefonundan recorder'a geliyor. Buradan da bilgisayara aktarılıp dökümü alınıyor(Aydoğan,-). Hasta ve doktor ilişkisi tamamen araçlar üzerinden gelişmekte, bu da kısmen hasta-doktor yabancılaşması olarak tanımlanabilir.

Estetik ameliyatlarda insanın kendi bedenine yabancılaşmasında bir yer edinebilirler. Çünkü artık bu ameliyatlar etik kabul edilen sınırı aşıyor ve ticari bir sektör haline alıyor. Gittikçe narsistleşen ve hedonizme kayan toplumsal yapıda bireyler, tüketerek doyuma ulaşabilecekleri en son nokta olarak bedenlerine yöneliyor.

21. yüzyılda beden ve bedene ilişkin pratikler, postmodern dünyanın temel tüketim alanı haline getirilmiş ve sürekli körüklenen arzular artık masum olmaktan çıkıp tehlikeli ya da hastalıklı olarak addedilebilecek boyutlara ulaşmıştır(Avcı,2008).

Bu bağlamda, gelişen tıbbın da yardımıyla yeni bir ticari sektör, estetik, doğmuş ve pazar dinamiklerinin medyada sıkça ve övgüyle yer verilen hakim anlayışları çerçevesinde insanların kendini değiştirmesi oldukça kolaylaşmış, hatta bir zorunluluk halini almıştır(Avcı,2008).

Estetik operasyonlar, artık mecburi hallerde uygulanan ve kusurları düzelten uygulamalar olmaktan çıkmış; kişinin bedenini olduğu gibi kabul etmediği ve medyada yer aldığı şekliyle günümüzün modasına uyacak ölçütlerde üretilebilen ve mükemmelleştirilebilen, çoğu zaman gömlek değiştirir gibi zevk uğruna değiştirilebilen bir beden istediği büyük çaplı bir senaryonun baş aktörü haline gelmiştir (Avcı,2008).

Bir zamanlar sadece bir tercih olan "iyi görünmek", çağdaş güzellik sahnesini besleyen ticari çıkarların geldiği noktada, etik sınırlarından koparılmış estetik sektörünün her dönem keskin sınırlarla belirlediği şartlar dahilinde yerine getirilmesi gereken bir zorunluluk halini almıştır. Burada, tüm diğer sonuçlarının yanında belki de en korkutucu olan ve önemle altı çizilmesi gereken nokta şu: Artık estetik olgusu, ciddi bir yabancılaşmanın hem kaynağı hem de sonucu olmaktadır(Avcı,2008).

5.2.Sağlık Teknolojisi Ve Gelişen Teknolojiye Bağlı Olarak Hastane Binalarındaki Değişim ve Büyüme Süreci

Sağlık teknolojisi; koruyucu sağlık hizmetlerinde, teşhiste, tedavide ve rehabilitasyonda kullanılan tıbbi cihazlar, ilaç, tıbbi ve cerrahi işlemler; ve hizmetlerin sunulduğu örgütsel ve destek sistemleri ve bunlarla ilişkili bilgi birikimi olarak ele alınmaktadır(Kwankam,et al,2001; Lenel et al,2008).

Her ne kadar sağlık sektörü emek yoğun bir sektör olarak ele alınıyorsa da, sağlık hizmetlerinin yeterli, kaliteli, verimli, etkili ve kullanıcı beklentilerine duyarlı bir

şekilde üretilebilmesi ve nihayetinde de toplumun sağlık statüsünün yükselebilmesi, kullanılan teknolojiye oldukça bağımlı/bağlı olmaktadır. Sağlık ortamında teknoloji önemli bir maliyet unsurudur. Kaynaklar kıttır ve sağlık teknoloji gün geçtikçe çok hızlı bir şekilde gelişmektedir. Yeni yeni teknolojiler sağlık alanına dahil olmaktadır. Örneğin gen teknolojisi gibi. Teknolojideki bu hızlı gelişme sağlık alanındaki maliyetlerin yükselişinin de temel nedenleri arasında yer almaktadır(Yıldırım,2008).

Medikal teknolojinin baş döndürücü ivmesi dikkat çekicidir. Gelecekte sağlık sektöründe yaşanacak zorlukların da, hızla gelişen medikal teknolojiye paralel olarak ilerleyeceği görülmektedir.

1990'larla birlikte tüm dünya sanayi devriminden sonraki en ciddi dönüşümü yeni bir devrimi yaşıyor. İnternet ile patlayan bilişim devrimini. İnternet her şeyde olduğu gibi sağlık hizmetinde ve hekimlikte de çok şeyi değiştirdi. Tarihsel süreci irdelediğimizde bu değişimlerin konumlanışa göre ya büyük bir fırsat ya da büyük bir tehdit olduğuna tanık oluyoruz. Değişim kaçınılmaz. Bu değişimin bir tarihsel fırsat mı yoksa tehdit mi olduğuna sizin değişime karşı tavrınız ve konumlanışınızla yakından ilişkili(Turgay,-).

Tıp teknolojisi hızla ilerleyip her geçen gün yeni modelleri karşımıza çıkarırken bazı cihazlar da olabildiğince küçülüyor. Neredeyse “cep teşhis cihazları” diyebileceğimiz; üstümüzde taşınabilen, evde, işte ve ya sokakta tansiyonumuzu, kalp atışlarımızı ve mide asidimizi ölçen bu cihazlar hem günlük aktivite sırasında hem işimizden geri kalmamızı önlüyor hem de bizi bütün günü hastanede geçirme zahmetinden kurtarıyor(Aydoğan,-). İşte gelişen tıp teknoloji sayesinde hacim olarak da küçülen cihazlar, hastane binalarındaki değişim sürecinde önemli bir yer edinmektedir.

Hastane uzun ömürlü bir yapı olmasının yanı sıra, hizmet verdiği sürece zaman zaman gelişmelere gerek gösteren bir özelliğe sahiptir. Bunun için hastane planlama süreci, gelecekteki büyümelere yönelik araştırmalar gerektirir. Artan nüfus ve değişen sağlık anlayışı, hastaneye talebi arttırmıştır. Hastalık teşhis ve tedavisinde, hastane

bakım önem kazanmıştır. Toplumun sağlık gereksinim ve isteklerinin karşılamak için, hastaneler kendi olanakları ve mevcut kaynaklarıyla kapasitelerinin çok üzerinde hizmet vermek zorunda kalırlar. Belirli zaman sonra da ihtiyaçları karşılayamaz duruma gelirler. Bu noktada ise, hastanelerde büyüme, değişme ve yenileme konuları gündeme gelir(Tezel,1985).

5.2.1.Yapısal ve programsal büyüme

Hastane yapıları uzun süre kullanımlı binalar olmalarının yanı sıra, hastane kullanıcılarının burada çalışan personelin değişen, büyüyen gereksinimlerini, isteklerini karşılayabilmek, günden güne ilerleyen teknolojiye ayak uydurabilmek ve giderek artan nüfusun tüm sağlık sorunlarına cevap verebilmek adına gerek yapısal gerek programsal olarak büyüme, gelişme içerisindedirler.

Aslında sadece hastane binalarında büyüme, değişim ve gelişim söz konusu değildir. Teknoloji hayatımızın her alanında bir gelişme ihtiyacını doğurmuştur. Bu gelişimleri yalnızca sağlık kuruluşlarında değil diğer tüm kurum ve kuruluşlarda görebilmekteyiz. Ama tıp teknolojisinin baş döndürücü gelişimi, her gün yeni bir cihazın ve yeni tedavi yöntemlerinin bulunması özellikle tüm sağlık kuruluşlarının zaman içerisinde gerek yapısal gerek programsal bir büyüme içine girmesini zorunlu kılmaktadır.

Hastane binaları planlanırken gelecekteki değişimlere ayak uydurabilmesi için uzun vadeli planlama yapılması gerektiğini söylemiştik. İşte bu planlama aşamasında, hastane yapılarındaki değişimde özellikle yapısal olarak biçim ve fonksiyonun değişmesi, büyümesi, işlerliği, uyabilirliği ve esnekliği çok önem kazanmaktadır.

Somer ve Umur bu konuda şöyle demektedirler:

“Uyabilirlik; genel anlamıyla bir çözümün, değişen ihtiyaçları karşılayabilme özelliğine verilen isimdir. Uyabilirlik kavramında herhangi bir değişme olup olmayacağı söz konusu değildir... Esneklik; bir çözümün, değişen ihtiyaçları kendisinde hiçbir değişiklik yapılmadan karşılayabilmesi niteliğine verilen isimdir...

Değişebilirlik; bir çözümün değişen ihtiyaçları karşılayabilmesi için, değişebilme özelliğine verilen isimdir...”

Bir diğer deyişle esneklik, eylemlerde değişme; değişkenlik, yapı bütünü içinde elemanlarda ve sistemlerde yani mekanlarda değişme; büyüme ise, ihtiyaçlarda ortaya çıkan boyutsal olan ve olmayan gelişmeleri karşılamak için yapı bütününün formunda değişmedir(Tezel,1985).

Yürekli, değişme ihtiyacının ortaya çıkışını şu şekilde açıklamıştır:

“Farklı yapı alt sistemleri ve/veya bileşenlerinin ömürleri fiziksel dayanıklılık ve teknolojik gelişme faktörlerinin etkisinde farklılaşmakta, nispeten kısa olan ömürlerinin uzatılması değişme ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır. Bu değişme ihtiyacı da mimari çevrede belirsizlik ihtiyacını gerekli kılmaktadır”.

Hastane binalarının büyüme ihtiyaçları birden ortaya çıkmazlar, zaman içerisinde yavaş yavaş gereksinimlerin artması sonucu artık yapının kaldırma kapasitesinin yetersiz kaldığı noktada büyüme ve değişim söz konusu olur. Bu büyüme ihtiyaçlarla ekonomik durum arasındaki dengeyi gösterir.

Bir hastane binasında meydana gelen kapasite artışları, gün geçtikçe farklılaşan ve artan ihtiyaç ve istekler, gün geçmeden değişen ve gelişen takibi zor teknikler, büyümenin boyutunu ve şeklini belirler.

Hastane binalarının yapısal büyümesi, mutlaka programsal olarak değişim ve dönüşümleri bünyesinde barındırmalı, programsal olarak ihtiyaçları karşılayabilecek şekilde yapısal büyümeye yön verilmelidir.

5.2.2.Büyümenin Doğrultusu, Hızı ve Sebepleri

Bina büyümesi söz konusu olduğunda öncelikle iyi bir büyüme planı yapmak çok önemlidir. İlk olarak binanın hangi yöne ve ne şekilde ne kadar büyüyeceği,

ihtiyaçlar doğrultusunda, binanın konumlandığı arsanın ve çevresinin el verdiği olanaklar çerçevesinde en iyi şekilde belirlenmesi gerekir. Binanın yatay ve düşeyde ne kadar yayılacağı, çevreyle uyumunun mutlaka çok detaylı bir şekilde araştırılıp, karar verilmesi gerekir. Mevcut binanın durumunun da yeniden gözden geçirilmesi, hangi gereksinimleri karşılayamadığı, hangi noktalarda yetersiz kaldığı eksiksiz belirlenmeye çalışılmalıdır.

Hastane binaları yatay büyümenin yanı sıra düşey büyümede gösterebilirler. Ama buradaki en büyük problem, büyüme sonucunda belirli bir yüksekliğe ulaşacak bina için yükseklik sorunu ve mevcut binayla strüktürel olarak bütünleşememesi sorunları ortaya çıkabilmektedir. Bu aşamada bazen ek bir bina yapmak eğer yer sorunu yoksa daha tercih edilen bir büyüme şeklidir.

Düşey olarak büyüme yatay büyümeye oranla biraz daha problemlidir. Eğer bina yukarı doğru bir büyüme gösterecekse, mevcut binanın çatısının kaldırılması, düşey elemanların yeniden organizasyonu ve yeni tesisat, teçhizata ihtiyaç duyulması ortaya çıkacaktır. Buda düşey olarak büyümenin genelde çok fazla tercih edilmemesini, zorunluluk halinde düşey büyüme yoluna gidilmesine sebep olur.

Düşey büyüme kapsamı içine aşağı doğru genişlemede girer. Mevcut binada, eski projeden kazılmamış bir alan veya önceden büyüme olanağı sağlanmış bir alan pek de geçerli olmayan bir çözüm de olsa, bunu yapmaya zorunlu kalınan durumlar oluşabilir. Fakat zemin altına girmede güneş ışığını içeri almak mümkün olsa da yeraltı suyu ve havalandırma gibi problemler vardır. Bunun yanı sıra sabit bir uygun ısı ve stabilite zeminde sağlanan olanaklardır(Wheeler,1971).

Yatay olarak büyümede de bazı sorunlarla karşılaşılabilir. İlk başta kapasite artırımını karşılayabilecek büyüklükte bir boş arsanın olması gerekmektedir. Bu noktada mevcut binanın etrafındaki binalar birer problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunların konumu, fonksiyonel olarak değişebilirlikleri oldukça önem kazanmaktadır. İşte tüm bu sebeplerden dolayı hastane binaları planlama aşamalarına çok önem verilmeli, büyüme için yeterli alan baştan bırakılmalı, büyüme için sadece yön uygunluğunun yeterli olmadığı diğer şartların da sağlanması gerektiği unutulmamalıdır.

Yapılan incelemelerde yatan hasta olanaklarının, bina büyümesinde en büyük payı aldığı görülür. Bu bölümlerde genellikle, mevcut alanı daha yoğun kullanma yoluna gidilir. Ayakta hasta olanaklarına gelecekte daha fazla alan ayrılacaktır. Eğitim, araştırma ve laboratuvarlar, yeni gelişmelere bağlı olarak, hızlı bir büyüme gösterecektir(Tezel,1985).

Hastane binalarındaki büyümenin temel nedenleri arasındaki en büyük payı tıp teknolojisindeki değişimler, gelişmeler almaktadır. Ayrıca binanın fiziksel ve fonksiyonel eskimesi, yetersizliği; hastane kullanıcı ve çalışanların yaşam standartlarının değişmesi, sosyal standartların gelişmesi; çalışma şartlarındaki ve isteklerdeki değişiklikler, beklentilerdeki artış; organizasyon değişiklikleri büyümenin nedenleri arasında sayılabilir.

Bir binanın büyümesini engelleyen veya büyümeyi sınırlayan ve yönlendiren pek çok neden vardır. Binanın bulunduğu çevre, bina konumu, ölçüleri, şekli, binanın yaşı, strüktürü, içinde barındırdığı organizasyon tipi büyüme açısından önemli konulardır. Büyümeyi sınırlandırabilecek konular; dışsal sınırlamalar, çevre sorunu, boyutsal sınırlar (biçim ve ölçü açısından), arsa büyüklüğü, şekli, eğimi, konum uygunluğu, şehir planlaması, yönetmelikler, sosyal sınırlamalar, ana yola uzaklık, ulaşım sorunu, otopark sorunu, ısı, ses, gün ışığı faktörü, ekonomik sınırlar, kaynak sorunu, büyüme yönü uygunluğu, zemin sorunu, formda bütünlük, plan tipi, bina formu, iç ve dış sirkülasyon, strüktürel sorunlar, iletişim sistemleri, binalar arası ilişkiler, alt yapı sistemleri, teknik sistem yetersizliği vb(Tezel,1985).

Genişleme planı geliştirilmeden önce, hangi yönlerin ne kadar büyümeye açık olduğunu göstermek gerekir. Binaların arsa içinde kuzey, güney, doğu ve batıya doğru büyüme olanakları, tek tek incelenmelidir. Yatak ünitelerinin kuzeye doğru genişlemesi en istenmeyen durum olmasına rağmen, arsanın sadece bu yönde gelişmeye uygun olduğu, güç durumlarla da karşılaşılabilir. Bu durum daha çok şehir merkezlerindeki hastanelerde görülür. Çok az sayıda şehir hastanesinin genişlemeye uygun alanı vardır. Dar bir alanda yön seçimi olanağı azalır. Böyle durumlarda genellikle uygun yönde yükselme yoluna gidilir. Bu da bazen iç ilişkiler ve çevre geliştirme açısından uygun konum olmayabilir(Tezel,1985).

5.2.3.Hastanelerde form ile büyüme ilişkileri

Hastane binaları planlanırken gelecekteki tüm yenilikler, değişiklikler ve büyüme ve bunların oranları iyi saptanmalıdır. Bunu yaparken binanın plan tipide büyümenin gerek yönünü gerekse hızını doğrudan etkilemektedir. Hastane tipleri genelde yatay büyümeye, alanın dışarı doğru genişlemesine olanak verecek şekildedir. Geniş tabanlı hastane tipinde, tedavi ve bakım üniteleri bir katta toplanıp düşey ulaşım ile birbirlerine bağlanırlar bu da T ve Y formlarına uyum sağlar. Genelde eşit alanlara sahip bölümler için uygun olup gelişime ve büyümeye çok olanak sağlamaz. Hastaneler farklı büyüklükteki farklı mekanların bir araya gelmesiyle oluşur. Bazı bölümlerde büyüme olanağı varken formdan kaynaklı sıkıntılardan dolayı bazı bölümlerde büyüme olanağı yoktur.

Düz yapı tipleri küçük hastaneler için geçerlidir. Tek katlı pavyon tipi ve birbirini kesen iç trafik yollarından ötürü işletme tekniği ve ekonomik yönden sakıncalıdır. Bu yapı tipi gerek az kapasiteli olduğundan, gerekse şehir hastaneleri için uygulanması olanaksız bir tip olduğundan geçerliliğini yitirmiştir(Tezel,1985).

Çok koridorlu bina formunda en önemli nokta tedavi ve bakım bölümlerinde kısa mekan ilişkilerinin sağlanabilmesidir. Çok katlı çözümlerde bu tipe eğilim vardır. Uygulanan plan tipine göre büyüme söz konusu olabilir(Tezel,1985).

Doğrusal düzenleme büyümeye en elverişli plan tipidir. Açık uçlardan büyüme olanağı sağlanır. Her servis değişen ihtiyaçlara göre, en az yapı işçiliği ile kullanılabilir olmalıdır. İskelet yapılar bakım ve tedavi bölümlerinde bu şartların yerine getirilmesinde kolaylık sağlarlar. Tedavi bölümünde büyüme çekirdekten başlayarak yapılmalıdır. Hiçbir şekilde transit koridor servislerin içinden geçmemelidir (Tezel,1985).

5.2.4.Bina programlamada yenileme ve değişim süreçleri

Hastane binası, teşhis, tedavi, bakım, yönetim, eğitim gibi farklı birçok fonksiyonu bünyesinde barındırır. Toplumun yaşam standartları değiştikçe, geliştikçe hastanenin sunmuş olduğu hizmetin şekli ve kalitesi de değişmektedir. Hastane

planlaması yapılırken her ne kadar ileriye yönelik esnek bir planlama yapılmış olsa da bir noktadan sonra fonksiyonlar ve bunların organizasyonu da değişim gösterecek ve büyüme zorunlu hale gelecektir. Ya da yeni bir fonksiyonun hastaneye eklenmesi söz konusu olduğu zaman yine büyüme gerçekleşecektir.

Belirli bir zamandaki istek ve ihtiyaçlara göre hazırlanan programdaki fonksiyonlar değişerek, organizasyonel büyümeye yol açacak ve yeni ortaya çıkan kullanıcı gereksinimlerine göre bir program hazırlanmasını gerektirecektir. Bu olgular sürekli birbirini izlemekle, uzun süreli kullanımda mevcut yapının esneklik ve değişebilirlik ile yetersiz kaldığı bir zamanda bina büyümelerine sebep olacaktır. Mevcut yapının büyümesi ise yeni programa ve yeni planlanacak hastane binalarının programlarına veri üretecektir(Tezel,1985).

İnsanların yaşam biçimleri değiştikçe eylemleri de farklılaşmakta bu da içinde yaşadıkları mekanların da farklılaşmasına yeni bir düzenlemeye sebep olmaktadır. Binalar içerisindeki eylem değişikliklerine uyum sağlamaya ve onları sınırlamaya, düzenlemeye çalışırlar. Bunun içinde fonksiyonel değişim, yenilenme, değişen eylemlere adapte olmayı kolaylaştırır. Değişim ve yenilemenin yetersiz olduğu nokta da büyüme kaçınılmazdır. Hastane binaları genel olarak gelişen teknolojiye ve yeni yaşam şekline çok çabuk uyum sağlayabilmelidir.

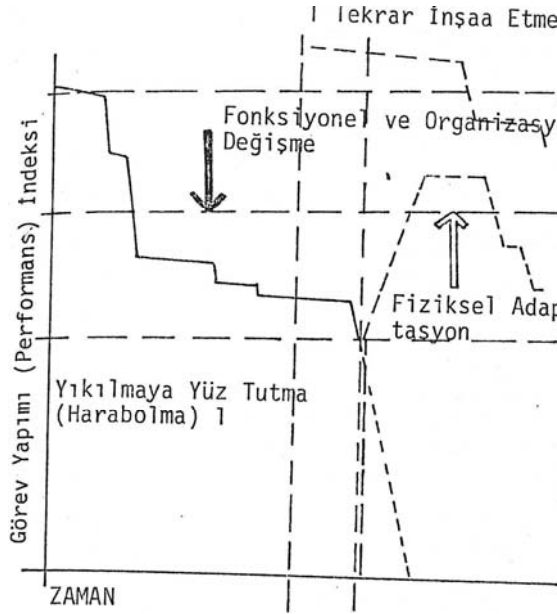
Hastanelerde yenileme genellikle binanın bir bölümünün bitişik alana doğru büyümesiyle oluşturulurken, bu yeni eklentiye gereksinimler doğrultusunda mevcut fonksiyonlarla paralel fonksiyonlar yerleştirilir.

Yenileme, büyüme aşamalarına geçilmeden önce mutlaka mevcut fiziki çevrenin tüm imkanları iyice araştırılmalı, eğer mevcut binanın genişlemesini sağlayacak yeterli alan yoksa genişleme yeri olan yeni bir çevre seçmek gereklidir. En önemlisi hastane planlama aşamasındayken arazi seçilirken, fiziki çevre olanakları iyice irdelenmeli ve ileride binaya büyüme imkanı sağlayabilecek bir arazi seçimine gidilmesi gereklidir.

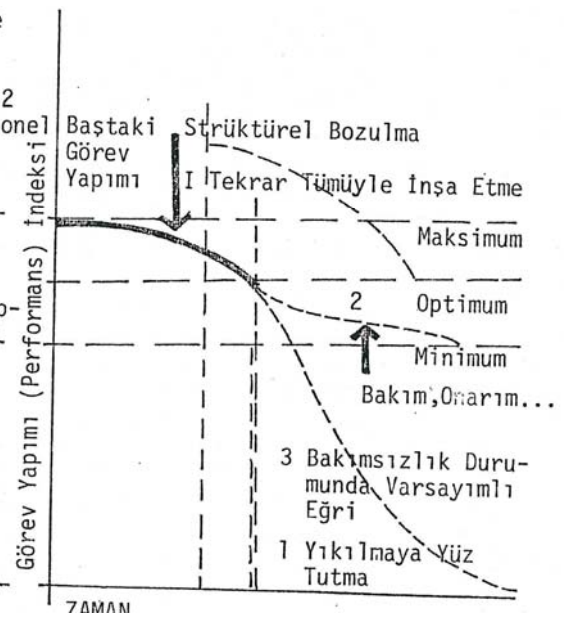
Binaların bir yaşam süreleri vardır. Fiziksel eskimeler ve fonksiyonel değişimler bu süreyi kısaltırlar. Bunlara göre yenilemeye ve ya yıkıp yeniden yapmaya karar

vermek gerekir, ki bu yıkım çok ender uygulanır. Yenilemeye karar verilirse, bunun ne şekilde yapılacağı, yenileme dönemleri, yapım sırasında hastanenin ne şekilde çalışacağı, ne kadar harcama yapılacağı incelenmelidir(Tezel,1985).

Binalarda strüktürel bozulma ve fonksiyonel eskime arasındaki ilişkinin bilinmesi gerekir. Bu iki faktörün işlendiği gözlemlere dayanarak hazırlanan iki eğri Abel Smith ve Titmuss tarafından açıklanmıştır (Şekil 5.1-5.2)(Smith ve Titmuss,1958).



Şekil 5.1, Fonksiyonel Eskime



Şekil 5.2, Strüktürel Bozulma

Binalardaki strüktürel eskimeyi yansıtan eğride strüktürel performans endeksi ile yaşam uzunluğu Şekil 5.2 'de gösterilmiştir. Yapılan gözlemlerde binaların bozulmasının yavaş yavaş gelişen bir olay şeklinde olduğu ortaya çıkarılmıştır. Binanın yaşamında bir yerde eğri strüktürel performansın min. yeterli olduğu kademeye gelir. Eğer strüktür yeniden inşa edilirse, yapım yöntemlerindeki gelişme ile eğri yine yüksek performans göstermeye başlar. Bina min. strüktürel performans seviyesinin üstünde bakılır ve onarılsa da hiçbir zaman ilk seviyeye ulaşamaz(Tezel,1985).

Fonksiyonel eskimeyi gösteren eğri de soldan sağa doğru düşer, fakat yeni bir işlem ve ya tekniğe uygulanacak seri de planın fonksiyonel etkinliği hemen düşer(Şekil 5.1)(Tezel,1985).

Tüm hastane binaları da diğer tüm binalar gibi zamanla eskimeye ve artan nüfusla beraber artan ihtiyaçlara cevap verememe olasılığına sahiptir. Unutulmaması gereken en önemli şey, binalar tasarlanırken, günün şartları ve gerektirdikleri dışında geleceklerinin de düşünülmesidir. Zamanla teknolojinin inanılmaz hızıyla kapasite artırımı ihtiyacının oluşabileceği, bunun olduğu noktada da en pratik ve tatmin edici bir yöntemin önceden hazırlanmış, düşünülmüş olması hastane planlamalarındaki en önemli kriterdir.

Binanın yenileme, büyüme planlarının en iyi şekilde oluşturulabilmesi ve sonuçta da en verimli çalışmanın ortaya çıkması için bazı yöntemler kullanılması gereklidir. İlk önce mutlaka mevcut durumların en doğru şekilde belirlenmesi gerekir. Daha sonraki aşama, gerek fonksiyonel gerek programsal ihtiyaçların belirlenmesi, mevcut hastane bölümlerinin alanlarının hesaplanarak ne kadar alan artırımı gerektiğinin araştırılması, yapılacak büyümenin çevreyle ilişkisinin analiz edilmesi olmalıdır.

Uzun vadede gerçek bir değişmeye ulaşabilmek için birçok evre vardır. Büyüme ve yenilemede ve bunların zamanla programlarını araştırmada uzun vadeli bir planın varlığı hazırlandığı dönemdeki ve daha sonraki genişletme dönemlerinde projeleri yönlendirmede önemli rol oynar. Bu planda belirtilen her kademenin hastanenin çalışmasını engellemek, devamlılığını bozmamak, çalışmayı etap etap planlamak ile ilgili birçok problem bulunur. Mevcut binanın boşaltılması ve değiştirilmesi ile ilgili problemler işleri daha karmaşıktır. Tecrübe ve bilgi ile sorunlar daha kolay çözümlenebilir(Tezel,1985).

Hastane yenilemesi genellikle 3 etapta büyüme ele alınarak düşünülür. Alan, arazi verileri ile işe başlanarak, gelecekteki gereksinimlere göre fonksiyonel program belirlenir. Büyümesi dengeli bir düzeye erişmek için her bölüm birbirine

uyumlu planlanmalıdır. Örneğin; 100 yataklı bir hastaneye, ünitelerde duyulan ihtiyaç üzerine yeniden bir 100 yatak daha eklenmesinin düşünülmesi durumunda destekleyici servislerin iki misline çıkarılması gerekmez, yalnız bir miktar genişletilir. Bunun gibi 400 yataklı bir hastaneye 100 yatak eklenmesi ise çok az bölümü etkileyebilir. Bunun için her bölüm ayrı ayrı alan analizi ile test edilmelidir, sorun yaratabilecek alanların, program gereksinimlerinin bir planı hazırlanarak en uygun durumları belirlenmelidir. Genelde yatak sayısı arttıkça hasta bakım bölümleri hariç, yatak başına düşen kat alanı azalır. Tecrübeye dayanan bir genellemeye göre, yataklardaki artış %25'i aşıyorsa, destekleyici alanların genişletilip genişletilmemesi iyice incelenmelidir. Eğer %33'ü aşıyorsa destekleyici alanlar kesinlikle genişletilmelidir. En emin yol gelecekteki yükü hesaplayıp ona göre bir büyüme saptamaktır(Wheeler,1971).

Her hasta odası için değişebilir atmosferik kontrol (kontrol ve terapi açısından); odaların planlarında hatta hareket eden odaların gelişmesinde, tasarımda bazı esnekliklerin oluşması; ışık ve ses kontrolü, hasta ihtiyaçlarını çok yüksek ölçüde karşılamak; tüm testlerin analiz ve raporlarını tamamıyla otomasyona bağlamak; yoğun bakımda daha ileri gitmek, her hastaya tedavisine uygun çevre yaratmak; hastanede kalma sürelerinin değişimi; önceden pişirilmiş yemekleri ve diyeti kapsayan yiyecek servisinde ana değişiklikler yapmak, çöp atıklarının değerlendirilmesi; ilaçla tedavinin geliştirilmesi; genel ameliyatlarda düşüş, uzmanlaşmış ameliyatlarda artış; çevreyi tasarlamak üzere psikoterapide ilerleme; hastane tasarımının hümanize edilmesi, ayakta hasta tedavisine önem verilmesi vb. Tüm bunları içeren yarının gereksinimlerine uygun, bugünün planlamasına anahtar kelimeler; uyum, esneklik veya olabilecek değişikliklerdir(Tezel,1985).

5.3.Türkiye'deki Ve Dünyadaki Hastane Binalarının Büyümesine İlişkin Örnekler

Son yıllarda teknoloji inanılmaz bir hızla gelişerek, tüm alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe de hem dünyada hem ülkemizde hızlı bir değişime neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinin sunumunda, veriliş biçimlerinde ve bunların uygulandığı kurumlarda yeni arayışlar içine girilmiştir. Yeni modeller oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu konuda bazı ülkeler hızlı bir gelişme süreci içine girerken bazı ülkelerde yavaş ilerleme söz konusu olmaktadır.

Günümüzde dünya, standartlara uyumlu, entegre, modüler ve bileşenlerden oluşan; kurum değil hasta merkezli, internet tabanlı, iş akışını, kurum içi ve dışı elektronik iletişimi, sayısal kimlik belirleme sağlayan, sağlık bakım verilerini yaşam boyu saklayan; performans dayalı sağlık bakım kalitesinin ölçümünü, tıbbi kararlara desteği, e-sağlığa geçişi sağlayan entegre sağlık enformasyon sistemlerine yönelmektedir(Güleş,-).

Ülkemizde sağlık enformasyon sistemlerinin geliştirilmesi yaklaşık 15 yıllık bir geçmişe sahiptir. Önceleri Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri gibi akademik kurumlarda başlayan münferit ve daha çok idari amaçlı uygulamalar, iki binli yıllar ile birlikte klinik sistemleri de içeren daha karmaşık sistemlere dönmeye başlamıştır. Bunun yanı sıra, 1990'lı yılların ikinci yarısından itibaren Sağlık Bakanlığı, Türk Silahlı Kuvvetleri, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi kurumlar da kurumsal sağlık enformasyon sistemleri geliştirme çalışmalarını başlatmışlardır(Güleş,-).

Türkiye’de hastaneler genel anlamda çok da verimli ve etkin olamamaktadır. Uzun vadeli planlama olmayışı, hastane kullanıcılarının ve personelinin karşılanamayan bazı isteklerinin olması, yönetim ve organizasyonda bazı sorunların olması ve toplumsal eğitim düzeyimizdeki eksiklikler hastanelerimizin verimli bir şekilde işleyememesinin nedenleri arasında sayılabilir.

5.3.1.Türkiye’den bir örnek Acıbadem hastanesi

Hastane binalarının büyümelerine ilişkin Türkiye’den bir örnek olarak Acıbadem Hastanesini ele alalım. Öncelikle hastaneye ait genel bilgilere daha sonra da büyümesine ilişkin önemli detaylara değinelim.

Acıbadem Hastanesi, İstanbul’da Acıbadem Tekin Sokakta 16,000m² parsel içinde etrafı konutlarla çevrili bir bölgede yer almaktadır. 1991 yılında bir semt hastanesi olarak kurulmuştur. Kısa sürede gelişmiş ve 1996 yılında fiziksel şartlarını iyileştirmek ve kapalı alan ihtiyacını karşılamak için yatırım kararı almıştır(Tasarım dergisi 94-95,1999).

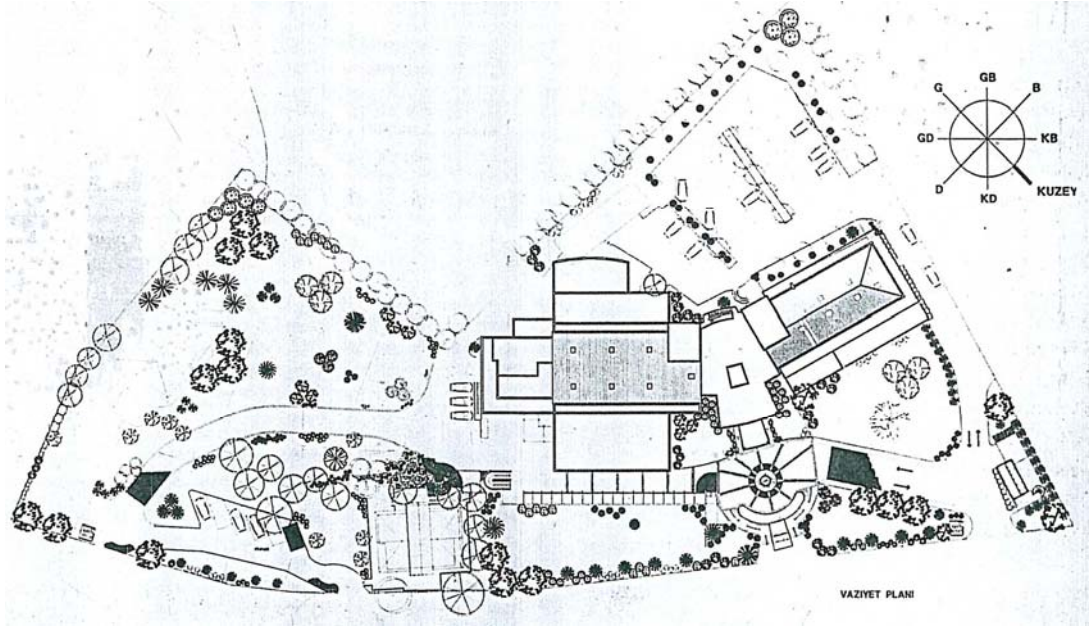


Şekil 5.3, Acıbadem Hastanesi , Tasarım dergisi 94-95, 1999

Proje, mevcut 50 yataklı genel hastanenin büyütülmesi amacıyla ek bina olarak sipariş verilmiştir. Tasarımın ana fikri oluşturulurken yerleşim ve çevrenin mevcut durumunun çok iyi etüd edilmesi gerekiyordu. Parsel içinde polis emeklileri derneğine ait huzur evi binası, 1. grup korunması gerekli kültür varlığı olarak tescil edilmiş Faik Paşa Köşkü, mevcut hastane binası, anıt ağaç olmaya aday sedir ve defne ağaçları vardı(Tasarım dergisi 94-95,1999).

Bir taraftan mevcut hastane binasına bitişik yeni bir hastane binası tasarlanması mecburiyeti, diğer taraftan araç ve yaya trafiği yoğun olan hastanenin huzur evi gibi sakin bir ortama ihtiyacı olan binayla aynı parselde bulunması zorunluluğu, yerinin değiştirilmesi mümkün olmayan kıymetli ağaçların mevcudiyeti, Acıbadem hastanesi projesinin tasarım zorluklarının başında geliyordu(Tasarım dergisi 94-95,1999).

Ayrıca başlangıçta 6000 metrekare ile sınırlandırılan ek tesis projesi Acıbadem yönetiminin inşaat başladıktan sonra da tam metrekare artırım talepleri ve proje revizyonu çalışmaları, tasarım ekibinin en çok sıkıntı çektiği konulardan biri olmuştur(Tasarım dergisi 94-95,1999).



Şekil 5.4, Acıbadem Hastanesi Genel Yerleşim Planı, Tasarım dergisi 94-95,1999

Genel yerleşim bütün bu kriterleri dikkate almaya çalışarak tasarlanmış ve bina huzur evi ve Faik Paşa Köşkünden mümkün olduğunca uzak yerleştirilmiştir. Köşk kendi yakın çevresi ve ağaçlarla birlikte olduğu gibi korunması tercih edilmiş, tabi zemin kotu üzerinde hiçbir yapılaşma düşünülmemiştir. Köşkün kuzey güney doğrultusunda ön cephe hattı yeni binanın ön cephe hattına paralel olacak şekilde tüm proje şekillendirilmiştir. Yeni binayla eski bina arasında meydana gelen açı farkından doğacak problemler üçüncü bir bağlantı kitlesi oluşturularak çözülmeye çalışılmıştır. Bağlantı kitlesi yeni ve eski binanın ortasında yer almıştır. Orta blokun tasarımında simetri duygusunu güçlendirmek, toplam 150 m. lik cephe hattını bölmek amacıyla düşey hatlar ön plana çıkartılmıştır. Tesisin ana girişi bu bloktan yapılmış ve iki kat yüksekliğinde geniş bir saçakla girişin daha davetkar ve anıtsal görünmesi hedeflenmiştir(Tasarım dergisi 94-95,1999).

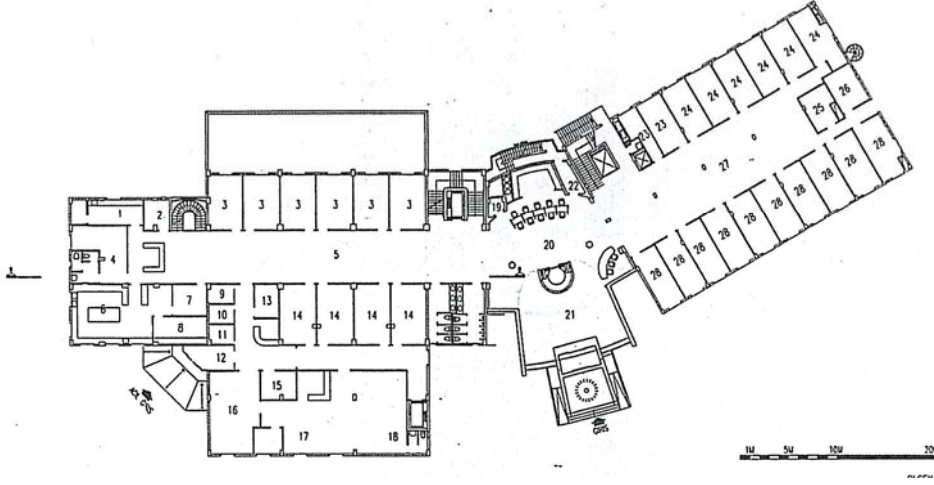
Eski ve yeni binanın mafsalsal noktasını oluşturan işınsal bir plana sahiptir. Ve ortasında bütün katları birleştiren galeri boşluğu vardır. Hasta ziyaretçileri ve refakatçi bekleme alanları bu galeri de düşünülmüştür(Tasarım dergisi 94-95,1999).



Şekil 5.5, Acıbadem Hastanesi Güney ve Kuzey Cephesleri

Yeni hastane binası her katta koridorun iki yanına sıralanan 11 normal 1 suat hasta odasından oluşmaktadır. Merdiven ve asansör eski binanınkinin simetrisi şeklinde tasarlanarak yekpare ve bütünleşik bir görüntü elde edilmek istenmiştir(Tasarım dergisi 94-95,1999).

Hasta trafiğinin yoğun olduğu poliklinikler, laboratuvar, acil servis zemin kata yerleştirilmiştir. Acil ile ameliyathaneler arasında bağlantı ayrı bir hasta asansörü ile sağlanmıştır(Tasarım dergisi 94-95,1999).



Şekil 5.6, Acıbadem Hastanesi Kat Planı, Tasarım dergisi 94-95, 1999

İç mekanların tasarımında, abartıdan uzak kaliteli bir otel atmosferi yaratılması hedeflenmiştir. Kullanılan renkler ve seçilen malzemelerle tesisin tamamının bir bütünlük içinde olması sağlanmaya çalışılmıştır(Tasarım dergisi 94-95,1999).

Acıbadem Hastanesi ek tesisin tamamlanmasıyla birlikte 130 yataklı 16000m² kapalı alan olan tüp bebek, kardiyooloji ve kalp damar cerrahisi, genel cerrahi, radyoloji ve diagnostik, acil, poliklinik, laboratuvar, anjiyografi, kadın doğum vb. bölümlerden oluşan genel hastane haline gelmiştir(Tasarım dergisi 94-95,1999).

Acıbadem Hastanesinde, hasta odaları tek koridor etrafında düzenlenmiştir. Yönetim binası ayrıca restore bir bina olarak düzenlenmiştir. Hastane girişleri, servis hizmetleri, enerji kaynaklarının kullanımı çok iyi düşünülmüştür. Trafo merkezi, Jeneratörler ve kesintisiz güç kaynağı hastane enerji sistemini desteklemektedir. Bahçe ve peyzaj düzenlemesine önem verilmiştir. Akıllı bina tanımlamasına uygun her türlü alt yapısı mevcuttur. Mesela, merkezi ısıtma-soğutma, havalandırma sistemleri, bina otomasyon sistemleri (bilgi işletim sistemi, güvenlik sistemi), yangın söndürme sistemleri, merkezi sterilizasyon sistemleri, trafo ve enerji sistemleri (kesintisiz güç kaynağı), düşey ulaşım sistemleri (asansörler), tesisat sistemleri vb. bina hizmet

sistemlerinin bilgisayar aracılığıyla kontrolü yapılarak çalıştırılmaktadır. Eski ve yeni binanın mafsalsal noktasını oluşturan, ışınsal plana sahip binanın ortasında galeri boşluğu vardır. Yeni hastane binası her katta koridorun iki yanına sıralanan hasta odasından oluşmaktadır. Merdiven ve asansör eski binanın simetrisi şeklinde tasarlanarak yekpare ve bütünleşik bir görüntü elde edilmek istenmiştir. İç mekan tasarımında kullanılan renkler ve seçilen malzemelerle tesisin tamamının bir bütünlük içinde olması sağlanmaya çalışılmıştır(Oğultekin,2001).

Merkezi ısıtma, soğutma ve otomatik kontrollü şartlandırılmış havalandırma sistemleri sayesinde, yılın her ayında ısı düzeyinin yanı sıra nem oranı da sabit tutulmaktadır. Havalandırma ikaz sistemleri sayesinde tıkanmaya başlayan filtrelerde daha basınçlı hava akımı yaratılmakta, normal sınırların üstünde olan filtrelerin hemen değişmesi sağlanmaktadır. Yangından korunma tedbirleri çerçevesinde, bina içerisindeki her odada yangın dedektörleri bulunmaktadır. Noktasal tespit yapan uyarı sistemi ile alarm durumunda havalandırma sistemleri bölgesel olarak devre dışı kalmakta, hava kanalları otomatik olarak kapatılmakta, asansör yangın çıkış katlarına inerek kapıları açık duruma gelmektedir. Bu özelliğiyle akıllı bina özelliği göstermektedir.

Tıp bilimindeki yeni bilgi ve uygulamalar konusunda öncülük ederken, tıp teknolojisindeki son gelişmeleri de yakından takip eden Acıbadem, hasta ile ilgili tüm kayıtların saklandığı “ Hastane Bilgi İletişim Sistemi” ile hastaneler arasında güçlü bir iletişim ağına sahiptir. Hastane içi ya da hastaneler arasında işleyen Görüntü Transfer Sistemleri kullanılmaktadır(Tasarım dergisi 94-95,1999).

Dünyanın saygın hastanelerinde kullanılan **robot hekim** ilk defa Türkiye’de Acıbadem Hastanesi’nde hizmet vermektedir. “Robot hekim”le, yetkin doktor kaynağının en iyi şekilde kullanılmasını sağlayacak farklı bir hizmet sunuluyor. Doktor ve hasta ilişkisinde kullanılan mobil bir iletişim platformu olan “Robot hekim”, Türkiye’de ve yurtdışında farklı alanlarda bulunan doktorların hastalarına uzaktan konsültasyon yapma olanağı sağlıyor. Klinikte çalışan hekim, “Robot Hekim”i kullanarak acil ve yoğun bakım servislerinde veya gerektiğinde katta yatan hastasının

yanında bulunabiliyor. “Robot Hekim” sayesinde İstanbul’da bulunan bir hekim tarafından, diğer hastanelerde yatan hasta konsültasyonu yapılabilecek. Hekim, “Robot Hekim”in kontrol panelini kullanarak, hem hastayı hem de aynı ekranda hastanın radyolojik görüntülerini ve tıbbi bilgilerini görebilecek, hastanın sorularını yanıtlayabilecek, hasta, hastanın yanındaki hekimlerle konuşarak tıbbi görüş bildirebilecek. Bu noktada hasta-doktor ilişkisi yeniden gözden geçirilmelidir. Tıbbi teknolojiye gelinen bu son nokta olmayacaktır (<http://www.acibadem.com.tr/HaberDetay.asp?intHaberId=794>).

Acıbadem hastanesi örneği gibi, gelişen teknoloji, artan nüfusla giderek büyüyen ihtiyaçları karşılamak için hastanelerin genişlemesi için birçok hastane örneği verilebilir. Acıbadem hastanesi hem fonksiyonel hem programsal büyürken eldeki tüm olanakları en iyi şekilde irdeleyip, değerlendirmiş ve bu doğrultuda gelişme sağlamıştır. Acıbadem olanaklar dahilinde iyi bir gelişme, büyüme göstermiş, olumlu bir örnektir.

Ülkemizde Acıbadem hastanesi gibi olumlu büyüme gösteren hastaneler bulunduğu gibi olumsuz örneklerde mevcuttur. Büyüme planlarının ve uygulamalarının başarısız olmasının birçok nedeni vardır. Bunların başında, mevcut durumların iyi araştırılmaması, eldeki olanakların verimli ve doğru şekilde kullanılamaması gelmektedir.

5.3.2.Dünyadan bir örnek USA, New York hastanesi

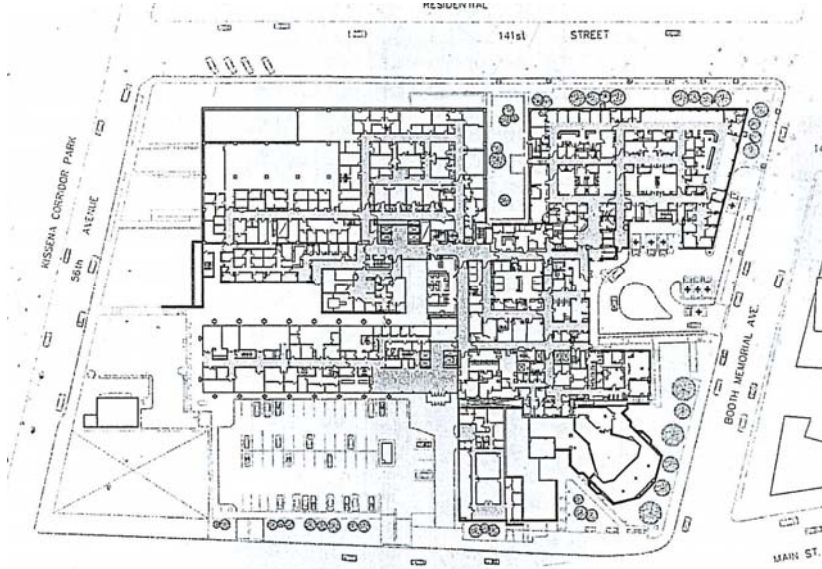
Dünyadaki hastanelerin planlamasına baktığımızda, ya geniş alanlar içerisinde doğayla bütünleşen, daha çok yatayda büyüme gösteren planlama tiplerine; ya da şehir merkezinde kısıtlı alanda düşey olarak gelişen hastane planlarına rastlamaktayız. İkisinde de ortak olan özellik sağlık hizmetlerinin kullanıcılara en iyi şekilde sunulmuş olmasıdır. Artan nüfusa ve gelişen teknolojiye en kısa ve en pratik şekilde uyum sağlayan planlamalar göze çarpmaktadır.

Bu hastanelerden biri USA, New York Hastanesidir. New York Hastanesi Queens Tıp Merkezi, New York’taki yoğun yerleşimin olduğu Flushing’de yerleşmiştir ve Booth Memorial Hastanesi olarak bilinir. Mevcut binaya ilave kısım yapılmıştır.

Tasarımcıların karşılaştığı bazı zorluklar ise şunlardır: var olan binanın yüksekliği ihtiyaç duyulan döşemeden döşemeye yükseklikle uyuşmuyordu. Bu da yeni ve eski binayı birbirine bağlayan rampalar yardımıyla çözüldü(Tasarım dergisi 120-122,2002).

Başka bir sorunda binanın şekliyle ilgiliydi. Binanın şekli kuzey tarafa dar açılar oluşmasına yol açıyordu. Bu problemde zemin ve tavan karolarının modellerinde yaratıcı ve yenilikçi tasarımlar yapılarak çözüldü(Tasarım dergisi 120-122,2002).

Yeni doğu pavyonu anne çocuk sağlığı bölümüne ayrılmıştır. Buradaki tasarım tüm mekanın bir konaklama ünitesi atmosferi oluşturmasını sağlar. Tasarımda bazı ilerici teknoloji nitelikleri kullanılmıştır. Örneğin hastanın bilgilerini gösterir ekran sistemi her hastanın yatağının başucuna yerleştirilmiştir. Hemşire bankoları da bu monitörlerle donatılmıştır (Tasarım dergisi 120-122,2002).



Şekil 5.7, New York Hastanesi Genel Yerleşim Planı, Tasarım dergisi 120-122,2002

Dünyadan pek çok başarılı örnekler verilebilir. Özellikle doğayla iç içe hastaneler oldukça başarılıdır. Buna verebileceğimiz en güzel örneklerden biri Oregon, Ohio Bay Park Community hospital;



Şekil 5.8, Bay Park Community hospital, Health Facilities Review 2003

Yeşil alan içerisinde, parkla çevrelenmiş, planlaması yapılırken peyzaja çok önem verilmiştir. Böyle bir sağlık merkezinde hastalar psikolojik olarak da oldukça rahat, tamamen hastanenin o kötü izleniminden sıyrılmış bir şekilde tedavilerini olmaktadır. Yurt dışında bunun gibi pek çok örneğe rastlamamız mümkünken, ülkemizde henüz yeni yeni doğaya yönelim söz konusu olmakta; doğanın terapi özelliğinden yeni yararlanılmaya başlanılmıştır.



Şekil 5.9, Louise Obici Hospital, Virginia, Health Facilities Review 2003

Dünyadaki hastane planlamalarına baktığımızda hemen hemen hepsinin ileriye dönük, uzun vadeli planlama esasına göre planlandıklarını söyleyebiliriz. Gerek arsa seçimi, gerek yönlendirmeler, gerekse de büyüyebilme potansiyelleri hastanelerin genel yerleşim planlarından dahi okunabilmektedir.

Artan nüfusun giderek çoğalan istekleri ve özellikle tıp teknolojisinin hızlı gelişimi dünya ülkelerini, büyüme potansiyeli olan hastane planlama yöntemlerine yönlendirmiştir. Ülkemizde ise son yıllarda uzun vadeli planlama yoluna gidilmeye başlanmıştır. Böylece dünyadaki başarılı örnekler yavaş yavaş ülkemizde de varlığını göstermeye başlamıştır. Sonuçta neresi olursa olsun sağlık sektöründe tek bir amaç vardır; sağlık hizmetlerinin en iyi ve en faydalı şekilde topluma ulaştırılmasıdır. Geleceği düşünülüp tasarlanmış, planlanmış hastane binaları da hem döneminde, hem de ilerleyen zaman zarfında tüm ihtiyaçları karşılayabilecek konuma gelmektedirler.

5.4.Hastane Binaları Tasarlanırken İlerleyen Teknolojinin de Göz Önüne Alınmasının Önemi

Yapılar zaman içerisinde, kullanıcı, toplum gereksinimleri ve teknolojik ilerlemelerden dolayı değişime uğramaktadırlar. Fonksiyon ve fiziksel anlamdaki bu değişim, hastane gibi karmaşık fonksiyonlu yapılarda daha belirgin bir şekilde ortaya çıkmaktadır(Aydın,1995) .

5.4.1.Tıbbi teknolojidaki değişimlerin hastane bina programına etkileri

Hastanelerde değişime, nüfus artışı, sosyal standartlarda değişim, organizasyon değişiklikleri gibi birçok faktör neden olabilmektedir. Özellikle son yüzyılda tıp alanındaki bilimsel ve teknolojik ilerlemeler, hastane teknolojisindeki hızlı değişim ve yenilikler, günümüzde hastaneleri vazgeçilmez bir kurum haline getirmiştir. Sağlıklı yaşamak, en gelişmiş tıbbi teknolojiden yararlanmak kapsamlı bakım ve tedavi olmak, hastanelerde mümkün olabilmekte ve hastane teknolojisi, kaliteli ve iyi hizmet sunumu için önem teşkil etmektedir. Tıbbi teknolojinin hızla ilerlemesi, hastalıkların teşhisi ve tedavisinde kendini göstermekte ve her yenilik hastanelere yansımaktadır. Hastanelerde teknolojik nedenlerden dolayı ortaya çıkan bütün değişimleri önceden programlanmadığında, fonksiyonel sorunlara neden olabilmektedir. Bu nedenle hastane programla çalışmalarının başlangıcında ele alınması gereken konulardan biri de tıbbi teknolojiye bağlı yapısal değişimlerin planlamasıdır(Aydın,1995).

Tabiatı gereği üreten ve tüketen bir varlık olan insan bu özelliği ile görev, sorumluluk ve karşılaştığı sorunlar açısından diğer canlılardan farklıdır. İnsan üretim ve tüketim sürecinde bazı ve yol ve yöntemler kullanmaktadır ve bu bir anlamda teknolojidir. Teknoloji “insanoğlunun doğaya uyumunu sağlayan bir öge, uygulamalı amaçların gerçekleştirilmesi için örgütlenmiş bilgi”,(Kongar,1979), “bilgi birikimi ve bu bilgi birikiminin sonucu dayandırılarak yapılan aletler”(Şimşek,1978) olarak ifade edilmektedir. İnsanoğlu bu teknikleri kullanırken bilgi birikimlerinden yola çıkar. Teorik olarak elde ettiği bilgiler, insanın amacı doğrultusunda iş yapan aletlere dönüşür. Bu aletler üretime ve hizmete yönelik sistemler içerisinde kullanılır. Üretim ve hizmeti geliştirmek için yeni bilgilere başvurur. Üretilen her yeni ürün bir öncekinden daha iyi olması amacı ile üretilmektedir(Aydın,1995).

Tıbbi teknoloji denildiğinde ise akla “ilaçlar, aletler, ameliyat yöntemleri ve tıbbi bakımın verilmesi” gelmektedir. Tıbbi teknoloji aynı zamanda hastane teknolojisi demektir. Hastanelerde veya diğer sağlık kurumlarında hastalara yönelik olarak kullanılan tedavi ve teşhis yöntemleri, ayrıca eylemler için gerekli olan her türlü cihaz, tıbbi teknoloji olarak adlandırılır(Aydın,1995).

Tıbbi teknolojideki her ilerleme kurumların işletmelerine, organizasyonuna, kapasitelerine, yeni mekan gereksinimlerine ve düzenlemelerine yansiyacak bu durumda hastane mimarisine etkiyecektir(Aydın,1995).

Hastane mimarisi, binanın yapıldığı dönemdeki tıp bilimi ve tıbbi uygulama şekli ile yakın ilgilidir. Hastane mimarisindeki değişiklikler, tıptaki gelişmelerin bir sonucu olarak yorumlanabilir. İlk çağdan günümüze kadar tıp alanında birçok gelişme olmuştur. Bu gelişmeler doğal olarak hastalıkların tedavi edildiği mekanlara da yansımıştır(Aydın,1995).

Cerrahi alanda 19.yy da önemli gelişmelerin kaydedilmesi hastanelerde ameliyathane mekanlarının yer almasını gerektirmiştir. 1880-1890 yılları arasında bulaşıcı hastalıklara neden olan mikropların keşfi ile hastalıkların sebeplerinin tetkiki amacıyla laboratuvar gelişmiştir. Bulaşıcı hastalıkların tedavisinde tecrit gerekliliği ortaya çıkmış, teşhisinde ise laboratuvarlar önemli mekanlar durumuna gelmiştir. 1886 yılında buharlı sterilizasyonun bulunmasıyla cerrahide yeni adımlar atılmış ve hastaneye sterilizasyon girmiştir. 1891 de tekniğin daha da ilerlemesiyle hastanelerde standart aseptik uygulanmaya başlanmıştır. 1895’de X ışınının bulunması, hastaların teşhisinde ve hastanelerin gelişmesinde büyük bir etki yapmıştır. X ışınının teşhiste hastalara verdiği güven, hastanelerin hastalar tarafından daha çok kullanılmasına sebep olmuştur(Özdilek ve Akgün,1970). Bütün bu gelişmeler hastanelere yeni mekanları ve yeni donanımları getirmiştir. Hastanelerde bölümler farklılaşmaya başlamış, yeni mekan oluşumları ve mekanlar arası organizasyon zaman içinde gelişmiştir(Aydın,1995).

Büyük nitelikli ilk hastane 19.yy da görülmüştür. Bu dönemde yapılan pavyon tipi hastane, hastane mimarisi için bir ilk sayılabilir.

Dökmeci, 1989 bu konuda şunu söylemektedir:

“Pavyon tipi hastane tasarımı, hastalık teorisi ile yakından ilgilidir. Bu teoriye göre hasta yatakları arasındaki uzaklık, hasta bakım ünitelerindeki hava akımı ve havalandırma hastane mimarisinin temel elemanlarıdır”.

Pavyon tipi hastane tasarımında koğu düzeni, hasta yatakları arasında gizliliğin olmaması, gürültünün olması, her hasta için farklı olabilecek ısı kontrolünün sağlanamaması ve cross-infection denilen enfeksiyon geçişi gibi dezavantajlar nedeniyle zaman içerisinde değişime uğramıştır. Yataklar arası, önce açık olarak bölünmüş ve açık bölmelere üç veya dört yatak yerleştirilmiştir. Önceleri pencereye dik konulan yataklar, daha sonra paralel hale getirilmiştir. Büyük koğuşların odalara dönüştürülmesi ilk olarak Amerika, Fransa, Hollanda, İsveç ve İsviçre de olmuştur(Gainsborough,1964).

19.yy pavyon hastanelerini birçok değişiklik izlemiştir. Arazi üzerinde çok alana ihtiyaç göstermesi, ekonomik olmaması, sirkülasyonun uzaması gibi nedenlerle pavyon tipi hastane zamanla terk edilmiştir.

1937’de Kalmor General Hospital binası “T” formunda tasarlanmış blok tipi hastanedir. Bina hastane içindeki fonksiyonların birbirinden ayrıldığı, modüllerden oluşmuş ilk yaklaşımdır (Dilani,1977). Bu hastanede yer alan poliklinik, teşhis, ameliyathane ve hasta yatak odalarının bulunduğu bölümler bina içinde organize edilmiş ve katlara ayrılmıştır. Mekan organizasyonu ve programlama anlamında fonksiyonların gruplaşması açısından ilk uygulama olması önemlidir(Aydın,1995).

1940’lı yıllarda blok hastane dediğimiz bu anlamda hastaneler çeşitlenmiştir. Blok hastane gelecekteki değişiklik talebine adaptasyonu zorlaştırması, sık sık kullanıma geçilmeden çağ dışı olmasıyla zaman içinde terk edilmiştir(Aydın,1995).

20.yüzyıl sonlarında tıbbi teknolojinin hızla ilerlemesi hastaneleri hem etkilemiş hem de değiştirmiştir. Ekonomik ve toplumsal değişikliklerin yanı sıra halkın hastaneye olan ilgisi de artmıştır. Teşhis alanındaki ilerlemeler sayılamayacak derecede çoğalmıştır. Klinik tiplerindeki değişimler son 10-20 yıl içinde hızla artmış, ihtisas dallarında branşlaşma ortaya çıkmıştır. Ekranda teşhis ultrason aletleriyle gerçekleştirilirken, röntgen ve tomografi aletleri de bilgisayara bağlanmıştır(Aydın,1995).

Tıbbi teknolojiye bütün bu gelişmeler hastanelerin yapılanmasını ve kurgulanmasını etkilemiş, yeni yapılan hastaneler, yeni teknolojik gelişmeler de göz önünde bulundurularak tasarlanmaya başlamıştır. Ancak mevcut hastanelere yeni teknolojilerin girmesi imkan dahilinde gerçekleşmektedir(Aydın,1995).

Tıbbi teknoloji ve bilgi birikimindeki artış hastane enfeksiyonu riskini daha da arttırmaktadır. Günümüzde ileri teknoloji ürünü cihazların hastanelerde yoğun biçimde kullanılmaları, sürekli gelişen tıp teknolojisini takibi zorunlu hale getirmiştir.

5.4.2.Uzun vadeli planlama dönemleri, yarar ve hedefleri

İleriye dönük planlama, uzun vadeli planlama adı altında uzun süreli kullanımların 10 yıllık süreyi kademelendirerek ele alarak, bu süre 10'ar yıllık değişme, büyüme ve yenilemeleri önceden belirler. Geleceğe ait kararlar verilirken, geçmişteki bilgilere, araştırma ve incelemelere dayanan, tecrübeyle desteklenen bir planlama yapılmalıdır(Tezel,1985).

Hastanenin gelecekte, hangi dönemde, ne kadar kapasiteyle, ne gibi yöntemlerle hizmet verebileceği önceden belirlenmeli, buna göre bir planlama yapılarak her tür değişimlere göre, tıbbi hizmet, bakım hizmeti ve idari strüktür değişmeli, büyüme ve yenilemelere optimim uyum sağlayabilmelidir. Bunun için uygun kuralları bulup, hastane tasarımına büyüme ve değişme yerleştirilmelidir. Uzun süreli kullanımda ortaya çıkabilecek büyüme, değişme ve yenilemelerde önceden kademeli olarak hazırlanmış programın önemi yadsınamaz(Tezel,1985).

Uzun vadeli planın hazırlanması hastaneye pek çok yarar sağlar. Hastanenin fiziksel bünyesinin dikkatle incelenmesini ve mevcut kullanımın tekrar gözden geçirilmesini gerektirir. Zamana göre gelişmeleri kademelendirerek, ihtiyaç ve kaynakların dengelenmesi için bir yol önerir. Yeni ekipman ve yeni çalışma metodlarının araştırılmasını destekler. Geniş ve gerçekçi düşüncelere yönlendiricidir. Alan kazanma açısından özellikle planlamada değerli olan büyüme için, bir yol gösterici ve öncelikleri saptayıcı bir çerçeve önerir(Tezel,1985).

Uzun vadeli planlamanın en büyük faydası, ileride büyüme, değişme ve gelişime en kısa sürede adapte olup, hastane binalarındaki gerek programsal gerek fonksiyonel işleyişin sürekliliğinin ve kalitesinin devamlılığını sağlamaktır. Hastanelerin gelecekteki olası durumu için plan, program yapmak çıkabilecek pek çok soruna önceden önlem almak demektir. Bunu yaparken de eldeki verilerin en iyi şekilde geliştirilmesi, değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

Uzun vadeli plan için yapılan araştırmaların kapsamı şu şekildedir(Wheeler,1971).

- Mevcut binanın fonksiyonel analizinin yapılması, program elemanlarının, bölümlere ayrılan alanların, genel sirkülasyonun incelenmesi.
- Mevcut binanın strüktür, mekanik ve elektrik sisteminin durum ve kapasitesi.
- Her kademedeki bölümlerin yeterli alan gereksiniminin saptanması.
- Tüm alanların genel bölünmeleri ve servislerin genel akım şemalarının çizimi, ek bina alternatiflerinin şematik planları.
- Mekanik ve elektrik olanakların gereken genişletilmeleri için bir program.
- Arsa kullanımı, park gereksinimlerinin gösteren bir çevre geliştirme etüdü.
- I. kademe büyüme, yenileme için bir zaman programının ve tahmin maliyetinin özetinin hazırlanması şeklindedir.

BÖLÜM 6

HASTANELERDEKİ TÜM DEĞİŞİMLERİN, BÜYÜMELERİN, EKLENTİLERİN BİNA PROGRAMINA ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Hastane binalarında büyüme ve yenileme, hastanenin yaşamıyla beraber gelişen olgular haline gelmişlerdir. Planlama sürecinde ele alınmış olsun ve ya olmasın, bu değişimleri her hastanede görmek olanağı vardır(Tezel,1985).

Mimarlıkta rastladığımız bu değişimleri doğada görülen büyümlerden, bir hücrenin, bir ağacın büyümesinden ayıran olgu, doğadaki büyümenin sürekli mimarlıktaki büyümlerin ise, sürekli olmayıp kesikli ve sınırlı olmalarıdır. Bununla birlikte insan yapısı çevrelerdeki denetimsiz büyümlerin, kısa sürelerde sınırlı büyümler olduğunu söylemek güçtür ve gelişimlerinde bir iç denetimin eksikliği, sonuçta doğadaki gibi bir denge yerine bir karmaşıklık ortaya çıkarmaktadır.

Gelişen teknoloji yapıların hem iç mekanlarında hem de dış çevrelerinde değişikliklere neden olmaktadır. Programsal ve fonksiyonel değişimler özellikle iç mekanın yeniden kurgulanmasını gerektirir. Gerektiğinde iç mekanda mevcut duvarların kaldırılabilmesi ya da bölünebilir duvarlarla mekanların bölünmesi durumu söz konusu olabilir. Burada yapılan değişikliğin özellikle teknik ve strüktürel sistemi zorlamaması, mümkün olduğunca uyumlu olması gerekmektedir. Hastanelerde genelde strüktürel eskime çok fazla problem olmamakta, fonksiyonel eskime diğerlerinin önüne geçmektedir. Bu sebepten hastane binalarının yıkılıp yeniden inşa edilmesi yerine, mevcut yapıyı yenileme yoluna gitmek daha uygun bir yöntemdir. Eğer hastane binasının ihtiyaçlara karşılık verecek şekilde büyüebilmesi mümkün değilse o noktada ilave kısımlar düşünülmelidir. Ancak hastane binaları planlama aşamasındayken, gelecekteki değişime, yenilemeye, büyümeye uygun, esnek, uzun vadeli planlara gidilmelidir.

Hastanelerde bazı bölümler diğerlerine oranla daha fazla değişim, büyüme gösterebilir. Bunu göz önünde bulundurmak ve ona göre alternatif çözümler planlama aşamasında düşünülmelidir.

Sağlık sektörü son yıllarda büyük gelişme gösterdi. İhtisas hastanelerinin de giderek yaygınlaşması, ülkemizdeki sağlık sektörüne kalite getirdi. Başta İstanbul'da olmak üzere Anadolu'da da arka arkaya özel hastaneler açılıyor. Her açılan hastane bir öncekine fark atıyor. Öyle ki artık hastaneler sadece sağlık hizmeti verilen bir müdahale merkezi olarak dizayn edilmiyor. Çoğu ya beş yıldızlı otel ya da rezidans hizmetleri veriyor. Hemen hepsinin içinde bir medikal marketi, kuaförü, küçük bir alışveriş merkezi, restoranı-cafesi, medikal yüzme havuzu, üç ayrı dine mahsus ibadethaneleri mevcut. Hatta acil durumlar için helikopter hizmetleri bile var.

Hastanelerde süit odalardan kral dairelerine kadar her biri çok yıldızlı otel hizmetleri sunulmaktadır. Jakuzili lüks banyolar, rengarenk duvarlar, Boğaz manzaralı yataklar, SPA'lar vs. Artık hastaneler sadece tedavi merkezleri olarak görülmemekte, içerisinde pek çok farklı programı ve fonksiyonu barındıran çok amaçlı yapılar durumundadırlar.

6.1.Yapılan Ve Yapılacak Olan Değişimlerin Belirlenmesi

Hastane binaları birçok nedenden dolayı değişime ihtiyaç duyabilir. Öncelikli olarak gelişme evrelerine geçmeden, hastanenin tüm gereksinimleri, değişimin boyutu, hızı ve kademeleri belirlenmelidir. Her kademedeki değişim tek tek belirlenmeli, uzun vadeli planlama aşamalarının gelişme sürecindeki yeri ve önemi ortaya koyulmalıdır.

Bir hastane yapımı amacının belirlenmesiyle, planlama sürecinin, program-tasarım-yapım evreleri gerçekleştirilerek hastane kullanıma açılır. Uzun süreli kullanımda ise zamanla nüfusa, kullanıcı gereksinimlerine ve hastane çalışma yöntemlerine ilişkin etkenler, organizasyonel değişmeye yol açarlar. Özellikle fonksiyonel eskime, hastane binalarında yenileme, değişme ve büyüme ihtiyacını ortaya

çıkarır. Mevcut binanın değiştirilmesi amacıyla uzun vadeli planlama yapımına gidilir(Tezel,1985).

Bu şekilde yapılan planlamada mevcut olanaklar ve nüfus hakkında bilgi toplanır, sonra bu verilerin 20-30 yıl sonraki durumu hesaplanmaya çalışılır. Gereksinimleri saptamak, çoğunlukla analiz ve yansıtmaya dayanır. Elde edilen veriler tahmin ve tecrübeyle desteklenir. Bilgiler tamamlanınca toplam yatak ihtiyacı ve diğer olanakların tahmini yapılır. Her tahminin doğru ve eksiksiz gerçekleşeceğini düşünmek yanlış olur. Uzun vadeli planın belli bir zaman kesitindeki esnekliği ve kademelendirilmesi doğru olmayan tahminler karşısında bir denge sağlar. Sonunda hastanenin gelecekteki boyutu ile, ihtiyaç ve kaynak dengelenmesiyle hazırlanan özel programı hakkında karar verilir(Tezel,1985).

Hastane yapılarındaki değişimlerin belirlenmesinde, eldeki mevcut verilerin iyi incelenmesi ve en verimli şekilde kullanılmasının amaçlanması gerekir. Yapılacak değişimler her açıdan hem fonksiyonel, hem programsal hem de strüktürel açıdan ele alınmalıdır. Fonksiyonlar ihtiyaçlar doğrultusunda belirirken, hastane bünyesinde çok amaçlı programlamaya yer verilebilir. İlave olarak yeni bir hastane yapısı planlanırken strüktürel yapısı da düşünülmeli, mevcut yapıyla uyumlu olması sağlanmalıdır. Hastanenin büyümesi söz konusu olduğunda tüm çevresel faktörlerde iyi araştırılmalıdır.

Hastanede değişebilirlik, büyüebilirlik ve esneklik her bölüm için ayrı ayrı düşünülüp, her bölüm için farklı çözüm önerileri uzun vadeli olarak planlanmalıdır. Bazı bölümlerdeki değişim olanaklar dahilinde hemen yapılabilecek, binayı fiziki olarak değiştirmeyecek şekilde tasarlanabilir. Bazı bölümlerde ise mutlaka ilave binalar ya da mevcut binayı fiziki değişime uğratacak ilaveler yapılarak büyüme sağlanmaktadır.

6.2.Geliştirilebilir Hastane Planlama Kriterleri

Hastane planlama sürecinin, etkin faktörlerle ilişkili olarak incelenmesi için, planlama kararlarının alınmasından başlayarak, programlama, tasarlama, yapım ve her evreyi etkileyen değişkenlerin bilinmesi gereklidir. Geliştirilen bu süreçte, uzun vadeli

programın yeri ve her kademedeki değişme, büyüme ve yenilikler izlenebilir. Bu süreç kısaca açıklanırsa; Toplumun sağlık alanındaki gereksinimlerinin karşılanması, hastane ihtiyacının belirlenmesinde etkin faktör olarak rol oynar(Tezel,1985).

Hastane planlaması birkaç kademedede gerçekleştirilebilir. Uzun vadeli planın her kademesi, olabilecek tüm değişiklikleri içerir. Her kademedeki yenileme ve büyümeler, daha da detaya inilerek bölümlerin boyut ve konumları belirlenir. İlk kademedede her tür yenileme ve büyüme belirlenir. Değişen ihtiyaçlara göre hazırlanan program çerçevesinde mevcut binalar yenilenir. II. kademedede uzun vadeli plan tekrar incelenip, değerlendirilerek; gerekli yeni binalara karar verilip, büyüme olanağı sağlayan bir program hazırlanır. Çok daha uzun süre sonra olabilecek büyüme ve değişimler III. kademedede gerçekleştirilir(Tezel,1985).

Uzun vadeli plan tamamlandığı zaman; büyüme için bir model, boyutlar için veriler ve çalışmalar sırasında hastanenin işleyişini engellemek için, uygun bir kademelendirme programı ortaya çıkar. Zamanlama programı uzun vadeli programa yeterli esnekliğı sağlar. Bu şekilde bir planın varlığı, hastane binalarının uzun süreli kullanımında ortaya çıkacak pek çok sorunun baştan çözümünü sağlar(Tezel,1985).

BÖLÜM 7

SONUÇLAR

Gün geçtikçe insanların yaşam tarzları, düşünce yapıları, talep ve istekleri günün şartlarıyla orantılı olarak değişmektedir. Giderek artan nüfusla beraber şehirleşmeler artmakta, toplumun genel yapısı da değişmektedir. Hızla ilerleyen teknolojiye ayak uydurma arzusu, teknolojinin getirdiği tüm imkanlardan en üst seviyede yararlanabilme isteği, çevrelerinde sürekli daha iyiye ulaşma talebi zamanla birlikte giderek artmaktadır.

Tüm alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da geçmişe göre pek çok farklılaşma söz konusudur. Tıbbi teknolojinin inanılmaz bir hızla ilerlediği, insan nüfusunun giderek çoğaldığı göz önüne alınırsa, sağlık alanındaki beklentilerin yükselmesi de bu ilerlemeler oranında normaldir. Bütün bu gelişmeler, değişimler binaları da değiştirmiştir. Artık önceden yapılan pek çok bina gerek kapasite gerekse fonksiyon ve programlar açısından yetersiz kalmaya başlamıştır. En büyük değişim ve büyüme ihtiyacı hastane binalarında ortaya çıkmıştır. Çünkü gelişen teknoloji pek çok kolaylığı sağlarken, bazı sorunları da beraberinde getirmiştir. Gün geçmeden artık sürekli kendini yenileyen, gelişen teknolojiler hastane yapılarının bünyesine hızla dahil olmak zorunda kalmıştır. Toplumun artan istekleri, artan ihtiyaçlarını karşılayabilmek adına teknolojiyi yakından takip eden ve ona ayak uyduran bir planlama ve işletim önem kazanmıştır.

Hastaneler eskiden sadece hastalıkların tedavi edildiği birer kurum olarak görülüp, o şekilde tasarlanırken; günümüzde çok amaçlı kurumlar haline gelmişlerdir. En fazla değişim, gelişim ve büyüme gösterecek yapılar arasında en başta hastaneler gelmektedir. Hızlı değişim sürecine en kısa zamanda uyum sağlayabilen, topluma en iyi sağlık hizmetini sunabilen, eldeki kaynaklarla ihtiyaçlar arasında iyi bir denge kurabilen, tıp teknolojisinin gelişimine katkıda bulunabilen, çevreye duyarlı ve çevresiyle bir bütün olan, bünyesinde pek çok farklı programı barındırabilen çok amaçlı

ve uzun vadeli hastane planlanması, bir sağlık kuruluşunda aranacak başlıca özelliklerdir.

Hastaneler daha planlama aşamasındayken, uzun vadeli dűřnlmeli, gelecekte oluşacak değişimleri göz önüne almalı, büyüyebilir, değişebilir ve esnek olmalıdır. Hastane yapılarının uzun süreli hizmet vereceği unutulmamalıdır. Hastane binası planlanıp, tasarlanıp, inřa aşamasına geçtiği noktada bile bazı değişimler ve büyüme zorunluluğu ortaya çıkabilir. Tüm bunlar doğrultusunda daha planlama, programlama aşamasında mutlaka byyebilirlik felsefesiyle iře başlanmalı, yapılar da uzun vadeli planlama yoluna gidilmelidir.

10-20 yıl geçmesine rağmen hastane binaları strüktürel anlamda eskimeye uğramamalarına rağmen, fonksiyonel ve programatik olarak eskimeye maruz kalabilirler. Bu noktada ilk olarak hastane binasında büyüme, değişme ve yenileme kararı sebepleriyle birlikte alınmalıdır. Öncelikle değişen istekler, ortaya çıkan gereksinimler hem hastane kullanıcıları hem de hastane personelinin de görüşleri alınarak doğru ve mümkün olduğuunca eksiksiz ortaya koyulmalıdır. Daha sonra eldeki veriler, imkanlar doğru şekilde irdelenip, hızlı bir biçimde, hastanenin genel işleyişini de engellemeden bir büyüme, yenileme, değişim planı hazırlanmalıdır.

Bu değişim, büyüme, yenileme planı hazırlanırken özellikle mevcut binanın strüktürel yapısına ve bulunduğu çevreye uyumlu ve çevrenin olanakları dahilinde bir planlama aşamasına kademeli olarak geçilmelidir. Burada amaç kullanıcıların taleplerinin minimum lde karşılanması değil, getirilecek tüm değişim ve yeniliklerin kullanıcıları maksimum derecede tatmin etmesidir.

Hastane yapıları artık günümüzde küçük birer şehir havasındadır. Kişilere sağlık hizmetleri en iyi şekilde sunulmakta, konfor şartları eksiksiz yerine getirilmekte, özel bakıma sahip mekanlar oluşturulmaktadır. Bunun yanı sıra tüm kullanıcıların ve hastanede çalışan sağlık personelinin tüm ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri kompleks bir yapıya dönüşüm söz konusudur. İnsanlar artık vakitlerinin büyük bölümünü hastanelerde boşuna bekleyerek harcamamakta gelişen tıp teknolojisi sayesinde zamanlarını daha verimli değerlendirebilmektedirler. Eskiden pek çok cihazın yaptığı

işi artık tek bir alet yapabilmekte, bu da insanı hem zaman kaybı hem de koşturma eziyetinden kurtarmaktadır.

Yeni gelişen tıp teknolojisi ve yeni cihazlar hastanelerde mekansal değişikliklere ya da büyümelere sebep olmuştur. İşte ilk başta hastane planlaması yapılırken tüm bunları göz önüne alıp uzun vadeli planlama yapan hastaneler, bu problemin çözümünde çok fazla zorlanmazken; uzun vadeli planlama yapmayan ve bitmiş, belli kalıba oturtulmuş hastane binalarında bu problem çözümsüz olarak kalmakta ya da çok kötü çözümler sunulmaktadır.

Hastanelerde bir diğer önemli konuda, hastanelerin birer araştırma merkezi durumunda olmalarıdır. Yeni yetişen tıp öğrencilerinin en iyi şekilde yetişmesini sağlamak, onların araştırma ve incelemelerine kolaylık sağlayacak her türlü olanağı sağlamak, yeni tedavi yöntemleri bulabilmek ya da olanları geliştirebilmek için uygun ortamları sağlamak en önemli hedefler olmalıdır. Bunun içinde hastanelerin gelecekteki durumu mutlaka planlama aşamasında değerlendirilmelidir.

Geleceğe ait planlamalar kuşkusuz tam, eksiksiz olamaz. Ama mümkün olduğunca esnek mekanlar tasarlamak gelecekte doğabilecek pek çok soruna önceden kısmen de olsa çözüm bulmak demektir. Hastane binalarını tek bir bina tipi olarak değerlendirmek çok doğru değildir. Hastaneler, tek bir bina boyutunu aşmış, toplum ve şehir boyutlarına yayılmış çok amaçlı kuruluşlardır. Hem hastane kullanıcılarının hem de personelin, doktorları sosyal ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri ortamlar hastane bünyesinde yer almaktadır. Özel ihtiyaçları karşılayacak mekanları; restoranlar, bakım salonları, kuaför, çamaşırhane, kuru temizleme, alışveriş merkezleri, çocuk oyun alanları, açık alanlar, parklar, helikopter pistleri...pek çok farklı programları içinde barındıran hastanelerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır.

Ülkemizde artan taleplerinde etkisiyle, ihtiyaçları en iyi şekilde karşılayabilmek için devlet hastanelerinin yanı sıra pek çok özel hastane açılmıştır. Bunların imkanları devlet hastanelerine göre daha çok olmakla beraber, insanların beklentilerini de en üst düzeyde karşılayabilmektedirler. Gerek devlet hastanesi gerekse özel hastaneler olsun, hepsinin ortak noktası artan nüfus ve gelişen teknolojiye uyum sağlayabilecek şekilde

planlanma zorunluluklarıdır. Hastane binalarının işlerliği ve en iyi şekilde hizmeti verebilmesi için, tüm yenileme, büyümeye bağlı değişimler, daha planlama aşamasında belirlenip, bunların programa yansıtılması ve uzun vadeli bir planlama yöntemi seçilmesi gerekmektedir. Hastane bünyesindeki farklı bölümlerin farklı hızda ve kapasitede büyümelerinin söz konusu olacağı unutulmamalıdır. Yıllar içerisinde bazı bölümler hızlı bir şekilde büyüme gösterirken bazıları kendi kapasiteleriyle yeterli kalmaktadırlar. Bazı hastane binalarında yenileme yeterli olurken, bazı binalarda büyüme zorunlu hale gelebilecektir. Hastanenin büyümesinin yönü, hızı, sebepleri hastaneden hastaneye farklılık göstermektedir. Hepsinde ortak olan özellik topluma en iyi sağlık hizmetini sunabilecek yapılanmayı en hızlı şekilde sağlayabilmektir.

BÖLÜM 7

KAYNAKLAR

- Akyay, N., Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Örgütleri ve Sosyal Kuruluşlar, H.Ü. Toplum Hekimliği Böl. Yayınları, Ankara, 1982, s:26.
- Anon, World Health Organization Technical Report Servies, 19/01, No :215.
- Arphot, G., General Hospitals, The Architectural Review, June 1965, 422 s.
- Aydın, E., Atatürk'ün Sağlık Kavram ve Anlayışı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 1995; 48 (1): s:43-54
- Aydoğan, A., Mobil Teşhis Aletleri Hayat Kurtarıyor, 2008.
- Braudel, Capitalism and Material Life, s:19
- Brockington, C.F., The History of Public Health, Oxford Universtiy Pres London, 1975.
- Çetik, O.M. ve Oğulata, N.S., Hastane Hizmet Birimleri Arasında İş Akışının Ergonomik Açıdan Düzenlenmesi.
- Çetiner, A., Şehircilik Çalışmalarında Donatım İlkeleri, Doktora Tezi, İ.T.Ü., 1972.
- Çimen, B., Hastane Planlamasında Yeni Gelişmeler ve Öneriler, Mimar Dergisi 6-7, Ankara, 1996.
- Çobanoğlu, N., Türkiye'de Sağlık Politikaları ve Etik, 1996.
- Dark, Tıbbi Teknolojideki Değişimlerin Hastane Bina Programına Etkileri, Tasarım Dergisi 132-134, 2003.
- Davies, L.R., Macaulay, H.M.C., Hospital Planning and Administration, World Health Organization, Geneva, 1996.
- Demirhan, A., Kısa Tıp Tarihi, Bursa yayınları, 1982, 170 s.
- De Landa, M., Çizgisel Olmayan Tarih, Metis yayınları, 2006, 351 s.
- Dirican, R., Türkiye'de Sağlık Memurluğunun Kısa Tarihçesi, Sağlık Memurları Dergisi, 1975, s:6-19.
- Dökmeci, S., Tıbbi Teknolojideki Değişimlerin Hastane Bina Programına Etkileri, Tasarım Dergisi 132-134, 2003.

KAYNAKLAR (devam)

- Ertürk, İ., Türkiye’de İlçe Sağlık Binalarında Hazır Elemanlarla Mimari Planlama Olasılıkları, Doktora Tezi, 1991, İ.T.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Eser, E., Hollanda’da Sağlıklı Toplum Politikasına Doğru: Nota 2000 ve Oluşturulma Süreci
- Evans, B.H., Weeler, C.H., Emerging Techniques 2 Architectural Programming, The American Institute of Architects, 1969.
- Ford, G., İnsan ve Teknoloji, Müslüman Toplumlara Hangi Teknoloji, İnsan yayınları, 1992, 168 s.
- Foucault, M., Deliliğin Tarihi 3, İmge kitapevi, 1993.
- Foucault, M., Kliniğin Doğuşu, Doruk Yayımcılık, 2002.
- Gainsborough, H., Principles of Hospital Design, London, 1964.
- Güleş, S., Dünyada ve Ülkemizde Sağlık Enformasyon Sistemleri.
- Güreşsever, Tanzimat ve Osmanlı Sağlık Hizmetleri, 1984.
- Health Facilities Review, The American Institute of Architects Academy of Architecture for Health, Images Publishing, 2003.
- Hobson, W., The Theory and Practice of Public Health, Oxford university Press London, 1975.
- İnceoğlu, N., Mimarlıkta Bina Programlama Olgusu, Doktora Tezi, İ.T.Ü. 1982, s:20
- Karataş, B., Mimari Planlamaya Veri Sağlamak Üzere Genel Hastanelerin Gereksinim ve yerlerinin Belirlenmesi İçin Bir yöntem, doktora Tezi, İ.T.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1979.
- Knowles, J.H., The Hospital, Hospitals, Now, 1975, s: 128-134.
- Kongar, N., Tıbbi Teknolojideki Değişimlerin Hastane Bina Programına Etkileri, Tasarım Dergisi 132-134, 2003.
- Kwankam, Y., Healthcare Technology Policy Framework, 2001.
- Lenel, A., How to Organize a System of Healthcare Technology Management, 2008.

KAYNAKLAR (devam)

- Manzur, S.P., İnsan ve Teknoloji, Kompüter Zekası Süper Bir Bitkimi?, İnsan yayınları, 1992, 351 s.
- Marberry, S.O., Health Care Design, England, 1997.
- Marmara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi, Sağlık Yönetimi.
- McNeill, Plagues and Peoples.
- Mutlu, A., Sağlık Binaları ve Hastaneler, Devlet Güzel Sanatlar Akademisi yayınları, 1973, 238 s.
- Neufert, Genel Hastaneler Yapı Tasarımı Temel Bilgileri, 1973.
- Oğultekin, G., Sağlık Örgütlenmesi Yaklaşımları ve Türkiye’de Hastane Binalarını Prefabrikasyon Teknolojilerine Göre Planlama Sorunu Üzerinde Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, İ.T.Ü., 2001, 225 s.
- Özbay, H., Türkiye’deki Hastane Şemalarının Tipolojik Gelişimi Hastane Yarışmaları, Mimar dergisi, Ankara, 1996.
- Özdemir, H., Yataklı Tedavi Kurumları Master Planı, Tübitak yayınevi araştırma, 1974.
- Özdilek, A., Tasarım Dergisi 132-134, 2003.
- Preiser, N., Tasarım Dergisi, 1991
- Pappenheim, F., The Alienation of Modern Man, Phoenix yayınevi, 2002.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2002.
- Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2003
- Sanoff, Tasarım Dergisi 132-134, 1992.
- Seçim, M., Hastane İşletmeciliği, Seçme yazılar, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir, 1995.
- Serdar, Z., İnsan ve Teknoloji, Yüksek Teknolojinin Alternatifleri, İnsan yayınları, 1992, 168 s.
- Shaw, E.K., Osmanlı İmparatorluğu ve Modern Türkiye, Cilt 2, E yayınları, İstanbul, 1983, 361 s.
- Smith, B. Ve Titmus, R., The Cost of the National Health Service, 1958, s:54.

KAYNAKLAR (devam)

Sur, H., Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi, İnternet.

Sürmen,Ş., Hastaneler, Rehabilitasyon Merkezleri, Sağlık İstasyonları, İ.T.Ü yayımları, İstanbul, 1991.

Şeraiti, A., İnsan ve Teknoloji, makinalaşmanın Tuzağında İnsan, İnsan yayımları, 1992, 168 s.

Şimşek, N., Tasarım Dergisi 132-143, 2003.

Tasarım Dergisi 94-95, 1999.

Tasarım dergisi 116, 2001

Tasarım dergisi 99-101, 2000

Tezel, N., Genel Hastanelerde Yenileme ve Büyümelere Bağlı Değişimlerin Bina Programına Etkileri, Doktora Tezi, 1985, 98 s.

Törüner, Y., ytoruner@milliyet.com.tr.

Turgay, T., Sağlıkta İnternet Tabanlı Bilişim Uygulamaları

Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı, Sağlık Bakanlığı yayını, 2002

Unat, E.K., Osmanlı İmparatorluğunda Aşı ve Serum Hazırlama Müesseseleri, Türk Tıp Alemleri Dergisi, Ayrı baskı, 1970.

Ünver, A.S., Tıp Tarihi Yıllığı, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp. Fak. Yayınları, İstanbul, 1983,70 s.

Wheeler, E.T., Hospital Design and Function, USA, 1971.

Weinerman, R.E., Research on Comparative Health Services Systems, Medical Care, 1971.

Yıldırım, A., Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, Temel Sağlık Birimleri.

Yıldırım, H., Sağlık Ve Siyaset, Hastane Dergisi, Mart-Nisan sayısı, 2008.

İnternet, www.acibadem.com.tr

İnternet, www.bodig.org / Bedenler Ve Teknolojiler Üzerine, 2008.