

**YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK KURUMLARININ İYİLEŞTİREN HASTANE
ANLAYIŞI VE AKREDİTASYON BAĞLAMINDA
TASARIMI VE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Y. Mimar Aslı SUNGUR ERGENOĞLU

**FBE Mimarlık Anabilim Dalı Mimari Tasarım Programında
Hazırlanan**

DOKTORA TEZİ

Tez Savunma Tarihi : 09. Kasım 2006-12-06

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Ayfer AYTUĞ (YTÜ)

Jüri Üyeleri : Prof. Dr. Mehmet TUNBIŞ(YTÜ)

Prof. Dr. Gülen ÇAĞDAŞ (İTÜ)

Prof. Dr. Işıl HACIHASANOĞLU (İTÜ)

Doç.Dr. Çiğdem POLATOĞLU BAYTİN (YTÜ)

İSTANBUL, 2006

**YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK KURUMLARININ İYİLEŞTİREN HASTANE
ANLAYIŞI VE AKREDİTASYON BAĞLAMINDA
TASARIMI VE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Y. Mimar Aslı SUNGUR ERGENOĞLU

**FBE Mimarlık Anabilim Dalı Mimari Tasarım Programında
Hazırlanan**

DOKTORA TEZİ

Tez Savunma Tarihi : 09. Kasım 2006-12-06

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Ayfer AYTUĞ (YTÜ)

Jüri Üyeleri : Prof. Dr. Mehmet TUNBIŞ(YTÜ)

Prof. Dr. Gülen ÇAĞDAŞ (İTÜ)

Prof. Dr. Işıl HACIHASANOĞLU (İTÜ)

Doç.Dr. Çiğdem POLATOĞLU BAYTİN (YTÜ)

İSTANBUL, 2006

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KISALTMA LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
TABLO LİSTESİ	viii
ÖNSÖZ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xiii
1 GİRİŞ	1
1.1 Tezin Amacı.....	1
1.2 Tezin Kapsamı	3
1.3 Tezde İzlenen Yöntem	3
1.4 Tezin Sağlayacağı Yararlar.....	4
2 MİMARLIK VE TIP	5
2.1 Mimarlık ve Tıp Meslekleri Arasındaki İlişki	5
2.2 Sağlık İçin Mimarlık.....	7
2.3 Sağlık Binalarında Sanat.....	8
2.4 Bölüm Sonucu	12
3 TARİH İÇİNDE TIP PARADİGMALARININ DEĞİŞİMİ VE HASTANE YAPILARI	13
3.1 Tarih İçinde Tıp Paradigmalarının Değişimi ve Hastane Yapılarına Etkisi	13
3.1.1 Tarihteki İlk Hastane Yapıları	15
3.1.2 "Blok" Hastane: Yardımsever bir Kurum	15
3.1.3 "Pavyon" Hastane: İyileştirme Makinesi	17
3.1.4 "Gökdelen" Hastane: Bilimsel Tıp İçin Ortam	22
3.2 Türkiye’de Hastane Binalarının Tarihi	25
3.2.1 Osmanlı’da Hastane Binaları	28
3.2.2 Cumhuriyet Dönemi Hastane Binaları.....	34
3.2.2.1 Genel Sağlık Politikası	34
3.2.2.2 Hastane Binaları.....	36
3.3 Bölüm Sonucu	38
4 HASTANE TASARIMINDA YENİ YAKLAŞIM VE ANLAYIŞLAR: 'İYİLEŞTİREN HASTANE'	39
4.1 Hastane Tasarımında Değişim ve Dönüşümler	40
4.1.1 Yeni Tıp Kuramları ve Teknolojik Gelişmelerin Tasarıma Olası Etkileri	45
4.1.2 Hastane Binaları ve Çevrelerinin Hasta Sağlığına Etkileri.....	49
4.2 İyileştiren Hastaneler	55
4.2.1 Hastane Binalarında Kalite Kavramı	58

4.2.1.1	Yönetmel Kalite	61
4.2.1.2	Hasta Bakım Kalitesi	62
4.2.1.3	Bina Kalitesi	62
4.2.2	İyileştiren Hastanelerde Kullanıcı Katılımlı Tasarım.....	62
4.2.2.1	Yönetim ve Tıbbi Personelin Katılımı.....	68
4.2.2.2	Hasta ve Hasta Yakınlarının Katılımı.....	69
4.2.3	Hasta-merkezli Tasarım.....	70
4.3	Bölüm Sonucu	77
5	SAĞLIK SEKTÖRÜNDE AKREDİTASYON.....	79
5.1	Akreditasyonun Amacı ve Etkileri	80
5.2	Dünyadaki Akreditasyon Sistemleri ve Akreditasyon Sistemlerinin Karşılaştırılması.....	82
5.3	Türkiye'de Sağlık Sektöründe Akreditasyon Çalışmaları.....	85
5.4	JCI Ve JCAHO Akreditasyonu.....	87
5.4.1	JCI Ve JCAHO Akreditasyonunun Tarihçesi.....	89
5.4.2	JCI 'nın Amaçları	89
5.5	Akreditasyon Süreci.....	90
5.6	Standartların Geliştirilmesi ve Organize Edilmesi	92
5.7	Standartlar.....	94
5.8	Akreditasyonun Eleştirisi.....	99
5.9	Bölüm Sonucu	100
6	HASTANELERDE KALİTE GELİŞTİRMeye YÖNELİK KONTROL LİSTESİ OLUŞTURMA VE UYGULAMA YAKLAŞIMLARI	101
6.1	Akreditasyona Yönelik 'İyileştiren Hastane' Tasarımında Tasarım Kalitesinin Değerlendirilmesi	101
6.2	Kontrol Listesi Amacı ve Tanımı	106
6.2.1	Kontrol Listesi Oluşturma Yöntemlerinde Yeni Yaklaşım ve Anlayışlar.....	107
6.3	Avrupa ve Amerika Çapında Hastanelerde Kalite Geliştirmeye Yönelik Çalışma Yapan Kurumların Yaklaşımları.....	108
6.3.1	İngiliz NHS Kurumunun Yaklaşımı:AEDET.....	108
6.3.2	Avrupa Picker Enstitüsünün Yaklaşımı.....	110
6.3.3	CAHPS Programı	115
6.4	Bölüm Sonucu	117
7	SAĞLIK KURUMLARININ İYİLEŞTİREN HASTANE ANLAYIŞI VE AKREDİTASYON BAĞLAMINDA TASARIMI VE DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK KONTROL LİSTESİNİN OLUŞTURULMASI	118
7.1	Öneri Kontrol Listesinin Oluşturulması	119
7.1.1	Değerlendirilecek Hastane Binası Bölümü Veya Bölümlerinin Belirlenmesi	120
7.1.2	Değerlendirmenin Uygulanacağı Kullanıcı Gruplarının Belirlenmesi	123
7.1.3	Değerlendirilecek Tasarım Faktörlerinin Belirlenmesi	123
7.2	Kontrol Listesi	132
7.3	Bölüm Sonucu	164

8	ÖNERİ KONTROL LİSTESİNİN UYGULANMASI, ANKET ÇALIŞMASI VE DEĞERLENDİRME	165
8.1	Alan Çalışması 1: VKV Amerikan Hastanesi	166
8.2	Alan Çalışması 2: Florence Nightingale Hastanesi	167
8.3	Alan Çalışması 3: Memorial Hastanesi	167
8.4	Değerlendirme Sonuçlarının Analizi ve Yorumlanması.....	171
8.4.1	Hasta ve Personel Yanıtları Ortalama Tabloları	171
8.4.2	Radar Tabloları	179
8.4.3	Ortalama, Radar ve Frekans Tablolarının Değerlendirilmesi.....	186
8.4.4	Hasta, Tıbbi Personel Yorumları	204
8.4.5	Araştırmacı Gözlemleri ve Değerlendirmeleri	204
9	SONUÇLARIN TARTIŞILMASI VE İLERİYE DÖNÜK ÖNERİLER.....	207
	KAYNAKLAR.....	210
	EKLER	222
Ek 1	JCI Accreditation standards for hospitals, standartlar örnek sayfaları	222
Ek 2	Çalışma kapsamına alınan JCI akreditasyon standartları ve açıklamaları	224
Ek 3	Picker Enstitüsü Oxford Trust hasta sorveyi, frekans tabloları örnek sayfaları	239
Ek 4	NHS AEDET soru formları örnek sayfaları	243
Ek 5	Kontrol listesinin tamamının araştırmacı tarafından her üç hastanede uygulanması	246
Ek 6	Hasta anket formu	275
Ek 7	Tıbbi personel anket formu.....	275
Ek 8	Hasta yanıtları frekans tabloları.....	280
Ek 9	Tıbbi Personel yanıtları frekans tabloları	280
	ÖZGEÇMİŞ.....	325

KISALTMA LİSTESİ

ACC	Access to Care and Continuity of Care
AEDET	Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIA	American Institute of Architects
ALPHA	International Society for Quality in Health Care
AOP	Assesment of Patients
CAHPS	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
CHAD	Centre of Healthcare Architecture and Design
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services
COP	Care of Patients
EFQM	European Foundation of Quality Management
FDA	Food and Drug Administration
FMS	Facility Management and Safety
GLD	Governance, Leadership and Direction
ICU	Intensive Care Unit
ISQua	International Society for Quality in Health Care (ALPHA)
ISO	International Standardization Organization
JCAHO	Joint Commission Accreditation for Health Organization
JCI	Joint Commission International
MARU	Medical Architecture Research Unit
MOI	Management of Information
NHS	National Health Service
PCI	Prevention and Control of Infections
PFE	Patient and Family Education
PFR	Patient and Family Rights
QPS	Quality Improvement and Patient Safety
SPRU	Science Policy Research Unit
SQE	Staff Qualifications and Education
TSE	Türk Standartları Enstitüsü
WHO	World Health Organization

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 2.1 Tıbbi Yargı.....	6
Şekil 2.2 Chelsea ve Westminster Hastanesi’nde yürütülen sanat programından görüntüler	10
Şekil 2.3 Sağlık binalarında sanat öğelerinin kullanımı	11
Şekil 3.1 Londra Hastanesi görünüşü ve kat planları	16
Şekil 3.2 Paris’te Dr. Antoine Petit’nin önerdiği Radyal hastane planı	20
Şekil 3.3 Florence Nightingale’in önerdiği hasta koğuşları planı.....	20
Şekil 3.4 Paris’te 1846-1854 yılları arasında yapılmış olan Lariboisiere Hastanesi	21
Şekil 3.5 Keykavus Hastanesi ve Medresesi plan şeması.....	27
Şekil 3.6 Divriği Darüşşifası planı.....	27
Şekil 3.7 Haseki Darüşşifası planı	30
Şekil 3.8 Süleymaniye Külliyesi - Tıp Medresesi ve Bimarhanenin plan şemaları	30
Şekil 3.9 Haydarpaşa Numune Hastanesi vaziyet planı.....	33
Şekil 3.10 Haydarpaşa Hastanesi pavyon planları.....	33
Şekil 3.11 Guraba Hastanesi esas kat planı	37
Şekil 3.12 Guraba Hastanesi koğuş planı	37
Şekil 4.1 İyileştiren hastane kalite bileşenleri.....	60
Şekil 4.2 İyileştiren hastanelerde tasarım kalitesinin gelişimini hedefleyen kullanıcı katılımlı tasarımın döngüsel süreci	67
Şekil 4.3 Resepsiyon bölümündeki alt seviye ve şeffaflığın kullanımı	73
Şekil 4.4 Koridorları ayırt edilebilir hale getirmek ve algıda uzun bir koridor etkisinden kaçınmak için çözümler	74
Şekil 4.5 Bekleme alanlarının hastanın rahatını sağlayacak şekilde düzenlendiği bir örnek	74
Şekil 4.6 Manzaranın doğal olarak sağlanmasının mümkün olmadığı durumlarda doğanın iç mekanlara taşınması.....	76
Şekil 4.7 İç mekana, doğanın şelaleler, akvaryumlar veya bitkiler şeklinde taşınması ve mekanlarda sanat eserleri bulundurulması.....	76
Şekil 5.1 Sağlık bakımı akreditasyonu sistemin anahtar elemanları.....	88
Şekil 6.1 NHS AEDET değerlendirme sonucu - örnek radar tablosu	110
Şekil 7.1 İyileştiren hastaneyi oluşturan özellikler	118
Şekil 7.2 Öneri kontrol listesi oluşturulmasında temel adımlar ve süreçler	119
Şekil 7.3 Sağlık sisteminde uygulanacak hasta odaklı kontrol listesi çekirdeği ve alt ilişkiler ağı.....	122
Şekil 7.4 İyileştiren hastane kalitesini oluşturan bileşenler ve ölçülme yolları.....	126

Şekil 8.1	Amerikan Hastanesi	168
Şekil 8.2	Florence Nightingale Hastanesi.....	169
Şekil 8.3	Memorial Hastanesi	170

TABLO LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1 Bir sağlıklı yaşama merkezi geliştirirken mimar ve doktorların beraber tartışmaları gereken konuların çatısı.....	6
Tablo 3.1 1923 yılında, Cumhuriyet kurulduğunda Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarının sayısal durumu	35
Tablo 6.1 NHS AEDET değerlendirme sonucu - örnek puanlama tablosu	110
Tablo 7.1 Değerlendirmeye alınan konuların listesi	125
Tablo 7.2 Oluşturulan kontrol listesinin bileşenleri.....	131
Tablo 8.1 Hasta yanıtlarının ortalamaları	171
Tablo 8.2 Personel yanıtlarının ortalamaları.....	175
Tablo 8.3 Hastane geneli, bina kabuğu ve biçimlenişi hasta yanıtları radar tablosu değerlendirmeye alınan konuların listesi	179
Tablo 8.4 Dış mekanlar ve yeşil alanlar hasta yanıtları radar tablosu	180
Tablo 8.5 Genel olarak iç mekanlar hasta yanıtları radar tablosu.....	180
Tablo 8.6 Ortak alanlar hasta yanıtları radar tablosu	181
Tablo 8.7 Hasta odaları hasta yanıtları radar tablosu	181
Tablo 8.8 Tanı, konsültasyon ve tedavi odaları hasta yanıtları radar tablosu	182
Tablo 8.9 Hastane geneli, bina kabuğu ve biçimlenişi personel yanıtları radar tablosu.....	183
Tablo 8.10 Dış mekanlar ve yeşil alanlar personel yanıtları radar tablosu	183
Tablo 8.11 Genel olarak iç mekanlar personel yanıtları radar tablosu	184
Tablo 8.12 Ortak alanlar personel yanıtları radar tablosu	184
Tablo 8.13 Hasta odaları personel yanıtları radar tablosu	185
Tablo 8.14 Tanı, konsültasyon ve tedavi odaları personel yanıtları radar tablosu.....	185
Tablo 8.15 Hastane geneli, bina kabuğu ve biçimlenişi faktör analizleri yorum tablosu	195
Tablo 8.16 Dış mekanlar ve yeşil alanlar faktör analizleri yorum tablosu	196
Tablo 8.17 Genel iç mekanlar faktör analizleri yorum tablosu.....	197
Tablo 8.18 Ortak alanlar faktör analizleri yorum tablosu	198
Tablo 8.19 Hasta odaları faktör analizleri yorum tablosu.....	199
Tablo 8.20 Tanı, konsültasyon ve tedavi odaları faktör analizleri yorum tablosu.....	200
Tablo 8.21 Tüm mekan grupları faktör analizleri yorum tablosu	201

ÖNSÖZ

Doktora çalışma sürecinin karmaşıklığı ve yoğunluğunu, yol göstericiliği, katkıları ve verdiği fikirler ile kolaylaştıran, bilimsel düşünmeyi öğrenme yolunda bana her açıdan destek olan ve cesaretlendiren, varlığını hep yanımda hissetmemi sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Ayfer Aytuğ'a çok teşekkür ederim.

Tez izleme jürilerimde bulunarak çalışmalarım sırasında yapıcı eleştiri ve katkılarından dolayı Prof. Dr. Mehmet Tunbiş'e ve Prof. Dr. Gülen Çağdaş'a, jürimde bulunmayı kabul eden ve bu süre içinde yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Çiğdem Polatoğlu Baytin'e ve Prof. Dr. Işıl Hacıhasanoğlu'na, bana verdikleri destek ve gösterdikleri sabır için Mimari Tasarım Sorunları Bilim Dalı'ndaki sayın hocalarıma ve çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Manevi desteklerini hep hissettiğim, eşime, anneme, babama ve özellikle sevgili kızım Defne'ye sevgilerinden ve sabırlarından dolayı teşekkür ederim.

Alan çalışmalarım sırasında yardımları için Florence Nightingale Hastanesi, V.K.V. Amerikan Hastanesi, Memorial Hastanesi yönetimlerine ve istatistiksel analiz sürecindeki yardımları için Arş. Gör. Ömer Bilen'e de ayrıca teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Son yıllarda bütün dünyada, sağlık sektöründe önemli değişimler yaşanmaya başlanmıştır. Türkiye’deki sağlık kurumlarını bu yeni anlayışlar doğrultusunda yeniden düzenlemek ve tasarlamak, yaşam ve bakım kalitesini yükseltmek açısından önemlidir.

Bu doktora tez çalışmasının amacı, gelecek hastane tasarımlarına kılavuz niteliğinde, sağlıklı ve doğru çalışan, dünyada geçerli olan akreditasyon standartlarının karşılanmasına zemin hazırlayan, hasta iyileşmesine doğrudan katkıda bulunabilecek, hastane tasarım kalitesine yönelik bir kontrol listesi oluşturulmasıdır.

Giriş bölümünde, çalışmanın amacı, kapsamı ve yöntemi ortaya konmuştur. 2.bölümde, günümüzde öne çıkan hasta-merkezli sağlık bakımı kavramının gerçekleştirilebilmesi için mimarlığın gerekliliği ve sağlık binalarında sanatın hasta sağlığı üzerine etkilerinden bahsedilmiştir.

3. Bölümde, Dünya ve Türkiye’de tarih içinde tıp paradigmalarının değişimi ve hastane yapılarına etkisi anlatılmıştır. 4.bölümde, hastane tasarımını etkileyen paradigmalar, yeni yaklaşım ve anlayışlar araştırılmış, hastane tasarımlarına olası yansımaları incelenmiştir. Bu bölümde, yeni tıp kuramları ve teknolojik gelişmelerin de tasarıma olası etkilerinin neler olabileceğinden bahsedilmiş, hastane binaları ve çevrelerinin hasta sağlığına etkileri anlatılmıştır. ‘İyileştiren hastane’ kavramı, iyileştiren hastanelerde kullanıcı katılımı ve hasta-merkezli tasarımın özellikleri irdelenmiştir.

5. bölümde, sağlık sektöründe akreditasyon konusu ele alınmıştır. 6. Bölümde, hastanelerde kalite geliştirmeye yönelik kontrol listesi oluşturma ve uygulama yaklaşımları araştırılmıştır. Akreditasyona yönelik ‘iyileştiren hastane’ tasarımında, tasarım kalitesinin değerlendirilmesinin ne şekillerde olabileceği anlatılmıştır.

7. Bölüm’de, sağlık kurumlarının iyileştiren hastane anlayışı ve akreditasyon bağlamında tasarımı ve değerlendirilmesine yönelik kontrol listesinin oluşturulması hedefi ortaya konarak, akreditasyon standartları ve kalite parametreleri, paradigmalar ve hasta eğilimlerine ilişkin çalışmalar sonucu elde edilmiş bilgiler ışığında bir kontrol listesi oluşturulmuştur.

8. bölüm, alan çalışmaları sonucunda elde edilen verilerin analizi, değerlendirilmesi ve yorumlanmasını içermektedir. Son olarak, 9.bölüm ise, sonuçların tartışılması ve ileriye dönük önerilerin ortaya konulmasına yönelik olarak oluşturulmuştur.

Anahtar kelimeler: mimarlık ve tıp, hasta-merkezli tasarım, akreditasyon, kalite, kullanıcı katılımı ve memnuniyeti

ABSTRACT

In recent years, considerable changes and transformations have started to take place in the healthcare sector worldwide. Studies on subjects of healing healthcare design and accreditation are accelerating day by day. Reorganizing and designing the healthcare facilities in Turkey considering new approaches is vital for raising the standards of care and life quality.

The aim of the study is to form a hospital design checklist that prepares the healthcare facility to meet the current accreditation standards worldwide and contributes to patient healing directly thus serving as a guide for the design processes of future hospitals in Turkey.

In the introduction part, the aim, the scope and the method of the study is explained. In the 2nd chapter, the necessity of architecture to meet the requirements of the concept of patient-centered healthcare, effects of art in healthcare buildings on patient healing and wellness are told.

In the 3rd chapter, the transformation of medical paradigms of the past and their effects on healthcare buildings in Turkey and the World are revealed. In the 4th chapter, the new paradigms, approaches and understandings and their probable reflections on design are explained. Moreover, probable affects of new medical theories and technological developments to design are mentioned and effects of hospital buildings and environments to patient health are explained. The ‘healing hospital’ concept, user contribution in healing hospitals and the properties of patient-centered design are also revealed.

In the 5th chapter, accreditation in the healthcare sector is discussed. In the 6th chapter, the approaches of forming and practicing quality development checklists are examined. The ways to evaluate the design quality for ‘healing hospital’ design directed at accreditation are explained.

7th chapter consists of the formation of the checklist, according to both the accreditation standards, the quality parameters, and the studies on new paradigms and patient tendencies.

8th chapter consist of the analysis, evaluation and the interpretation of the data obtained from the case studies. Finally 9th chapter is the discussion of the results and the exposing of the suggestions for the future.

Keywords: architecture and medicine, patient-focused design, accreditation, quality, user contribution and satisfaction

1. GİRİŞ

Son yıllarda bütün dünyada, sağlık sektöründe önemli değişimler yaşanmaya başlanmıştır. Öncelikli konular değişmiş, genel olarak hasta-merkezli bir yaklaşım sağlık sektörüne her alanda egemen olmaya başlamıştır. Hastane binaları ve hizmet kalitelerinde dünya çapında bir standart yakalanması ve sağlık bakımının güvenli olması amacı ile hastanelerde akreditasyona yönelik çalışmalar büyük hız kazanmıştır. Bu konuda Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı tarafından çalışmalar başlatılmıştır. Gelecekte tasarlanacak hastane binalarında akreditasyon standartlarına uygunluk, bulunması şart olan bir gereklilik olacak ve hastanelerle ilgili bütün meslek grupları ve kullanıcıların başlıca önem verdikleri konular arasında üst sıralarda yerini alacaktır.

Bu bilgilerin tasarımcıyı, farklı bir anlayışa götüreceği açıktır. Bu anlayış çerçevesinde, “iyileştiren hastane tasarımı”, ‘akreditasyon’ ve “sürdürülebilir-esnek hastane tasarımı” kavramlarının öne çıktığı görülmektedir.

Türkiye’deki hastanelerin birkaçı dışında hastanelerin çoğunluğu bu gelişmeleri izler görünmemektedir. Günümüzde öne çıkan bu kavramları karşılayacak hastaneler tasarlamak, gerek Türk hastaları için daha güvenilir, sağlıklı, iyileşmeye yardımcı ortamlar yaratmak, hasta merkezli bir anlayışla yaşam ve bakım kalitesini yükseltmek, gerekse dış ülkelerden sağlık hizmetleri taleplerinin gelmesini sağlamak açısından şarttır.

1.1 Tezin Amacı

Bu çalışmanın amacı, hastane tasarımında değişen paradigmalara saptanması, bu paradigmalara uyum sağlayabilecek ve hasta iyileşmesine doğrudan katkıda bulunabilecek bir hastane tasarım kalitesine yönelik bir kılavuz önerisi oluşturulmasıdır. Literatür araştırması sonucunda, konfor ve güvenlik hissi veren hastane tasarımlarının, hastanın iyileşme sürecine yardım ettiği, bunun sonucunda ise toplumun yaşam kalitesi ve geleceğinin oluşması yönünde önemli bir rolü olduğu görülmüştür.

Tezde, gelecek hastane tasarımlarına kılavuz niteliğinde, sağlıklı ve doğru çalışan, dünyada geçerli olan akreditasyon standartlarıyla uyumlu ve bu standartların karşılanmasına zemin hazırlayan, günümüz ve gelecekte değişen paradigmalara uyum sağlayabilecek ve kullanıcı gereksinimlerine cevap verebilecek, dolayısıyla hasta iyileşmesine doğrudan katkıda bulunabilecek hastane tasarım kalitesine yönelik bir kılavuz önerisi oluşturulması amaçlanmıştır.

Bu bağlamda, tezde öncelikle;

- Hastane tasarımında dünyadaki değişimlerin ve ileriye dönük gelişmelerin araştırılıp saptanması;
- Hastanelerde kullanıcı memnuniyetini belirleyen parametrelerin ve kullanıcı merkezli tasarım özelliklerinin ayrıntılı biçimde ortaya konulması;
- Hastane akreditasyon standartlarının mimari tasarımı etkilemesi nedeniyle, bu standartların tasarıma yansıtılabilecek yönlerinin ortaya çıkarılması hedeflenmiştir.

Bu amaç ve hedefler doğrultusunda, öncelikle hastane kurumlarının tarihi incelenmiş, tarih boyunca değişen sağlık felsefesi ve sağlık kuramlarının hastane tasarımına neler getirdiği irdelenmiş ve kullanıcıların hastane tasarımına tarih boyunca etkileri saptanmıştır. Bu bilgilerin ışığında günümüzde değişen paradigmaların hastane tasarımına olası etkilerinin saptanmasına çalışılmıştır.

Sonraki aşama olarak, günümüzde geçerliliğini koruyan ve gelecekte var olacağı öngörülen sağlık anlayışları incelenmiş, günümüzde ve gelecekte hastane tasarımlarına kullanıcıların etkilerinin neler olduğu ve olabileceği irdelenmiştir.

Literatür çalışması yardımıyla, daha önce yapılmış olan kullanım-sonrası değerlendirme çalışmaları incelenerek, elde edilen bilgiler ışığında, hastane binası ve mekanlarıyla bağlantılı olarak, hastaların, ziyaretçilerin ve personelin görüş ve deneyimlerini etkileyen, önemli ve öncelikli faktörlerin neler olduğunun saptanması hedeflenmiştir. Seçilen hastane örneklerinde tasarım kalitesi ve iyileşmeye etkileri incelenmiş ve bu kurumların, işlev, sürdürülebilirlik ve algı ile ilgili tasarım özellikleri sorgulanmıştır. Hastanın tedavi görmekte olduğu hastaneden memnun olmasının ne gibi değişkenlere bağlı olduğu ve hastane tasarımında kaliteden ne anlaşılması gerektiği araştırılmıştır.

Yapılan alan çalışmaları ile, tez kapsamında oluşturulan kılavuz sınanarak dünyada yapılan kalite geliştirmeye yönelik çalışmaların ve akreditasyon sisteminin mimari açıdan tesbit edilen eksikliklerinin nasıl geliştirileceğine ilişkin öneriler ile, mevcut çalışmaların da bir adım önüne geçilmesi hedeflenmiştir.

1.2 Tezin Kapsamı

Bu çalışmada öncelikli olarak araştırılan hastane tasarımındaki değişen paradigmlar, yeni yaklaşım ve anlayışlar kapsamında yeni tıp bilgileri, kuramları, teknolojileri ve bunların tasarıma olası etkileri, hastane binaları ve çevrelerinin hasta sağlığına etkileri, sürdürülebilir ve esnek hastane tasarımı, kalite, tasarım kalitesi, tasarım kalitesinin ölçülmesi ve akreditasyon konuları öne çıkmıştır. Sürdürülebilir hastane tasarımı, ayrı bir çalışma konusu olacak kadar kapsamlı olduğu için bu çalışmada sınırlı olarak ele alınmıştır. Ancak, burada ortaya çıkan akreditasyon kavramı ayrıntılı biçimde incelenmiştir.

Sağlık sektöründe akreditasyon konusu araştırılırken, akreditasyonun amacı, etkileri, dünyadaki akreditasyon sistemleri incelenmiş, akreditasyon sistemleri karşılaştırılmış, Türkiye’de sağlık sektöründe akreditasyon çalışmaları incelendikten sonra, JCI (Joint Commission International) akreditasyon sistemi referans olarak alınmış ve çalışmada akreditasyona yönelik yapılan araştırmalar bu sistem standartlarıyla sınırlandırılmıştır. JCI Akreditasyon Sistemi incelenirken, ele alınan standartlar, ‘JCI Hastaneler İçin Standartlar’ (Joint Commission International Standards for Hospitals) kitabından akreditasyon için karşılanması gerekli olan standartların tümü olmayıp, ‘iyileştiren hastane’ tasarımıyla doğrudan veya dolaylı olarak ilgili görünen ve tasarım kararlarını etkileyebileceği öngörülen standartlardır.

Akreditasyona yönelik ‘iyileştiren hastane’ tasarımı kullanıcı katılımında kullanıcılar, yönetim, tıbbi personel, hasta ve hasta yakınları olarak saptanmış ve araştırma bu tıbbi personel ve hastalar üzerinde yoğunlaşmıştır. Tez kapsamında oluşturulan kontrol listesine, literatür araştırması sonucunda ortaya çıkan parametrelerin yanında akreditasyon standartları da dahil edilmiştir.

Akredite olmuş hastanelerin birbirleriyle karşılaştırmasının yapılabilmesi açısından, alan çalışmasını uygulamak amacıyla, İstanbul’da, JCI kurumundan akreditasyon belgesi almış olan üç hastane seçilmiştir.

1.3 Tezde İzlenen Yöntem

Çalışmanın ilk aşamasında, mimarlık ve tıp meslekleri birlikte değerlendirilerek, ortak amaçları, kesiştikleri ve birbirlerine ihtiyaç duydukları konular ele alınmıştır. İkinci aşamada, konunun çeşitli yönleriyle ilgili literatür araştırması yapılmıştır. Literatür araştırması, Batı’da ve Türkiye’de tarih içinde değişen sağlık felsefesi ve tıp kuramlarının hastane tasarımına

etkileri ve günümüzdeki durum, hastane tasarımı yeni yaklaşım ve anlayışların belirlenmesi ve bu çerçevede kalite, yaşam kalitesi, hastane binalarının hasta sağlığına etkileri, sürdürülebilir ve esnek hastane tasarımı konuları ve sağlık sektöründe akreditasyon üzerinedir. Daha sonra, hastane binalarında kullanıcı memnuniyetini etkileyen parametreler ve hasta-merkezli tasarımın özellikleri saptanmıştır. Bu bilgiler ve akreditasyon standartları doğrultusunda, iyileştiren hastane tasarımı akreditasyona yönelik kontrol listesi oluşturulmuştur. Bu kontrol listesi, seçilen 3 hastane binasında, alan çalışması olarak uygulanmıştır.

Alan çalışmasında, oluşturulan kontrol listesinin araştırmacı tarafından uygulanmasının yanında, tıbbi personel ve hastalar için hazırlanmış ayrı anket formları, kullanıcılara uygulanmıştır. Araştırmanın son aşamasında, kontrol listesinin uygulanmasından ve anket formlarından çıkan sonuçlar SPSS programında istatistiksel olarak analiz edilmiş, değerlendirilmiş ve ulaşılan bilgiler doğrultusunda sonuçlar yorumlanmıştır.

1.4 Tezin Sağlayacağı Yararlar

Son yıllarda dünyada hastane binalarıyla ilgili çalışmalar yoğunluk kazanmıştır. Bu çalışmaların yoğunlaşmasında sağlıklı olmak ve yaşam kalitesinden anlaşılanların değişmesi ve giderek hasta merkezli yaklaşıma doğru bir eğilim başlamasının rolü büyüktür. Sağlık sektörünü geliştirmek için birçok çalışmalar yapılmakta, kişinin sağlığının hayatın merkezine oturduğu düşünülerek hastane binaları tasarım ilkeleri geliştirilmeye çalışılmakta ve hastane binalarının iyileşme sürecine daha fazla katkı sağlaması hedeflenmektedir.

Türkiye’de ise son 20 yılda hastane binalarıyla ilgili yapılan çalışmalar oldukça sınırlı kalmıştır. Dünyada hızla değişen ve gittikçe önem kazanan bu konuda araştırma ve bilgi eksikliğinin Türkiye’de de giderilmesi şarttır. Bu nedenle tasarlanacak hastanelerin, kullanıcı gereksinmelerine en iyi şekilde cevap vermesi açısından bu tür araştırmalar önem kazanmaktadır.

Araştırma sonucunda, gelecek hastane tasarımlarına kılavuz niteliğinde, sağlıklı ve doğru çalışan, dünyada geçerli olan akreditasyon standartlarının karşılanmasına zemin hazırlayan, değişen paradigmalara uyum sağlayabilecek, hasta iyileşmesine doğrudan katkıda bulunabilecek bir hastane tasarım kılavuzu oluşturulması ve Türkiye’deki hastane binalarının tasarım süreçlerine, dolayısıyla toplumun sağlık ve yaşam kalitesine katkıda bulunulması sağlanacaktır.

2. MİMARLIK VE TIP

Hastane binaları, en derin insanlık ve merhamet duygularımızın ortaya çıktığı mekanlar olduklarından, toplum ve uygarlıkla yakından ilişkilidirler. Bu mekanları, dolayısıyla da mekanlarla ilintili duyguları şekillendirmede mimarın rolü çok önemlidir. Aslında, mimarlık mesleği ve tıp mesleği göründüklerinden daha fazla ve yakından ilişkilidir.

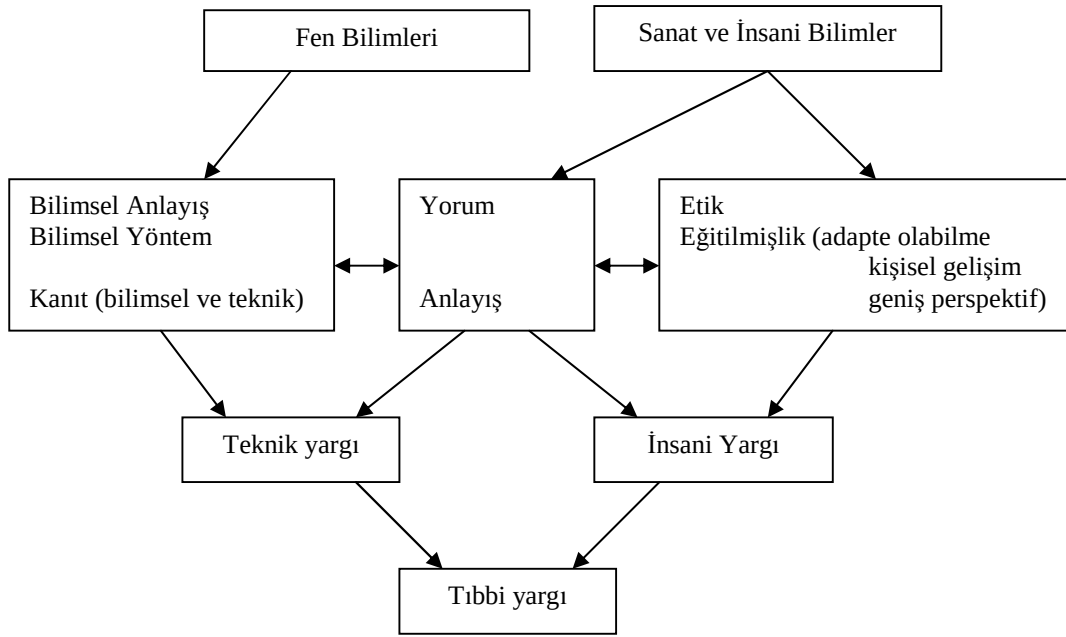
Hastalıkları önleyen, iyileşme sürecini hızlandıran, iyi olma halinin devamına yardımcı olan mekanlar yaratma bilim ve sanatı, hem tıbbın, hem de mimarlık mesleğinin üstünde çalışması gereken bir alandır. Mimarlar, gelecekteki hastane binalarına daha fazla yaratıcılık, çeşitlilik ve yenilik getirme fırsatına sahiptirler. Tıp mesleğiyle uğraşanlar ise, kısa ve uzun vadede bu yeniliklerin olumlu ve olumsuz yönlerini gözlemleme, geri-beslemelerle bu konuda mimarlara eleştiri yapma ve katkıda bulunma fırsatına sahiptirler.

Çalışmanın hedef kitlesi, öncelikli olarak mimarlar ve doktorlardır, fakat sağlık camiasının bütünü, bireyin kendisinin, kendi sağlığının merkezi olması gerektiğini, giderek daha fazla kabul etmektedir. Daha yakın işbirliğiyle, mimarlık ve tıp meslekleri, kişisel sağlık ihtiyaçlarımıza en iyi şekilde cevap verebilmek için daha donanımlı olacaklardır.

2.1 Mimarlık ve Tıp Meslekleri Arasındaki İlişki

Tıp ve mimarlık arasındaki ilişki çok daha büyük çapta bir çalışma gerektirmektedir ve bu iki meslek arasında çizilebilecek birçok paralellikler bulunmaktadır. Bir doktor, bilimsel temellere dayanan teknik bilgilere sahip olmakla birlikte, aynı zamanda tıbbi yargılara da varabilmelidir. Bu konu, Downie ve MacNaughton tarafından, aşağıdaki gibi bir şekilde açıklanmıştır (Şekil 2.1). Doktorlar, tıp eğitiminde, tıbbi konulara ek olarak sadece matematik, fizik, sosyal bilimler ve felsefeyle değil, aynı zamanda özellikle sanat ve insani bilimler alanlarındaki tıbbi olmayan konularla da ilgilenmelidirler. (Downie and MacNaughton, 2000)

Günümüzde, doktorların eğitimleri daha geniş temelli olmaya başlamıştır. Batı ülkelerinde birçok üniversite, gelecek kuşak doktorların eğitimlerinin tam olabilmesi için sadece bilimsel temelli bir yaklaşımın yeterli olmadığını kabul etmektedirler. Doktorların hastalarına daha bütüncül bir biçimde yaklaşması gerekliliğini yansıtan toplum bilimleri, tıp fakültelerinin öğretim programlarına girmeye başlamışlardır.



Şekil.2.1. Tıbbi yargı (Downie and MacNaughton, 2000)

Mimarların, modern mimaride ortaya çıkmış olan, ‘ev, içinde yaşamak için bir makinedir’ prensibinden uzaklaştığı gibi, doktorlar da sağlıklı olmanın sadece bilimsel kavramlarla açıklanıp çözülmekten daha fazla ve karmaşık bir durum olduğunun farkına varmaktadırlar. Eğer günümüzde geçerli olan hasta-merkezli sağlık bakımı kavramı geliştirilmek isteniyorsa, tıp ve mimarlık mesleklerine ait görüş ve düşüncelerin bir araya getirilmesi vazgeçilmez bir gereklilik olarak görünmektedir.

Tablo 2.1 Bir sağlıklı yaşama merkezi geliştirirken mimar ve doktorların beraber tartışmaları gereken konuların çatısı (Purves, 2002)

Önemli Noktalar	Mimari	Tıp
İşlevsellik	Mekan Standartları, ilk maliyet, etkililik, bilgi föyleri	Esneklik, gelecekteki çalışma kalıplarını karşılamak
Çok-amaçlılık	Esnekliği planlamak, uzun ömür, serbest uygunluk	Hizmet seçimi, sunulacak hizmetler
Ulaşılabilirlik/elverişlilik	Ulaşım bağlantıları, yaya rotaları, park alanları, engelli ulaşımı	Hasta yakınlığı, alternatif lokasyonlar
Örnek Tasarım Modelleri	Çevresel performans standartları	İyi uygulama modelleri, standart oda planları
Arsa/ Yerleşim	Kentsel bağlam, planlama kısıtlamaları, paranın değerini bulması	Uygunluk, binanın görünebilirliği, kullanılabilirlik
Tasarım Kararları/Bina özü	Mimari dil, stil, hasta konforu, iyileştirici faydalar	Hastalarla kişisel dostça ilişkiler, çalışma ortamı, iyi-olma hissi
Toplum	Mekan kalitesi, hoş karşılayıcı, rahat	Sıcaklık, güven verme, ulaşılabilirlik
Finans- Elde Etme Yöntemi/ Maliyetler	Kontrat düzenlemeleri, tasarım ölçütleri, proje yönetimi, programlama	Finansmanı etkileyebilme, bütçeler, finansmana ulaşım
Sürdürülebilirlik	Enerji tüketimi, yaşam döngüsü maliyetleri	Geri dönüşüm imkanları, tıbbi etkinlik
Standardizasyon	Özgün tasarımdaki standart bileşenler, malzeme seçimi	Rutin işlemler, diğer cerrahi operasyon sistemleriyle klinik uyuşabilirlik

Tablo 2.1’de, hastane binaları tasarımında önemli noktalar, mimarlık ve tıp meslekleri açısından ele alınmış, bu iki meslek için ayrı ayrı konunun ne yönden ele alınabileceği ve mimar ve doktorların beraber tartışmaları gereken konuların bir listesi oluşturulmuştur (Purves, 2002).

2.2 Sağlık İçin Mimarlık

Hastane, farklı görevleri olan birçok parçadan oluşmuş yaşayan bir organizmadır. Ancak bu parçaların istenen sonuçları verebilmesi açısından, birbirleri ve organizma bütünü ile tam bir ilişki içinde olmaları gerekmektedir. Sürekli değişen günlük yaşam akışı sırasında, hemşireler ve doktorlar, bir gün bir salgın hastalıkla uğraşırken, başka bir gün ise bir patlama ya da yangının sonuçları ile uğraşmak durumundadırlar.

Hastane binalarının tasarım süreçlerini diğer bina tiplerinin tasarım süreçlerinden ayıran çok önemli bir faktör vardır. Bu faktör, hastanelerin, diğer bina tiplerinden farklı olarak, sağlık, güvenlik, psikolojik ve duygusal durum gibi bazı çok temel insan gereksinimlerine duyarlı olması ve cevap vermesinin yanı sıra, örneğin cerrahi birimler gibi, yüksek derecede özelleşmiş tıbbi ortamların bulunduğu yerlerde optimum teknik doğruluk ve verimi sağlamak zorunda olmalarıdır.

Mimarlığın insan ruhuna verebileceği heyecan, umut ve diğer olumlu duygular, kişisel ‘iyi olma’ durumu üzerine kurulu sağlık felsefesinin temeli olarak görülebilir. Hastane ortamı, hem iç mekanlar, hem dış alanların düzenlenmesi, hem de bina kabuğundaki mimari varlığı yoluyla, bir güvenilirlik, temizlik ve profesyonellik mesajı iletebilir. Eğer hastaya mimari tasarım yoluyla konfor ve güvenlik gibi olumlu duygular verilebilirse bu, iyileşme sürecine yardım eder. Mimarlık, insanların hayatlarının tedavileri ile ilgili bölümüne ve bu bölümün farklı boyutlarına taşınmasına yardımcı olur.

Hastane kapısından geçen hastalar, bir bakıma gündelik yaşamdan bir süre için de olsa ayrılmaktadırlar. Hastane binalarının biçimi sağlık bakımı felsefesini yansıtmalıdır. Binalar, ister büyük hastaneler olsunlar, ister özel muayenehaneler, farklı olmalı ve hasta yaşamına anlam katmalıdırlar. Hastaneler, hastaları kontrol ederek ve sadece işlevsel olarak ‘işin yapılması’nı sağlamak yerine, insanların ‘benlik’ duygularının tanınmasını sağlamalı ve bu yolla iyileşme sürecine katkıda bulunmalıdırlar.

2.3 Sağlık Binalarında Sanat

Memnuniyet uyandıran, hoş giden bir ortamdan elde edilen iyileşmeye yönelik faydalar erken çağlardan itibaren fark edilmiştir. Sağlık bilgisi ve sağlığa olan ilgi, hasta ve doktorun ilişkisinin temelinde inanç ve iyiliğin yattığı düşüncesi eski Mısır'a kadar gitmektedir. Ülkemizde, günümüz Bergaması'nın sınırları içinde, MÖ. 4.yüzyılda yapılan ve Antik dönemin önemi sağlık merkezlerinden biri olan Asklepion sağlık kampusünde anfityatro, kütüphane gibi sanat ve kültür etkinliklerine olanak sağlayan tesislerin varlığı sağlık bakımında sanatın etkisini önemseyen bir uygarlığı betimlemektedir. İngiltere'de, Kraliçe Viktorya döneminde, kamu binaları, hastane binaları da dahil olmak üzere sanat eserleri ve heykellerle süslenmiştir. Hipokrat yaklaşık 2500 yıl önce tıbbın bir sanat olduğu fikrini benimseyerek, bu sanatla uğraşacak olanları belli bir yemin etrafında birleştirmek ve sanatın kutsallığını ifade edebilmek amacı ile Hipokrat Yemini denilen metni gelecek kuşak hekimlere miras bırakmıştır. Bu yemin, sağlık bakımının doğal ve tamamen insani duygulara bağlı olarak yürütüldüğü Hipokrat zamanından günümüze ulaşmıştır.

Eski dönemlerde hastane (hospital), misafirperverliğin, konukseverliğin (hospitality) mekanıydı ve bu tanımın da bugünkü sağlık köyü kavramına karşılık geldiği söylenebilir. Bu çağlarda, neredeyse hiçbir teknik bilgi olmaksızın, sağlık bakımı, din, müzik, şiir ve güzel sanatlar ile ilişkilendirilmişti. Bilimsel bilginin azlığı, uygulama ve gözlem yoluyla elde edilen deneyimler, doğal iyileşme yöntem ve süreçlerine güvenilmesi sonucunu getirmişti. Bu doğal süreçler, bugün yeniden modern tıba alternatif bir yaklaşım olarak her zaman olduğundan daha fazla ilgi çekmektedir. Günümüzde alternatif tıp alanındaki çalışmalarda yaşanan artış, toplumda hasta-merkezli bakıma dönüş sürecinin bir parçası olarak da yorumlanabilmektedir. Hasta-merkezli bakım kavramı, son 200 yılda hakim olan kurumsallaştırılmış bilimsel tıbbi bakıma göre öncelikli hale gelmektedir.

Sağlık binalarında sanat kavramının genellikle yeni bir olgu olduğu düşünülmektedir ve son yıllarda bu konudaki bilinç ve faydalarına olan ilgi artmıştır. Sanat artık muhteşem ve kusursuz olanın anlatımı olarak değil, halkın zevk alacağı, faydalanacağı ve yaşamın içinde var olması gereken bir kavram olarak görülmektedir. Sanat, bir bina veya mekanı bezemek olarak değil, ortamın tasarımıyla bir bütün olarak görülmelidir. Görsel sanatların hepsi ve müzik, binanın kalitesinin yükselmesinde önemli rol oynarlar. Sanat birçok biçim alabilir: heykel de dahil olmak üzere görsel sanatlar, dramatik sanatlar, müzik, şiir ve tabii ki mimarlık. Steel'e (1999) göre, yaratıcı sanat; stresi yatıştırır, sıkıntıyı azaltır, rahatlama sağlar, motivasyon ve hareketliliği artırır.

Yurtdışında sağlık kurumlarına sanatı sokma çalışmalarının ana nedenleri, bu ülkelerde sanatın bu kurumlarla bütünleşmesinin hem zihinsel hem de fiziksel sağlığın iyileşmesi için temel olarak gerekli olduğunun ve yaratıcılık ile iyi-olma hali arasında bir ilişki olduğunun anlaşılmasıdır. Ayrıca sağlık kurumları, bundan böyle sadece hastaları iyileştiren değil, aynı zamanda topluma sağlıklı yaşamayı öğreten kurumlar olacaklardır.

Florence Nightingale, sağlık kurumlarında rahatlatma sağlayacak ve sıkıntıyı azaltacak objelerin iyileştirici yararlarıyla ilgili önseziye yaklaşık 150 yıl önce sahipti. 1859'da 'Hemşirelik üzerine notlar- nedir ve ne değildir'de şöyle yazmıştır:

“Güzel objelerin, obje çeşitliliğinin, özellikle rengin parlaklığının hastalıktaki etkisi zorlukla fark edilir. Bu tür istekler çoğunlukla hastaların ‘hayal gücünden kaynaklanan istekler’ olarak adlandırılır. Fakat çoğunlukla ‘hayal gücünden kaynaklanan istekler’, iyileşmeleri için gerekli olan şeylerin en önemli göstergeleridir. Ve eğer hemşireler bu ‘hayal gücünden kaynaklanan istekler’i yakından takip edebilseler iyi olurdu... Hastaların bir demet canlı-renkli çiçek karşısındaki büyük sevinçlerini asla unutmayacağım. Bana yabancı çiçekler gönderildiği andan itibaren iyileşmemin daha hızlı olduğunu hatırlarım”.

Chelsea ve Westminster Hastanesi'nde bir sanat programı yürütülmektedir ve bu hastane binasının tasarımı, hasta ve personelin hava şartlarından haberdar olmasına imkan veren şeffaf panellerle kaplı bir atriumlar serisi biçimindedir. Örneğin güneşli bir günde güneş ışığı binanın alt katlarına kadar ulaşmaktadır. Sanat programı halkın görüşüne açık olan yüksek kaliteli sanatın sağlanmasına çalışmaktadır ve hastanenin içindeki belirli duvarlar, sanatçıların rezervasyonunu yaptırdığı ve satış imkanları bulduğu bir sanat galerisi konumundadır. Ayrıca büyük üç boyutlu sanat eserleri de, atriumlarda sergilenmektedir (Şekil 2.2). Hastanede yapılmış birçok çalışmada, yürütülen bu sanat programının hasta iyileşmesine somut katkılar sağladığı ispatlanmış ve bu konuya ait çeşitli tıbbi raporlar hazırlanmıştır.



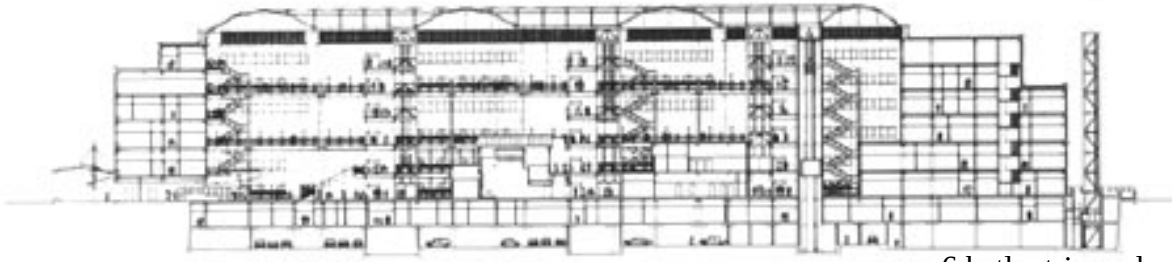
1. kat atrium galerisi



Atriumlar



'akrobat dansçı'



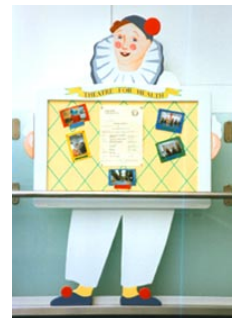
6 katlı atrium alanının kesiti

resepsiyon alanındaki
merdivenler

'düşen yapraklar'

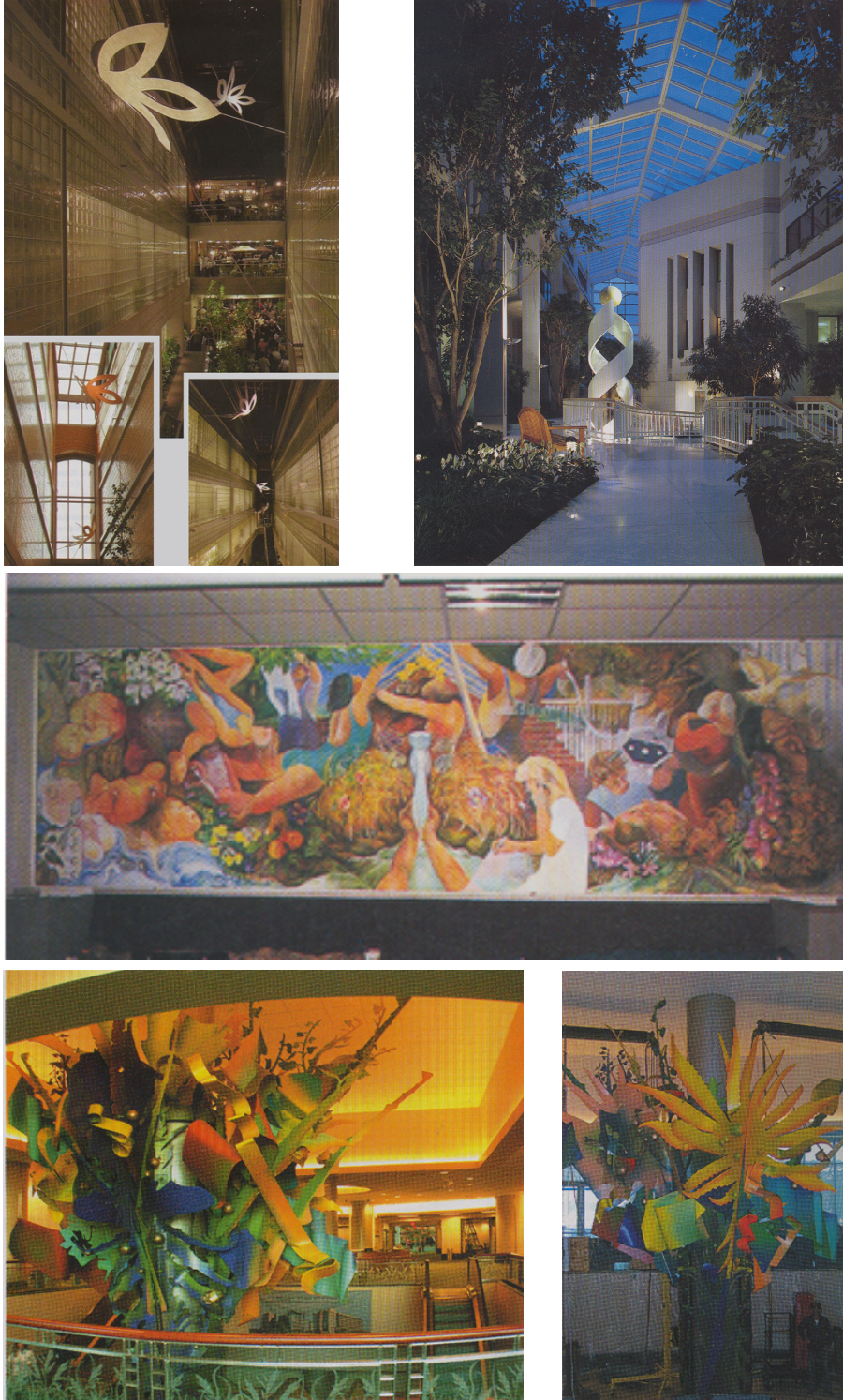


Şelaleler



Şekil 2.2. Chelsea ve Westminster Hastanesi'nde yürütülen sanat programından görüntüler.

Sağlık sektöründe daha iyi tasarımlara olan büyük ilgi dalgası, sağlık tesislerinin sanat etkinliklerini içermesine bağlı olarak artmaktadır. Dünyada sanat yapıtlarının katılımıyla gelişen birçok yaratıcı hastane projesi örneği bulunmaktadır (Purves, 2002). Şekil 2.3’de, sağlık binalarında sanat ürünlerinin yer almasına ilişkin bazı örnekler verilmektedir.



Şekil 2.3 Sağlık binalarında sanat öğelerinin kullanımı

2.4 Bölüm Sonucu

Mimarlık ve tıp meslekleri arasındaki ilişki gün geçtikçe daha fazla farkına varılan ve önem verilen bir konu haline gelmektedir. Hemen her alanda yaşadığımız değişimin gerektirdiği, her mesleğin daha geniş bir bakış açısına sahip olma zorunluluğu, meslekler arası yardımlaşma, sağlık alanında da kendini göstermektedir. Sağlık konusunda yapılan araştırma ve çalışmaların, salt tıp bilimi açısından ele alınması ve tıp bilimiyle sınırlandırılmasının yanlışlığı günümüzde yeniden fark edilmektedir. Sağlık alanına, mimarlık ve sanatın büyük oranda katkılarının olacağı görüşünden hareketle, bu konuda yapılan gerek kuramsal, gerek pratik araştırma ve çalışmalara hız verildiği görülmektedir.

3. TARİH İÇİNDE TIP PARADİGMALARININ DEĞİŞİMİ VE HASTANE YAPILARI

Sağlık alanında içinde bulunduğumuz değişim sürecini ve gelecekte bu alanda yaşanacak gelişmeleri anlayabilmek ve görebilmek, ancak tarih boyunca geçirilen evreleri anlamak ve bunları yeterli derecede analiz etmekle mümkün olabilir. Geçmişte, tıp biliminde ve hastane yapılarının oluşumunda var olmuş paradigmalar, doğrular ve yanlışlar, mimarlara yol gösterici nitelik taşımaktadırlar.

3.1 Tarih İçinde Tıp Paradigmalarının Değişimi ve Hastane Yapılarına Etkisi

Tıp bilimi, eski çağlardan endüstri devrimine kadar, dini görüş ve inançlara bağlı olmuştur. Bu zaman diliminde, din ve tıp pratiği uzun süren bir birliktelik yaşamıştır. Bu nedenle, hastaneler, eski çağlarda, hem vücudun, hem de ruhun iyileşmesi ve bakımı düşünülmüş yapılmıştır.

Karanlık çağlar sırasında, tıbbi bakım yerine hastalar ruhani yollardan tedavi edilmeye çalışılmaktaydı. Daha sonraları sadece sağlık bakımı değil, fakir halkın barınması, korunması gibi işlevler de paradigmalar arasında yer almaya başlamıştır.

18. yüzyıl, hastane tarihinde bir dönüm noktası olmuştur. Çeşitli hastane konseptleri, hastane işlevlerinde ve fiziksel biçimlerinde radikal bir dönüşümün başlangıcı olarak göze çarpmaktadır. Hastanenin sosyal işlevindeki bu dönüşümle beraber, yapı biçiminde de güçlü bir değişim meydana gelmiştir. Baltimore'daki Johns Hopkins hastanesinin ilk planlayıcısı, John Billings, hastane mimarisinde dengenin gerekliliğini savunmuştur. Billings, gelecekteki hastane tasarımında odak noktası olacak faktörlerin; gittikçe daha karmaşık hale gelen enfeksiyon kontrolü, ekonomi ve yeterlilik olduğunu belirtmekteydi. Billings, gelecekteki hastane mimarisinin, kurumun değişime adaptasyonu ile gerçekleşebileceğini anlatmaktaydı. Billings tarafından türünün ilk örneği olan Johns Hopkins hastanesinin tasarım konseptinin, ortaya atılmasının üzerinden 100 yıldan fazla süre geçmiş ve hastane gerçekleşerek kendinden sonraki hastane tasarımlarına belirgin bir etki yapmıştır. Modern hastaneler, yıllar boyunca birçok değişime uğrayarak, Billings'in ortaya çıkarıp tanımladığı kuvvetler tarafından biçimlendirilmeye devam etmiştir. Bu, hastane mimarisinin, tıbbi pratikteki değişimleri yansıtmaya başladığı zamandır (Thompson ve Goldin, 1975).

18. yüzyılda, hastaneler “blok” tip olarak bilinen kompakt strüktürler olarak tasarlanmıştır ve dönemin diğer kamu binalarına benzemektedir. 19. yüzyılın

ortalarında, miasmatik kuramla birlikte, hastane strüktürü, birbirlerine sadece açık veya kapalı dış koridorlarla bağlanan, ayrık birçok birime bölünmüştür. 20. yüzyılın başlarında ise, antiseptik yöntemin uygulanmaya başlanmasıyla birlikte, hastaneler tekrar 'blok' tipe dönmüştür, fakat bu kez 'çok katlı' biçimdedir. Gökdelen hastaneler, 'düşey' veya 'Amerikan' hastaneler olarak bilinmeye, endüstriyel ve ticari binalarla dış görünüş bakımından benzerlikler göstermeye başlamıştır. Metal strüktür ve hızlı asansörler gibi yeni bina teknolojilerinin bulunması ve düşey tasarımın daha az alana gereksinim göstermesi, bu tür hastane tasarımına geçişin en önemli sebeplerindendir. Ayrıca, yayılmış pavyonlar gibi olmayan hasta kulelerinde işlevlerin yatay kat tabakalarında yayılmasından ziyade düşey ekseninde yerleştirilmesine bağlı olarak, daha çok verimlilik sağlamak ve bunun sonucunda yürüme uzaklığı ve süresi azalmaktadır.

Hastane binalarındaki bu dönüşümler, bilimsel tıp tarafından getirilen, hastalık ve iyileşmenin doğasının yeniden yorumlanmasındaki hızlı değişimlere de uyum sağlamıştır. Son 200 yılda hastane, işlevini değiştiren ve mimari formunu yeniden biçimlendiren birçok gücün etkisiyle birçok kere yeniden şekillenmiştir. Bu güçlerin bazıları, hastanenin geliştiği sosyo-ekonomik çevreden, bazıları da hastane binasının işlevinden ortaya çıkmıştır.

Hastane tasarımında, esneklik kavramı sayılan faktörlerde de açık bir değişim vardır. Bunlar arasında; hastaların artan duyarlılık seviyeleri, hızla değişen teknoloji, akreditasyon çalışmaları gibi artan düzenlemeler ve kurallar ile her gün değişen tıp pratiği sayılabilir. Tıp bilimi, tanı koyma ve hastalıkların tedavisinde yeni teknolojiler elde etme yönünde güçlü bir gelişim göstermektedir. Modern sağlık merkezleri, mimari tasarımla elde edilmiş doğal ışık kullanımı, temiz hava ve peyzaj gibi eklemeler ve yenilemelerle şekil almaktadır.

Hastane binalarının tasarımı, organizasyonun hedeflerini etkileyen ve değiştiren ekonomik ve sosyal politikalarca, sürekli olarak biçimlendirilmektedir. Hastaneler, kamu tarafından algılanan şirket imajı, tıbbi işlemlerden alınan sonuçlar ve gelirler ile ilgili pazar yaklaşımlarından da kaygı duymaya başlamışlardır. Hastaneler, tıbbi işlemleri yüksek duyarlılıkla gerçekleştiren ileri tıbbi teknolojiler ve araştırmaların merkezi olmaya devam etmektedirler. 21. yüzyılda ortaya çıkan hastaneler, kültürel farklılıklara, yeni hastalıklara, ileri tıbbi teknolojilere, etik konulara ve en önemlisi; hastaya tıbbi bakım sağlama sürecinde kalite gereksinimlerine tam olarak cevap vermektedirler.

3.1.1 Tarihteki İlk Hastane Yapıları

Hastaneyi andıran ilk yapının kanıtları MÖ. 1200 yılları kadar eskilere uzanmaktadır. Bu yapılar hastaların bakıldığı Yunan tapınaklarıdır. MÖ. 400 yıllarında Hipokrat zamanında da, tapınaklar ortaya çıkmıştır. Bu yapılar sadece ibadet için değil, aynı zamanda hastalara bakmak için de kullanılmaktaydılar. Birçok tarihçi, bunları tarihteki ilk hastaneler olarak kabul etmektedir.

Mısırda, MÖ. 600 yılları civarında, rahip-doktorlar tapınaklarda bazı tıbbi bakımlar yapmakta, hatta cerrahi girişimlerde bulunmaktaydılar. Bu zamanların en gelişmiş hastaneleri Hindistan'da MÖ. 273–232 yılları arasında inşa edilen 'cikista'lardır. Buralarda Hintli doktorlar, oldukça gelişmiş tıbbi girişimler yapmakta ve etkin ilaç tedavileri yürütmektedirler (Miller ve Swensson, 2002).

Karanlık Çağlar sırasında, batıda klasik tıbbi bilgi neredeyse unutulmuştur. Bununla birlikte, kiliselerin yanlarında, hastalara bakmak için yeni yapılar kurulmuştur. Bu yapılarda hastalara rahipler bakmakta ve tedaviler oldukça sınırlı kalmaktaydı. Tıbbi bakım yerine, ruhsal dinginlik ve rahatlığın üstünde durmakta, hastalar ruhani yollardan tedavi edilmeye çalışılmaktaydı (Miller ve Swensson, 2002).

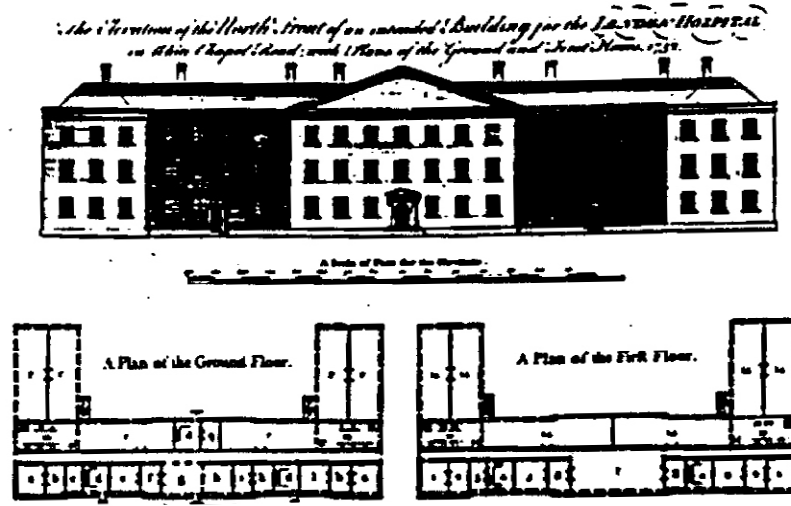
3.1.2 "Blok" Hastane: Yardımsever bir kurum

Tarih boyunca hastaneler, birçok uygarlığın gelişiminde önemli bir rol oynamışlardır. Eskiden hastaneler sadece sağlık bakımı değil, barınma, korunma ve yardım gibi görevler de üstlenirlerdi. Sağlık bakımı, bu görevlerden yalnızca biriydi. Bu hastane yapılarının ana amaçları, olabildiğince çok sayıda fakir ve hasta insanı barındırabilmek olduğu için, geniş koğuşlara ve tıbbi işlevleri yerine getirebilmek için de çok az miktarda bu amaca uygun yapılmış mekana sahiptiler.

18. yüzyıl ortalarından itibaren hastanelerin işlevi, tıbbi ve cerrahi uygulamalar olarak düşünölmeye başlanmıştır. Hastanelerin karakterindeki bu ana değişim, özellikle İngiltere olmak üzere, tüm Avrupa'da artan bir hastane inşa sürecini getirmiştir. İngiltere'de artan hastane sayısı, 18. yüzyılda İngiliz toplumundaki sosyal, bilimsel, ekonomik ve insani hareketin sonucu oluşmuştur. Bu dönem boyunca, doktorlar, hastanenin tıbbi ve anatomik öğretim için faydasını fark etmeye ve bunun ardından, yeni hastanelerin kuruluşunda temel bir rol oynamaya başlamışlardır. Benzer olarak, Birleşik Devletler'de, 18. yüzyılın ikinci yarısı ve 19. yüzyılın ilk yıllarında, doktorlar, ilk Amerikan hastanelerinin kuruluşunda önemli bir rol oynamışlardır.

18. yüzyılda inşa edilen hastaneler, hem Avrupa’da hem de Amerika’da, “blok” tip olarak bilinen, tekli, yoğun strüktürlerdi. Dış görünüşlerinde, diğer kamu kurumu binalarına ve büyük konutlara benzemektedirler. Blok hastaneler, ya ana kitleye takılmış iki büyük kanat, ya da dört tarafı kapalı, kare bir planı olan, iç avlulu, büyük ve neredeyse birbirinin aynı kitlelerden oluşmaktaydılar. Hastaların çoğu büyük koğuşlarda, aralarında bulaşıcı hastalık veya cerrahi girişim gerektiren hastalık ayrımı olmaksızın beraber kalmaktaydı.

18. yüzyılda hastanelerin tasarım veya boyutlarını belirleyen tek önemli faktör, uyumlu bir bütün sağlamak için kitleleri birbiriyle oranlı ve dengeli oluşturma çabası olmuştur. Bu dönemin hastanesine verilebilecek tipik bir örnek, 1752-1757 arasında inşa edilmiş olan Londra Hastanesidir (Şekil 3.1).



Şekil 3.1 Londra Hastanesi Görünüşü ve Kat Planları (Annabal, 1993).

Önceki yüzyıllarda inşa edilen hastanelerde, birçok hastane binası kilise etkisi altındaydı. 18.yüzyılda bu, ‘klinik anfitiyatro’ adı verilen bir mekanın hastane binasına katılmasıyla değişmiştir. Bu mekan genelde hastane binalarının en üst katında yer almakta ve hastanenin tıbbi ve cerrahi işlevlerini vurgulamak için inşa edilmekteydi. Hastane binalarındaki merkez kubbe ise kurumun anıtsallığını vurgulamaktaydı.

Doktorlar, bu dönemde, Avrupa’da, özellikle İngiltere’de, hastaneler ve hastane mimarisi ile ilgili birçok eleştiri yapmaya başlamışlar, hastaneleri, “sağlıksız”, “tehlikeli”, hatta bir tarihçinin söylediği gibi; “ölüme açılan” kapılar olarak tanımlamışlardır. 18. yüzyılda hastaneye yatan hastaların çoğunun ölüm nedeni, hastaneye yatırılmalarına sebep olan hastalıktan farklı, orada yakalandıkları bir başka ciddi hastalık olmuştur. Doktorlar, yüksek ölüm oranını, doğal havalandırmanın

eksikliği ve hijyen yokluğuna bağlamışlardır. İskoç bir cerrah olan Dr. James Y. Simpson (1811–1870), ‘cerrahi hastanelerimizden birinin operasyon masasına yatmış bir hastanın ölüm riski, Waterloo’daki bir İngiliz askerinden daha fazladır’ diye yazmıştır (Annabal, 1993).

Bu durum sonucunda, Avrupa’da doktorlar, sağlık bilimini hastane tasarımına taşımak için bir girişim başlatmışlar, karşılıklı havalandırma, temiz hava, doğal ışık ve hastane binalarının güneş ve rüzgara uygun yönlendirilmesine olan ihtiyacı vurgulamışlardır. Doktorlar, bu ilkeler uygulanırsa, “hospitalizm” olarak bilinen hastanelerden bulaşan hastalığın ve ölüm oranlarının azalacağına ve hasta iyileşmesinin sağlanacağına güçlü bir şekilde inanmaktaydılar. Temiz havanın gereğinin doktorlar tarafından dile getirilişi ve hastanın iyileşmesinde çevresel koşulların etkisinin keşfedilmesi ve çapraz-havalandırmanın öneminin vurgulanması sonucunda hastalar hastanedeki ayrı ünitelerde yatırılmaya başlanmıştır.

Modern hastanenin eleştirisini oldukça keskin bir biçimde yapan doktorlara göre, temiz havanın eksikliği ve hastane mekanlarının uygun olmayan biçimde kullanılması, hospitalizm’in birincil kaynakları olmuştur. Dönemin doktorları, ayrıca, hastane mimarlarını, sadece temel hijyen ve temizlik ilkelerini önemsememekle değil, aynı zamanda büyük şehir hastanelerindeki fazla kalabalığın ana sorumlusu olmakla da suçlamıştır. Bu doktorlara göre, hastane tasarımcıları, hastaları, mekandaki “objeler” olarak algıladıklarından, amaçları da sınırlı bir mekanda mümkün olduğunca fazla “objeyi” gruplamaktır. Doktorlar, 4 tarafı kapalı, iç avlulu, kare planlı blok hastaneyi de eleştirmiş, bu formun havalandırmaya engel olduğu, kirli havanın iç avluya dolup, tekrar o tarafa bakan pencerelerden içeri girdiği yönünde tespitler yapmışlardır. Bu tıp adamları, hastane yapılarında, hücre veya küçük odalardan oluşan bir sıranın, geniş bir galeriye açılması, böylece hava sirkülasyonunun sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir.

3.1.3 "Pavyon" Hastane: İyileştirme Makinesi

Avrupa’daki hastane mimarisi eleştirileri, Fransa’da Fransız devrimiyle başlayan ve 19. yüzyılın ortasına kadar süren bir tıp devrimi yaratmıştır. Bu gelişmeden sonra hastaneler, klinik ve cerrahi tıbbın gelişiminde önemli bir rol oynamışlardır. Bu dönem boyunca doktorlar, uygulamalı tıbbın ve tıbbi bilginin gelişiminde hastanenin önemini fark etmiş ve fiziksel muayene, otopsi ve istatistiğin sadece hastanelerde geliştirilebileceğini söylemeye başlamışlardır. Hastane, bu yeni tıbbi anlayışın

destekçisi olarak görülmeye başlanmıştır. Çünkü modern tıp, sadece hastanelerde araştırılıp, uygulanabilir ve onaylanabilir olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Hastalıkların seyrinin hastanelerde izlenebileceği ve yeni tedavilerin hastalıklar üzerindeki etkilerinin, ancak hastanelerde takip edilebileceği düşüncesiyle, hastanelerin tıbbi bilgi ve deneyimleri desteklediği kabul edilmiştir. Hastanelerin önemlerinin artmasıyla, bazı rollerde değişiklikler olmuştur. Daha önceleri hasta, özel müşteri olarak, doktorun üzerinde bir güce ve müdahale hakkına sahipken, bu yeni anlayışla ve hastane hastalarının genelde fakir hastalar oluşuyla durum değişmiştir. Doktorlar baskın bir rol oynamaya ve tıbbi ve cerrahi girişimler hastanın fikri alınmadan yapılmaya başlamıştır.

Hastaneler artık hasta iyileştirmeye değil, tıbbi bilgiyi arttırmaya, araştırmaya ve incelemeye yarayan kurumlar olarak görünmeye başlanmış, bu anlayış da hastane mimarisinin değişmesine sebep olmuş ve ortaya “Pavyon” planı tipi çıkmıştır. Hastane binası, dış koridorlarla bağlanan çoklu ünitelere dönüşmüştür. Tasarımdaki bu değişikliğin sebebi, doktorlar tarafından doğal havalandırma ve güneş ışığının hastayı iyileştirmek için ana girdiler olarak kabul edilmeye başlanması ve pavyon planının da bu faktörleri öne çıkaracağının düşünülmesidir.

Doktorlar bu dönemde, modern hastaneyi, bir iyileştirme makinesi olarak görmüşlerdir. Hastanenin, özel tıbbi ihtiyaçlara cevap verecek şekilde, birçok ayrı bölüme ayrılması gerektiğini düşünmekteydiler. Bu, hastanenin, estetik ilkelerin hakim olduğu bir mimari öge olarak düşünüldüğü çağın kapanıp, hastane tasarımına “işlevsel” bir yaklaşımın gelmesi anlamına gelmekteydi. Doktorların bu yaklaşımı, hastane yapısının, yapılan tıbbi tedaviden bağımsız olarak, kendi başına bir tıbbi araç olarak kullanılabileceğine dayanıyordu.

Doktor Jacques R. Tenon, 18. yüzyılın en önemli cerrahlarından olup, 1788 tarihli hastane tasarımı, organizasyonu ve yönetimiyle ilgili kitabında bu görüşü savunmaktadır. Tenon’un, hastanenin mimari organizasyonunda dönüşüm yaratma ilgisinin altında yatan itici güç, devrim öncesi Fransız hastanelerinde, özellikle “Hotel Dieu of Paris”te araştırdığı, kötü şartlardır. Tenon’un “Hotel Dieu”yu eleştirmesinin ana sebeplerinden birincisi, farklı hastalıkları olan hastaların aynı koğuştaki bakılmaları, ikincisi ise, tıbbi ve cerrahi girişimler arasında bir ayırım olmamasıdır. Tenon’a göre bu hastane, topluma, hastanenin ilgi alanlarına ve tıp kurallarına aykırı olarak yapılmıştır. Hastanenin şehir merkezinde yer alması, aşırı kalabalıklığı, ölüm oranı ve hastalıklı

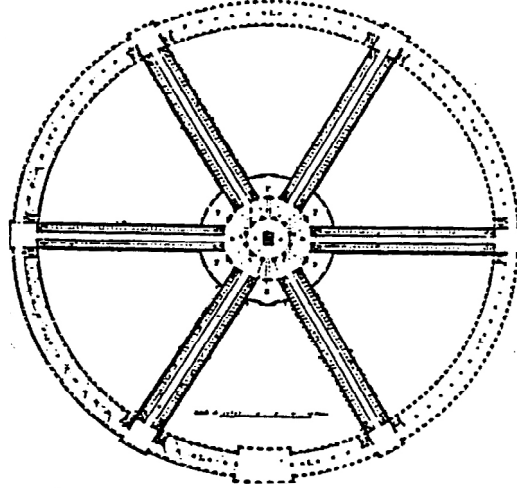
havalandırma koğuşlarına karşı oldukça eleştirel yaklaşmış ve bu hastaneyi “bütün hastanelerin en sağlıksız ve en rahatsızlık vericisi” olarak tanımlamıştır (Annabal, 1993).

Bu dönemde doktorlar, modern hastanenin en son bilimsel ve tıbbi keşifleri içinde barındırması gerektiğini savunmuşlardır. Hastane ölçülerinin ve yerleşimlerinin, fizik, kimya, anatomi, astronomi gibi bilimlerdeki en son keşiflere, hasta koğuşlarının boyutlarının da ortalama bir insanın fiziksel boyutlarına göre belirlenmesi gerektiğini, bunun da koğuş genişliklerinin belirlenmesini getireceğini belirtmişlerdir. Doktorlara göre, koğuşun tavan yüksekliği, o zamanki kuramlara dayanarak insanın oksijen ihtiyacı hesaplanarak saptanmalı ve her hastane biriminin yerleşimi, hastane kompleksi içindeki tıbbi işlevi ve diğer hastane birimleriyle ilişkisine göre belirlenmelidir. Diğer bir deyişle doktorlar, 19. yüzyılın ikinci yarısında hastane mimarisini dönüştüren “pavyon” planının temel tasarım ilkelerini ortaya koymuşlardır.

Pavyon planının altında yatan ilke, hastalığın “miasmatik” kuramı olmuştur. Bu kurama göre hastalıklar, pislik ve durgun su gibi etmenlerden oluşmakta ve bunlar kirli havada bulunan ve ‘miasma’ adı verilen tehlikeli bir madde tarafından taşınmaktadır. Doktorlar, miasmanın üretimi ve yayılmasında sıcaklık, nem ve ölü organik maddelerin ana sebepler olduğunu düşünmekteydiler. 19. yüzyılın ortalarına gelindiğinde, ‘miasmatik’ kuram, bütün dünyada doktorların inandığı bir hastalık kuramı haline gelmiştir. Miasma kuramına inanan doktorlar, hastane strüktürünün birçok bağımsız bölüme ayrılmasının, hastane binalarındaki problemi çözeceğine inanmaktaydılar. Birçok bağımsız bölüm oluşturulmasının, farklı hastalıkları olan hastaların birbiriyle temasını önleyerek hospitalizmi ortadan kaldıracağını, bağımsız bölümlerde havalandırmanın ayrı ayrı yapılacak olması ve hava dolaşımının artacağından koğuşlar arası kirli hava akımı olmayacağını, hastaların ayrı koğuşlarda daha iyi takip edilmeleri ve tedavileri için uygun yöntemin daha doğru saptanacağını düşünmekteydiler.

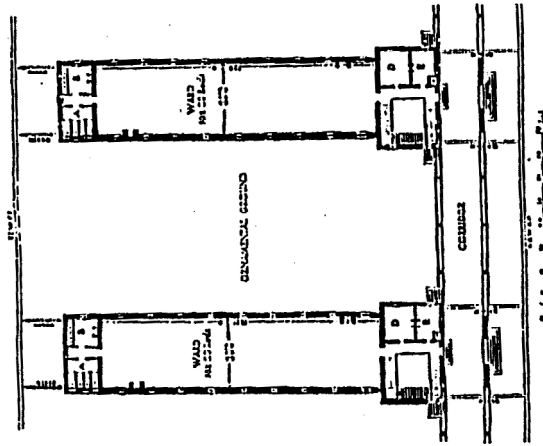
Bu dönemde özellikle Fransa’da, tasarımını doktorların yaptığı hastane binaları inşa edilmiştir. Doktorlar, hastane tasarımında mimarların yetersiz kaldıklarını, hastane binalarında estetikten çok sağlığa yararlı tasarımlar düşünülmesi gerektiğini ve bunu da en iyi bir doktorun başarabileceğini düşünmekteydiler. Doktorlar özellikle iç avlulu kare planlı hastane tipini reddetmişler, iç avludaki havanın kirlenip hastalıkları sürekli koğuşlar arasında taşıyacağından endişe duymuşlardır. Bunun yerine ana kitleden ışınsal veya düz çıkan birçok pavyondan oluşan hastane binalarının tasarlanması gerektiğini

önermişlerdir. Şekil 3.2’de, bu tasarım ilkesine uyan, Paris’te Dr. Antoine Petit’in önerdiği Radyal Hastane Planı görülmektedir. Plandaki ana kitlenin sebebi ise tıbbi personelin hastaları kontrol edebilecekleri ve bakımlarını yürütebilecekleri bir mekan yaratma çabasıdır. Koğuşlar arası hava sirkülasyonunu önlemek amacıyla, merdivenler pavyonların dışında tasarlanmıştır. Bu anlayış doğrultusunda ‘pavyon’ hastanelerin tasarım süreçleri başlamıştır.



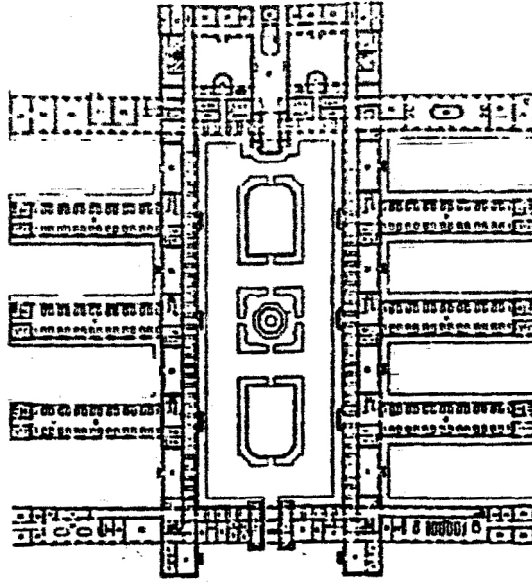
Şekil 3.2 Paris’te Dr. Antoine Petit’in önerdiği radyal hastane planı (Annabal, 1993).

Pavyon hastanenin yararları, o dönemde yaşamış olan hemşire Florence Nightingale (1820-1910) ve diğer İngiliz doktorlar tarafından anlatılmaya çalışılmıştır. Florence Nightingale, hastane tasarımlarında olması gereken ilk prensibin, hastaneyi farklı pavyonlara ayırmak olduğunu yazmıştır. Nightingale hasta koğuşlarının sadece bir dış koridorla bağlı olduğu, her bir koğuşun uzun ince binalardan oluştuğu, bu koğuşların uzun duvarlarının her ikisinde de havalandırmayı sağlamak amacıyla pencere boşlukları açılmış olduğu bir hastane planı önermiştir (Şekil 3.3).



Şekil 3.3 Florence Nightingale’in önerdiği hasta koğuşları planı (Annabal, 1993).

19. yüzyılın ikinci yarısında, Amerikalı doktorlar da hastane tasarımıyla ilgilenmeye başlamışlardır. Amerikalı doktorların da üzerinde durdukları ana konu, Avrupalı meslektaşları gibi havalandırma olmuştur ve onlar da pavyon planının avantajlarına inanmışlardır. Bu dönemde, pavyon planı, sadece Avrupa ve Amerika’da değil birçok başka ülkede de hastane mimarisini yönetmiş ve 19. yüzyılın sonunda, hastane binası için vazgeçilemez bir form haline gelmiştir. Şekil 3.4’te, Paris’te 1846-1854 yılları arasında yapılmış olan Lariboisiere Hastanesi, pavyon hastaneler için tipik bir örnek olarak gösterilebilir.



Şekil 3.4 Paris’te 1846-1854 yılları arasında yapılmış olan Lariboisiere Hastanesi
(Annabal, 1993).

Özetle, 18. yüzyılın sonlarındaki doktorlar, geleneksel hastane tipolojilerinin reddedilmesinde ve belirli tıbbi ihtiyaçların karşılanmasında “pavyon” planının uygun bir şema olarak kabulünde karar verici bir rol oynamışlardır. Aslında, tipik bir pavyon hastanesinin mimari organizasyonu, iki temel tıbbi prensibe göre geliştirilmiştir: havalandırma ve hastaların hastalıklarına göre ayrılması. Birincisi, temiz havanın sirkülasyonunu hastane koğuşlarında hızlandırıp, kirli havanın hasta yatağı çevresinde bulunmasını ve bir koğuştan diğerine geçmesini engellemeyi, diğeri ise, bulaşma riskini azaltmayı ve hastaların bakımında daha iyi kontrol ve gözleme imkan vermeyi amaçlamıştır.

3.1.4 "Gökdelen" Hastane: Bilimsel Tıp İçin Ortam

Zaman içinde pavyon hastanenin inşaatı, çok pahalı hale gelmiştir. Hastane personeli, hastanenin değişik bölümlerini yürüdükleri için zamanlarının büyük bölümünü boşa harcamışlar, dış yüzey alanının büyük miktarda oluşu, enerjinin ekonomik olmayan bir şekilde harcanmasına sebep olmuş ve en önemlisi, tipik bir pavyon hastanesinde, hospitalizm azalmamış, ölüm oranı da herhangi başka bir yerdeki ortalamanın altına önemli ölçüde düşürülememiştir.

Pavyon plandaki temiz hava dolaşımı, önemli bir iyileşme faktörü olarak tıp mesleği tarafından kabul edilmekte ve karşılıklı olan uzun duvarlarda, çapraz-havalandırmayı arttırmak ve kirli havanın bir koğuştan diğerine geçmesini en aza indirmek amacıyla, yerden tavana kadar pencereler konulmaktaydı. 19. yüzyılın sonlarına doğru, Avrupa’da doğal havalandırma yerine, iç mekanın çevresel kontrolü için mekanik sistemler geliştirilmeye başlanmıştır. Aynı zamanda, diğer teknik buluş ve ekonomik değişimler, hastane binalarının şeklini etkilemeye başlamıştır. Bunlar arasında asansörün, düşey bir taşıma aracı olarak çıkması ve arsa değerlerindeki artış sayılabilir.

Bütün mekanik, teknik ve mimari buluşların, birçok mimari ürünün dönüşümünde dönüm noktası olmasına rağmen, pavyon hastanesine gerçek karşı görüş, daha önce bu planın kullanılmasını sağlayan ve avantajlarını ortaya koyan tıbbi çevrelerin kendisinden gelmiştir. Doktorlar, pavyon planının ilkelerinden memnuniyetsizliklerini ifade etmeye başlamışlardır.

Pavyon hastanenin değişimini hazırlayan en büyük gelişme ‘mikrop kuramı’nın bulunması olmuştur. Bu kuram sadece, miasma kuramı da dahil olmak üzere diğer bütün kuramların eskide kalmasına sebep olmayıp, aynı zamanda da hastalıkların yayılma ve bulaşması ile ilgili inanışları da değiştirmiştir. Bu kurama göre, hastalıklar, pislikten, topraktan veya çürüyen maddelerden yayılan havayla kirlenmiş ortamlardan değil, yaşayan mikro organizmalardan bulaşmaktaydılar.

Avrupa’da mikrop kuramı doktorlar tarafından oldukça yaygın olarak kabul görmüş ve ilk olarak cerrahi girişimlerde bu kuram doğrultusunda antiseptik yöntemi uygulamaya başlamışlardır. Bu yöntemin uygulanması ve yaygınlaşması sonucu hastanelerdeki ölüm oranlarında ciddi bir düşüş olmuştur. Bu yöntem ve mikrop kuramı Avrupa ve Amerika’da tıp çevrelerinde kabul edilmiş ve uygulanmaya başlanmıştır. Bundan sonra, hastalık ve ölüm oranları özellikle ameliyat sonrası büyük düşüş göstermiştir. Bunun

üzerine doktorlar bu iki büyük keşfi göz önünde bulundurarak, “pavyon” planının ilkelerine göre tıbbi düzenlemeler yapmayı bırakmışlardır.

İlk olarak Amerikalı cerrahlar pavyon planı yerine, büyük şehirlerdeki hastaneler için gökdelen binalarını önermiştir. Enfeksiyon, bulaşma ve hijyen ile ilgili temel kuramların değişmesiyle, hastanenin ilkelerindeki değişme kaçınılmaz olmuştur. Doktorlar, gökdelen hastane binalarında yürütülecek tedavilerin tek katlı pavyon binalarına göre çok daha ucuza mal olacağını hesaplamışlardır. 20. yüzyılın başlarında, özellikle Amerika’da, pavyon hastanelerin yerini, hasta koğuşları, tıbbi ve cerrahi bölümler ve hizmet alanlarının tek bir strüktürde toplandığı çok katlı yapılar almıştır. Bu yeni hastane formu, ‘düşey veya ‘Amerikan’ hastane olarak adlandırılmıştır.

18. ve 19. yüzyıllarda hastaneler, sadece tıbbi bakımı karşılayamayan fakir hastalara hizmet etme amacındaydı. Maddi imkanları yeterli olan hastalar, kendi evlerinde bakılmaktaydılar. 20. yüzyıla girilmesiyle hastane, sosyal ve ekonomik statüye bakılmaksızın bütün sınıfların tıbbi bakım aldığı bir merkez haline gelmiştir.

Tıp bilimindeki önemli gelişmeler ve hastanelerdeki ölüm oranlarında görülen ciddi düşüş sonucu, hastane imajı önemli oranda değişmiştir. Hastane, bir önceki yüzyılda olduğundan daha güvenli bir hale gelmiş, üst ve orta sınıflardan hastalara hizmet vermeye başlamıştır. Bunu takiben, hastaların ayırımı için yeni ölçütler belirlemiştir. Önceleri hastalar, bulundukları sosyal ve ekonomik duruma göre ayrılırken, daha sonraları hastalıklarının derecesine göre ayrılmaya başlamışlardır. Pavyon planındaki geniş, açık koğuş sisteminin yerini özel ve yarı-özel odalar almıştır. Amerika’daki birçok hastanede bu değişim, 20. yüzyılın ilk 30 yılı bitmeden gerçekleşmiştir. Bunların sonucu olarak, hastane binasına yeni işlevlere sahip alanlar eklenmiştir. Bu alanlar, özellikle ciddi, ölümcül hastalıkları olan ve hem teknolojik, hem de tıbbi personel bakımının yüksek düzeyde gerektiği durumlar için düzenlenmişlerdir. Bu özel alanlara yoğun bakım üniteleri adı verilmiştir.

1890’lardan bu yana, hastane, halka hitap eden bir hayır kurumu kimliğinden, çok karmaşık tıbbi teknolojileri destekleyen bir ortam olmaya doğru gelişim göstermiştir. Hastanenin son dönüşümü 1970’lerde, sadece bilimsel olan bir kurumun, sıcak bir ortama dönüşmesi çabalarıyla başlamıştır. Modern hastanede, tıbbi bakımın sağlanmasında sadece hastalığın tedavisi göz önüne alındığından, bu hastaneler mekanik birer kurum olarak kabul edilmiş ve 1970’lerin başlarında, tıp tarihinde ilk kez, hasta ihtiyaçlarının saptanmasının önemi dile getirilmiştir. Bu, hastanın duygusal ve

psikolojik ihtiyaçlarına destek sağlanması yoluyla, sağlık kurumuna saygınlığını kazandırma yolunda atılmış bir adımdır. Hastane tasarımının ana hedefinin, tüm kullanıcıları destekleyen mimari bir ortamın yaratılması olarak belirlenmesi de bu tarihlere rastlamaktadır.

1970’lerden önce, ‘tıbbi bakım’ terimi, doktorlar tarafından uygulanan ve bakımın tedavi amaçlı tarafına odaklanmış olup, sağlık kuruluşları işlevlerini açıklamak için kullanılmaktaydı. Tamamen tıbbi bakıma yönelmiş etkinlikler, içinde bulunduğumuz zamanda, ‘sağlık bakımı’ olarak bilinen yeni bir kavrama doğru kaymış ve bu tanım, sağlık durumu ve yaşam biçimi arasında bulunan ve giderek sağlık konusunda artan bir bilinçlilik halini açıklamak için kullanılmıştır. Anlamdaki bu kaymanın da açıkça gösterdiği gibi, tıbbi bakım artık katı tıbbi bir model olmayıp, psiko-sosyal boyutu içerecek derecede bir gelişim göstermiştir.

1980’lerde, ‘sağlık bakımı’ terimi, teknolojik işlemler ve hastanın duygusal ve psikolojik gereksinimlerinin yerine getirilmesi ve gereksinimlerin her ikisini de birleştiren bir tıp bilimi sentezi olarak anlaşılmaya dönüşmüştür.

1980’lerin başlarında, hastane binaları hakkında artan eleştiriler, hastanelerin hastalara ve hastalığa karşı yaklaşımlarında, bireylere önem vermeyen ve konuksever bir havada olmayan tarzları olmuştur. Tıp camiası tarafından hastalık kavramının yeniden yorumlanması, hastalık hakkında toplumda yeni bir bilincin oluşmasına sebep olmuştur. ‘Hastalık’ yorumlandığı bu yeni şekliyle, hasta ve hastalık birbirinden ayrılmamaktadır. Tedaviler günümüzde sadece hastalığa değil, aynı zamanda hastaya da yoğunlaşmaktadır. İyileştirici ortamlar ve bütüncül sağlık kavramı, bu değişimin ana sonuçlarındandır. Araştırmacılar, hastane mimarisinin hasta sağlığı üzerine etkilerini araştırmaya başlamışlar ve bir hastanın çevreyi algılamasının nasıl olup da hastalıktan kurtulmayı ve sağlıklı olmayı uyardığı sorusunu sormaya başlamışlardır.

1990’larda en son tanımlanan kavram ise, ‘hasta-merkezli bakım’dır. Özellikle bu kavramla birlikte, hastanın zihinsel, bedensel ve ruhsal yönlerinin birbiriyle bağlantılı oluşunun anlaşılmasının, iyileşme sürecinde büyük etkileri olmuştur. ‘Hasta merkezli bakım’ kavramını karşılayabilmek için, hastaneler daha kişisel ve özel anlamda bakımı sağlayan tasarımlarla ortaya çıkmaya başlamışlardır. Hastane mimarisi, sonunda, otel endüstrisindeki gibi, daha konuksever bir karakter sergilemeye başlamış ve buna bağlı olarak yeni bir hastane modeli ortaya çıkmıştır.

Hastane binalarının gelişimi için, hasta ile daha kişisel ve yakından ilişkiler kurulmasına çalışılmaya başlanmıştır. Hastane tasarımında atriumların kullanılması, otel benzeri iç ortamlar, alışveriş birimleri, halka sunulan alanların kullanımının desteklendiği, yeni tıbbi bir merkez fikrini ortaya çıkarmıştır. Tıbbi merkez fikri, hastane kullanıcılarına, oturmaya elverişli alanlar, detaylandırılmış lobi alanları, diğer kişisel konforu sağlayacak mekanlar ve havuzlu büyük bahçeler gibi mekanlar yaratma düşüncesinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu olumlu dikkat dağıtıcı faktörler, düşünceleri hastalıktan alıp sağlıklı olmaya yardımcı olan etkinlikler yönüne götürecek şekilde tasarlanmaya başlamışlardır. Bu yaklaşım, 1950’lerde hastane binalarında kullanılmış olan katı mimari etkiyi yumuşatma yönünde etkili bir yöntemdir. Sağlık sektörü tarafından yönlendirilen bu yeni strateji, hasta-merkezli felsefenin sürdürüldüğü kurumlarda, hasta tedavisinden elde edilen etkili deneyimlerle gelişim göstermektedir.

Günümüzde, pek çok kuruluştaki hasta asansörleri, herhangi acil bir komplikasyon geliştiğinde kullanılmak üzere, gazlar, doğum aletleri ve kalp makinesi gibi acil cihazların desteğini verecek şekilde tasarlanmıştır. Hastane ortamı, hasta güvenliğini sağlamak amacıyla, her türlü önlemi alacak şekilde tasarlanmıştır. Düşey planı vurgulayan modern hastane kule tasarımı, alan verimliliği ve personel üretkenliğini arttırırken, hasta bakımı kalitesini de yükseltmiştir.

3.2 Türkiye’de Hastane Binalarının Tarihi

Eski çağlarda, tıbbın, bütün dünyada sihir ve ruhani duygularla karışmış olmasından dolayı Türklerde de bu devirde ayrı bir sağlık kurumu oluşmamıştır. Bilinen en eski tıp çalışmaları Sümer Türkleri’nde görülmektedir. Sümer’lerde sihir, ruhani duygular ve tıp birbirine karışmıştır. Rahip hekimler yılın belli bir gününde toplanır ve mabetlerde kaplar içinde ilaçlar dağıtılırdı. Burada hastane kavramı henüz oluşmamış ve tedavi de daha çok ruhani yollarla yapılmıştır. Eti’lerde de tıp ve sihir birbiriyle iç içe geçmiştir. İskitler’de aynı zamanda rahip olan, dönemin ünlü doktorları görülmekte, yani bu uygarlıkta da tıbbın dinle birlikte yürütüldüğü görülmektedir.

Bilimsel tıbbı geliştiren İslamiyet zamanında, Horasan’da 854-932 yılları arasında yaşamış Ebubekir Zekeriyya Razi Türkistan’da, Maveraünnehir’de 872 yılında doğan Farabi, 980-1037 yılları arasında yaşamış olan Buhara’lı İbn-i Sina gibi birçok Türk doktoru yetişmiş ve tıp kaynaklarının çevirilerinin yapılmaya başlamasıyla bilimsel

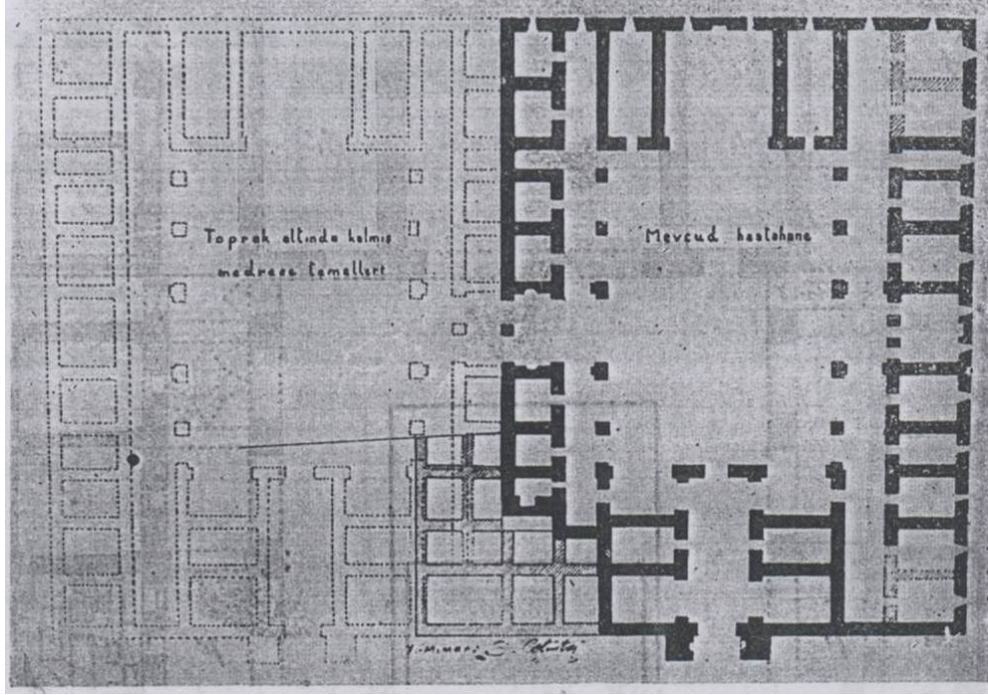
tıbbı doğru bir hareket başlamıştır. Bu hareket sonucunda da hastane binaları ortaya çıkmaya başlamıştır.

İslamiyet zamanında ilk Türk devletlerinden olan Tolonlu'lardan Ahmet İbni Tolon, Mısır'da 874 yılında bir hastane ve eczane yaptırmıştır. Selçuklular zamanında da birçok hastane yapılmıştır. Bu hastaneler aynı zamanda tıp okulları olarak kullanılmaktaydı. 1108–1122 tarihleri arasında Selçuklular Mardin Hastanesini yapmışlardır. Bu hastane, bir cami, medrese ve hamamla bütün olarak inşa edilmiştir. Selçuklular, Musul'da da, cami, yetimhane ve bakım yurtlarıyla bir bütün olan hastaneler yapmışlardır. 1248 yılında yapılan Kayseri hastanesi, Şam'da Nurettin Şehid hastanesinden sonra ikinci Türk tıbbiyesidir. Bir avlu etrafında sıralanmış iki büyük, sekiz küçük oda, iki küçük ve iki büyük eyvandan oluşan bir yapıdır.

Mısır Kahire'de 1284 yılında yapılmış olan Seyfettin Kalavun Hastanesi'nde, türbe, cami ve hastane yine bir aradadır. Bu hastane Mısır ve Türk sanatının büyük bir eseri olarak kabul edilmektedir (Bolak, 1950). Hastane, 4 ayrı bölümden oluşmakta ve ayrı hastalıklar için ayrı bölümler bulunmaktaydı. Bu hastalıklar; ateşli hastalıklar, yaralıları, göz hastalıkları, ishaller hastalar, hasta kadınlar ve cüzamlılar olarak belirlenmiştir ve bu hastalar ayrı bölümlerde bakılmaktaydılar.

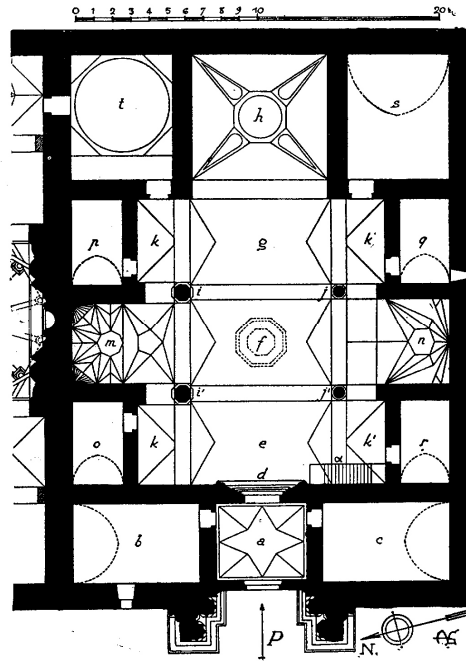
Kayseri'de 602 hicri (1206 miladi) yılında yapılmış olan Gıyasettin Tıp Mektebi ve Gevher Nesibe Hastanesi, zamanın tıp yapılarında olduğu gibi yine medrese tipinde bir hastanedir ve Tıp okuluyla bir geçitle birbirine bağlanmıştır. Bu hastane ve tıp medresesi, Anadolu'da Türk idaresi zamanında ilk kurum olması sebebiyle önemlidir. Yapı kesme taştan ve tek katlı olup, 3 büyük salon, üç eyvan ve 13 odadan oluşmaktadır. Yapının içinde ayrıca bir de türbe mevcuttur.

Sivas'ta 1217 yılında yapımı tamamlanan Birinci Keykavus Hastanesi, hem hastane hem de tıp okulu olarak yapılmış olup, daha sonra sadece tıp okulu olarak kullanılmıştır.(Şekil 3.5) Yapı, dikdörtgen bir plana sahiptir ve ortasında iç avlusu bulunmaktadır. Bu darüşşifa Anadolu'daki Selçuklu hastanelerinin en büyüğüdür. Yapı içinde bir de türbe mevcuttur. 1226 yılında yapılmış olan Divriği Darüşşifası ise, bazı bölümleri iki katlı olan, alt katta 7 oda, 3 eyvan, bir üstü örtülü revaklı avlu, üst katta ise, çok büyük bir salon, 20 oda ve koridorlardan oluşmaktadır (Şekil 3.6). 1308'de yapılmış olan Amasya Darüşşifası ise yine dikdörtgen bir plan şemasından, örtülü revaklarla çevrili bir iç avludan, 6 büyük salon ve 2 odadan oluşmaktadır.



Şekil 3.5 Keykavus Hastanesi ve Medresesi plan şeması (Bolak,1950)

Selçuklu sağlık yapıları genellikle cami veya medrese ile yan yana yapılmıştır. Bu yapılar heybetli görünüşleriyle yanlarındaki yapılara üstün gelen bir cepheye sahiptiler. Selçuklulardaki sağlık yapıları malzeme olarak taş ve tuğladan yapılmışlardır. Bu yapılar sağlam ve kalın dış duvarlara sahiptirler ve açıklıklar tonozla kapatılmıştır.



Şekil 3.6 Divriği Darüşşifası planı (Kaynak: Bolak, 1950)

3.2.1 Osmanlı'da Hastane Binaları

Osmanlı Devleti'nde 15. yüzyıldan itibaren yaklaşık 400 yıl sağlık işlerini hekimbaşılar yürütmüşlerdir. Hekimbaşılar, 19. yüzyıl ortalarına kadar ülkenin sivil ve asker bütün sağlık işlerinden sorumlu olmuşlar ve çeşitli sivil sağlık kuruluşları, hastaneler, körhaneler, cüzzamhaneler ve çeşitli sosyal yardım kuruluşları oluşturulmasını sağlamışlardır. Osmanlı'da; vakıflar ve onlara bağlı hastaneler, sosyal kuruluşlar, sağlık eğitimi veren okullar, özel doktor muayenahaneleri ve eczaneler toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılıyorlardı.

Osmanlı Devletinde sağlık mevzuatı ile ilgili çalışmalar ilk defa Sultan II. Mahmut devrinde 1838'de ilk sağlık yasamız olan "Karantina Nizamnamesi" ile başlamıştır. 1905'te vilayetlerin 32' sinde ve 9 sancaktan 9'unda hastane yoktu. İstanbul'da Haseki, Gureba, Zeynep Kamil, Beyoğlu Zükür, Darülaceze, Hamidiye Etfal ve Cerrahpaşa hastaneleri mevcuttu. Ayrıca; askere, yabancılara, azınlıklara ait hastaneler ile Tıp Fakültesi klinikleri vardı. Sivil hastane bulunmayan yerlerde fakir ve kimsesiz hastaların asker hastanelerinde bakılması hakkında 1877'de bir talimatname çıkarılmıştır. 1909'da memleket dahilinde 1883'ü Osmanlı uyruğunda, 773'ü yabancı 2656 hekim bulunmaktaydı. O tarihlerde yaklaşık olarak 20.000 kişiye bir hekim düşmekteydi. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004)

Osmanlı'da, hastane yönetimi özellik göstermektedir. Hastane yönetiminde tıbbi hizmetlerin yönetiminden başhekim sorumlu idi. Osmanlı Devletinde 76'ya yakın Ordu Hastaneleri dışında İstanbul'da 25'e yakın sivil ve Anadolu'daki hastaneler çoğunlukla Vakıflara bağlı olarak kurulup, Vakfiye kurallarına göre işletilmişlerdir. Ayrıca, azınlık ve yabancı hastaneler kendi usullerine göre yönetiliyorlardı. Osmanlı Devletinde kurulan ilk dernek, bugün adı Türkiye Kızılay Derneği olan Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti'dir. İmparatorluğun birçok cephede savaştığı, doğal afetlerin birbirini kovaladığı ve halkın büyük yoksulluklar içinde olduğu yıllarda bu kurum yardımlarda bulunmuş, çok çeşitli alanlarda faaliyet göstermiştir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004)

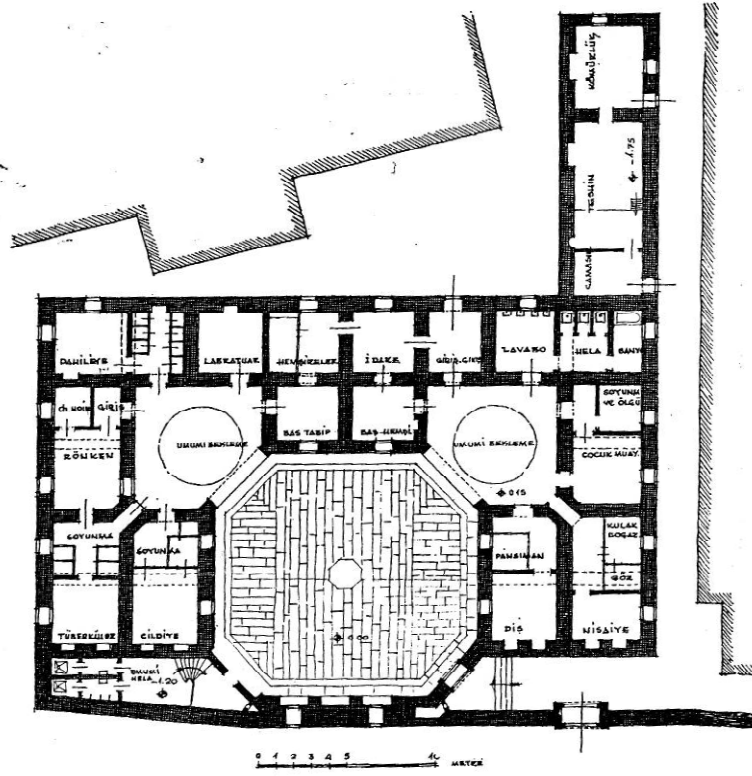
Osmanlı tıbbı, Selçuklu tıbbının uzantısı olduğundan, hastane binaları da benzerdir. Bu devirde tıp biliminde yeni çalışmalar yapılmamış, eski tedaviler ve özellikle de İbni Sina'nın eserleri okunmuştur. Bu yaklaşım, zamanın sağlık binaları olan şifahanelerde de önceki darüşşifa planlarının devam etmesine sebep olmuştur. Bu planlar, avlu etrafında revaklar ve odalardan oluşan medrese tipi şemalardır. Bu plan şeması, Türk tıbbının Batı'ya dönüşüyle beraber, yani 19. yüzyıla kadar aynı kalmakla beraber,

oranları, süslemeleri ve işçilikleri gibi ufak değişimler yaşamışlardır. Osmanlı sağlık yapılarının Orhan Bolak'a (1950) göre en önemli farkı, cami veya medreselerle yan yana yapılan Selçuklu sağlık yapılarının, her zaman yanındaki bu yapılara görünüş bakımından üstün gelmesi, buna karşın, Osmanlı sağlık yapılarının da yine camii ve medrese yanında yapılmalarına rağmen, tıp okulu ve onun tamamlayıcısı olarak kabul edilen hastane yapılarının, hiçbir zaman camiden daha üstün bir yapı olarak göze çarpmaması, camiiyle aynı değerde bir öge değil, yapılar bütününe tamamlayıcı bir öge olmasıdır. Osmanlı sağlık yapılarında, duvar yükseklikleri daha fazla ve duvarlar daha boşluktadır. Bu yapılar Selçukluların sağlık yapılarına göre, daha ışıkl ve simetrik planlıdır.

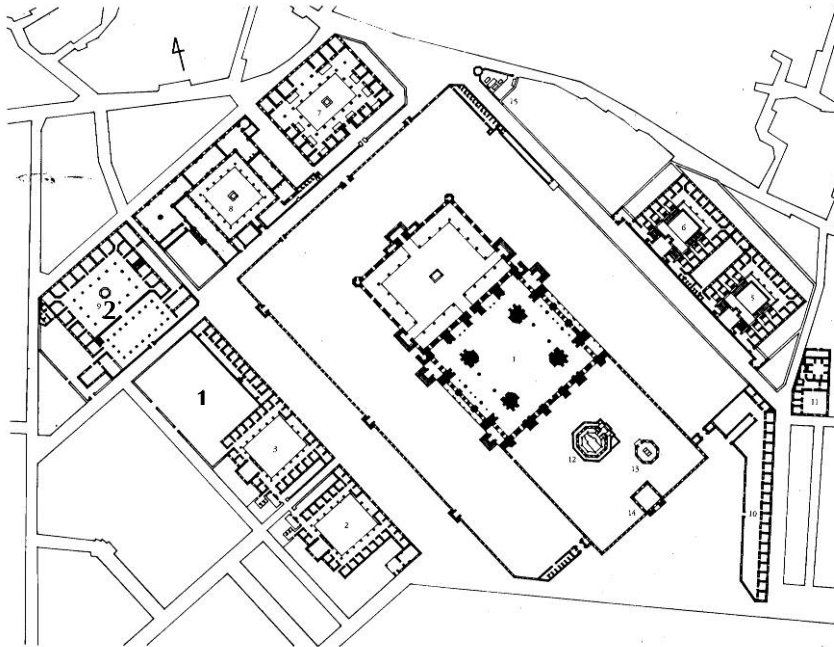
Orhan Bolak, 1950 yılında kaleme aldığı 'Hastanelerimiz' adlı çalışmasında, hastane yapıları tarihi açısından en önemli dönüm noktası olarak Tanzimat'ın alınmasının uygun olacağını, çünkü tarihimizde ilk büyük ve çalışmasını yaptığı 1950'li yıllardaki anlayışta yapılan hastanenin 19.yüzyılın ortasında, 1843 yılında yapılan Gurabayi Müslimin Hastanesi olduğunu yazmaktadır. Bu çalışmada, bu hastaneden önceki devir klasik devir, sonraki devir ise taklit, değişim veya araştırma devri olarak kabul edilmiştir.

1470 yılında yapılan Fatih Darüşşifası, çok geniş ve ferah bir yapıdır. Planı kare şeklindedir ve bir avlu etrafında üzerleri kubbe ile örtülü, revakların arkasında sıralanmış odalardan oluşmaktadır. Osmanlı İmparatorluğu'nun en parlak dönemi olan 16. yüzyılda, Mimar Sinan, darüşşifalar yapmıştır. 1539 yılında Mimar Sinan tarafından yapılan Haseki Darüşşifası (Şekil 3.7), İstanbul'da inşa edilen üçüncü Türk hastanesidir ve 19. yüzyıldan itibaren kadınlara hem hastane hem de darülaceze gibi hizmet vermiştir. Hastane, tarih içinde birçok restorasyon ve değişiklik geçirmiş, 1890 yılından itibaren de çeşitli zamanlarda birçok yeni pavyon eklentisi yapılmıştır.

1555'te yine İstanbul'da Süleymaniye Külliyesi'nin bir bölümü olarak yapılan Süleymaniye Darüşşifası Mimar Sinan'ın eseridir. Süleymaniye külliyesi, hastane, eczane, tıp okulu ve diğer okulları ve camisiyle büyük bir kompleks olarak yapılmıştır (Şekil 3.8). 17. yüzyılda yapılan tek hastane Sultan Ahmet Darüşşifasıdır ve yine bir aşevi ve bir ibadet yapısıyla birlikte yapılmıştır. 18. yüzyılda önemli bir hastane binası inşası gerçekleşmemiş, 19. yüzyılda ordunun ihtiyacı ve veba, kolera, çiçek, sıtma gibi diğer bulaşıcı hastalık salgınları üzerine hastane binaları yapımına tekrar başlanmıştır.



Şekil 3.7 Haseki Darüşşifası planı (Bolak, 1950)



Şekil 3.8 Süleymaniye Külliyesi - Tıp Medresesi (1) ve Bimarhanenin (2) külliye içindeki konumları ve plan şemaları (Dünden Bugüne İstanbul Ansiklopedisi)

1805 yılında modern doktor ve cerrahlar yetiştirmek üzere modern bir tıp okulu kurulması kararlaştırılmıştır. Donanmaya bağlı olması düşünülen tıp okulunun eğitim hastanesi Spitalya, Kasımpaşa’da inşa edilmiştir. 1806 yılında ise bu eğitim hastanesinin yanında bir tıp okulu açılmıştır. Bu tıp okulu ve eğitim hastanesinin yapımında, Viyana’daki Josephinum askeri tıp ve cerrahi akademisinin örnek alındığı düşünülmektedir. 19. yüzyılın başlarında tıp alanında dorukta ‘Viyana Okulu’ bulunmaktaydı. II. Mahmud’un isteğiyle, Avusturya’dan Osmanlı Devleti için çalışacak doktorlar getirilmiş ve bu doktorlar Osmanlı sağlık teşkilatını Viyana ekolüne uygun olarak tekrar gözden geçirerek hastanelerin reformu ve yeniden organizasyonu ile görevlendirilmişlerdir.

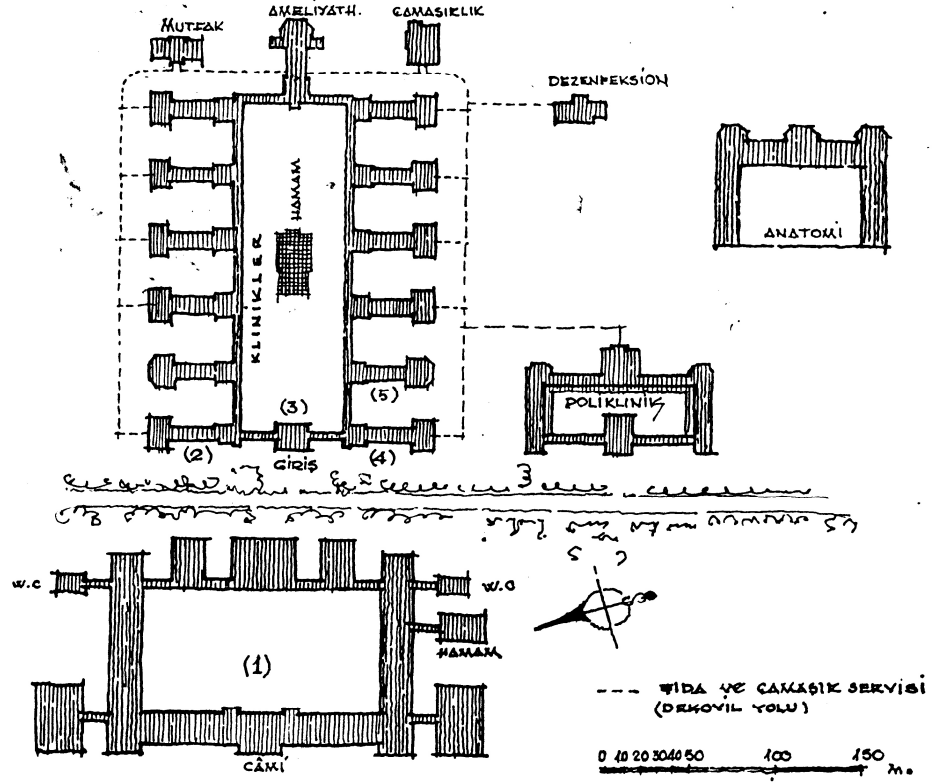
Osmanlı Devleti’nde hastane binalarına olan gereksinim, savaşlardan yaralı dönenler ve savaşlar sonucu ortaya çıkan salgın hastalıklar sebebiyle artmış ve bu, yapılan hastanelerin başlangıçta askeri hastaneler olmaları gerekliliğini getirmiştir. Salgınlar sırasında İstanbul’da, hasta sayısındaki artıştan dolayı, hastanelere yeni birimler eklenmiş, zaman zaman yurtdışından doktorlar gelmiştir. 1854 yılında Kırım Savaşı sırasında, hemşire Florence Nightingale ve arkadaşları Selimiye Kışlası’nda hizmet vermişlerdir. Viyana doğumlu Dr. Karl Eduard Hammerschmidt de, Osmanlı tıp ilminin gelişmesinde önemli rol oynamıştır. Sonradan müslüman olan, adı Abdullah Bey olarak değişen bu tıp adamı Kızılay’ın da kurucusudur. (Schadewaldt, 1993).

Tıp biliminin Batı’ya döndüğü 19. yüzyılda yapılan en önemli sağlık binalarından biri Gurabayı Müslimin Hastanesi’dir. Bu hastane 1843 yılında yapılmıştır. 1826’da İstanbul’da şiddetli bir kolera salgını yaşanmıştır. Osmanlı bu salgın sırasında dışardan gelen hastaların da muayene ve alıkonmasını üstlenmiş ve 1843 yılında da büyük bir çiçek salgını da yaşanması, bütün bu hastaların tedavi ve toplumdan ayrılmaları için sadece hastalar için bir yapıya olan ihtiyacı ortaya çıkarmıştır. O yıllarda hastanelerin şehirden oldukça uzak bir alanda kurulması gerektiği inancı hakim olduğu için hastane, o zamanki yerleşimden oldukça uzaktaki bir alana inşa edilmiştir. Yapıda yeterince pencere açılmış gibi görünmekle birlikte, yapı özellikle kuzey cephesinden hemen hemen hiç güneş almamakta, koğuşlara az ışık gelmektedir. Orhan Bolak (1950), doğal aydınlatmanın yetersizliği sebebiyle koğuşlarda ‘hüzünlü bir hava’ olduğunu, ‘zaten kendi derdine tahammülü kalmamış, acısı nisbetinde hassaslaşmış hasta ruhiyatının; çeşitli insanların, değişik dertlerini görmeğe, duymaya ve bu atmosfer içinde uzun zaman kalmaya tahammülü’ olmadığını yazmıştır. Yine aynı yazara göre, hastane

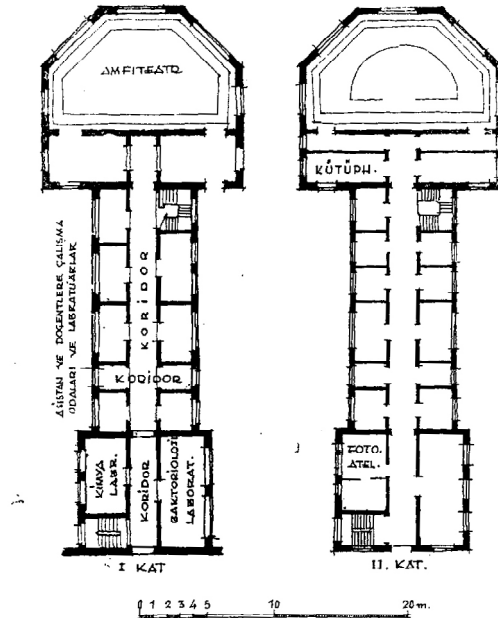
içerisinde, özellikle koridorlarda zemin kaplamalarının mozaik olması sebebiyle gürültü olmakta, fakat hastaların hemen hepsinin fakir olması sebebiyle hastanenin bu sorunu gözardı edilmektedir. Koğuş tavan yüksekliklerinin fazla tutulması ve koğuşların hem dış cephede, hem de koridor tarafında pencerelerinin bulunması doğal havalandırmayı mümkün kılmaktadır.

1898’de Alman cerrah Reider’le bir sözleşme yapılmıştır. Bu yıllarda, Avrupa’daki tıp merkezi Fransa ve Avusturya, yerini Almanya’ya bırakmaya başlamıştır. Reider 1904 yılına kadar Osmanlı Devleti için çalışmış ve tıp mesleğini ülkesindeki esaslara göre yeniden düzenlemiştir. Almanya’dan tıp alanında getirilen en büyük yeniliklerden biri, 1886’da yapılan Yıldız Hastanesi’nin prefabrike barakaları olmuştur. Bu ahşap barakalar, hastane ve sağlık hizmetinin en modern göstergeleri sayılmaktaydılar. Daha sonraları gerekli tıbbi malzemelerin çoğu da Almanya’dan getirtilmiştir. Bu yıllarda Fransız ve Alman hekimleri, yabancı ülkelerle olan sağlık ilişkilerinde bir yarış içindeydiler ve her alanda dış ülkelere bağımlı hale gelen Osmanlı İmparatorluğu da hem Almanlar, hem de Fransızlar için oldukça büyük bir pazar olarak görülmekteydi. Frengi ve kolera gibi salgın hastalıklarla baş etmek üzere Alman doktorlar getirtilmiştir. Alman doktorlar, 1898’de Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nin kuruluşunda etkin rol oynamışlardır ve yine 1898 yılında Hamidiye Etfal Hastanesi Berlin’deki bir çocuk hastanesinin planları esas alınarak inşa edilmiştir.

1899’da yapılmış Şişli Etfal Hastanesi de bu yüzyılda yapılmış önemli hastane örneklerindendir. Bu hastane açıldığında dokuz bölümden oluşmaktaydı. Daha sonraki yıllarda hastaneye, birçok yeni pavyon eklenmiştir. 1903 yılında yapılan Haydarpaşa Numune Hastanesi, pavyon tip hastane planının en güçlü örneklerindendir. (Şekil 3.9 ve Şekil 3.10)



Şekil 3.9 Haydarpaşa Numune Hastanesi vaziyet planı (Bolak, 1950)



Şekil 3.10 Haydarpaşa Hastanesi pavyon planları (Bolak, 1950)

Kurtuluş Savaşı Döneminde, sağlık hizmetlerinin batılı ve modern anlamda bir devlet görevi olarak ele alınmasının temeli, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin kuruluşu ile atılmıştır. Memlekette tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevi; Milli Mücadelenin başlangıcında Ankara'da kurulan ilk Milli Hükümet bünyesinde, 1920 tarihli ve 3 sayılı yasayla yer alan Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti'ne (Sağlık Bakanlığı) verilmiştir. Yeni Bakanlıkça hazırlanan ilk bütçe tasarısında, Merkezde, Hıfzıssıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak Kalemi kabul edilmiştir. Taşra örgütünde ise; eski Sağlık Müdürlükleri, Hükümet, Belediye ve Karantina Tabiplikleri ile Küçük Sıhhiye Memurlukları aynen muhafaza edilmiştir. Daül kelp (kuduz tedavi kurumu), Telkikhane (aşıhane) ve Bakteriyolojihane kurulması kabul edilmiştir. Mahalli idarelere ait hastaneler aynı bırakılarak, Kastamonu ve Zonguldak bölgesinde özellikle frengi savaşı için kurulmuş bulunan hastaneler de mahalli idarelere devredilmiştir. Bu devrede Burgaz Adasında veremliler için bir sanatoryum açılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004).

3.2.2 Cumhuriyet Dönemi Hastane Binaları

3.2.2.1 Genel Sağlık Politikası

Sağlık Bakanlığı, her il merkezinde kurulmuş bulunan mevcut devlet hastanelerinin sağlık koşulları ve yönetim yönünden düzeltilmesi için yol göstermiş, ilk olarak 1924'de Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas Numune Hastanelerini, 1936'da Haydarpaşa, 1946'da Trabzon ve 1970'de Adana Numune Hastanelerini açmıştır. Nüfusun çoğunluğunu teşkil eden ilçe merkezlerindeki halkın, sağlık hizmetlerinden yararlandırılması için 1924'de 150 ve 1936'da 20 ilçe merkezinde 'Muayene ve Tedavi Evleri' açılmıştır. Bu kurumlar daha sonra sağlık merkezlerine ve sağlık ocaklarına dönüştürülmüştür. Tablo 3.1'de 1923 yılında, Cumhuriyet kurulduğunda Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarının sayısal durumu gösterilmektedir.

Tablo 3.1 1923 yılında, Cumhuriyet kurulduğunda Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarının sayısal durumu (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004)

Kurumun Cinsi	Sayısı	Yatak Sayısı
Devlet Hastanesi	3	950
Belediye Hastanesi	6	635
Özel İdare Hastanesi	45	4520
Özel, Yabancı ve Azınlık	32	2402
Toplam	86	6437

Sağlık Bakanlığı, 1925 yılında hazırlamış olduğu ilk çalışma programına çözülmesi zorunlu sağlık sorunlarını şöyle sıralamıştır:

- Devlet sağlık örgütünü genişletmek,
- Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek,
- Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak,
- Sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek,
- Sağlıkla ilgili yasaları yapmak,
- Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köylere kadar götürmek.

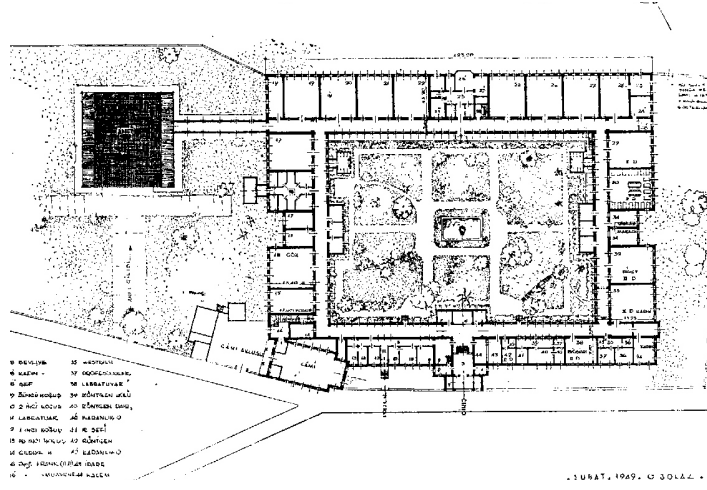
Ülkede toplumun sağlığını tehdit eden bulaşıcı hastalıklarla savaş çalışmaları Cumhuriyetin kuruluşundan sonra ciddi olarak ele alınmıştır. Türkiye'de verem hastalığı Cumhuriyetten önce ve sonra yaygın bir halde idi. 1923 yılında ilk Verem Savaşı Dispanseri ve 1924'de Heybeliada Verem Sanatoryumu açılmıştır. Lepralı hastaların kabul ve tedavisi amacıyla 1941 yılında Elazığ ve 1980 yılında İstanbul Cüzam Hastaneleri kurulmuştur. Trahom mücadelesine ilk olarak 1925 yılında Adıyaman'da ve Malatya'da birer trahom hastanesi ve dispanseri açılmasıyla başlanmıştır. 1950'de sayıları 16'ya ulaşan bu hastaneler, trahomun kontrol altına alınmasından sonra 1982 yılına kadar tamamı kapatılmıştır. II. Dünya savaşından sonra bütün dünya ülkelerinde değişen sosyal yaşantı ve ekonomik güçlükler birçok sağlık sorununu da beraberinde getirmiş, diğer ülkeler gibi ülkemizde de sağlık hizmetlerinin rasyonel ve planlı bir

şekilde uygulanması için çalışmalar yapılmıştır. 1946 'da yapılan 'Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı' bunların ilkidir. Türkiye' de kanserle savaş için ilk organizasyon 1947 yılında Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumunun kurulmasıyla başlamıştır. Kemik Hastalıklarının teşhis, bakım ve tedavisi için; 1943'de İstanbul Baltalimanı, 1951'de Eğirdir, 1955'de Urla ve 1957'de Trabzon Kemik Hastalıkları Hastaneleri açılmıştır. Bakanlık, 1960 yılından itibaren, yeni bir görüş ve hizmet anlayışı ile sağlık politikasının ana ilke ve hedeflerini tespit etmeye başlamıştır. 1970 yılında İstanbul'da görülen kolera salgını sonrası İstanbul Tropikal Hastalıklar Enstitüsü ve Bulaşıcı Hastalıklar Hastanesi açılmıştır. 1982 yılında kabul edilen Anayasa, sağlık alanındaki düzenlemeleri ele almış, 56'ncı maddesinde ise, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamak hak olarak kabul edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004).

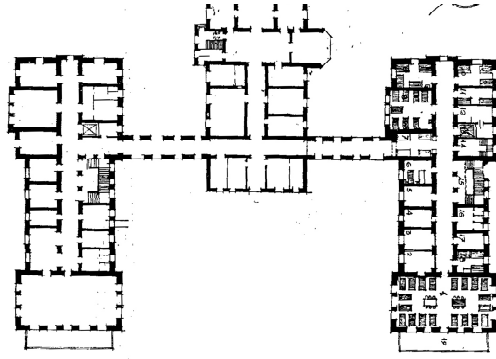
3.2.2.2 Hastane Binaları

Cumhuriyet'in kuruluşuyla, hastane binalarında mevcut olan kargaşa durumu sona erememiş, hastane binalarımızda Cumhuriyet'in ilk senelerinde, özgün bir karakter ve çağa uygun çözümler üretilmemiştir. Orhan Bolak (1950), çalışmasında, Türkiye'de yapılan hastane binalarının, konfor ve tesisat açısından Batıdaki benzerlerine oranla çok eksik, kötü birer taklidi olduklarından bahseder. Yazarın ifadesine göre, Batı'da pavyon plan tipin yaygın olduğu sırada Türkiye'de bu tip, blok tipin yaygın olduğu sırada ise blok tipin kötü taklitleri yapılmakta, 1950'li yıllarda, yerel özellikler ve oranlar hastane binalarında kullanılmamaktadır. Cumhuriyet sonrasında, eski birçok hastane binası restore edilerek ve eklentiler yapılarak kullanılmaya devam etmişlerdir.

1943 yılında açılmış olan Yeni Guraba Hastanesi (Şekil 3.11), pavyon hastane tipinde inşa edilmiştir Pavyonlar arası koridorlar, pavyonların ortasından binalara saplanmaktadır (Şekil 3.12). Orhan Bolak (1950)'a göre hastanenin dış mimarisi; 'hastaneye yaraşan sükunet, ciddiyet ve neşeden mahrumdur'.



Şekil 3.11 Guraba Hastanesi esas kat planı(Bolak, 1950)



Şekil 3.12 Guraba Hastanesi koğuş planı (Bolak, 1950)

Mimar Jean Walter tarafından tasarlanan Ankara Tıp Fakültesi ve Hastanesi, mimarların eleştirilerini almıştır. Yapı, fazla yüksek, büyük ve Ankara silüetine uyumsuz bulunmuş ve insanı ürküten bir bina olduğu ifade edilmiştir. Yapının yüksekliği yaklaşık 42 metre, yıldız planlı, piramit kesitli ve blok tipte bir hastanedir. İşlevsel açıdan, zamanının hastanelerine göre oldukça düşünülmüş ve iyi çözülmüştür. Yapı içindeki çözümlerde, hastaların zaten zayıf bir durumda oldukları ve pavyon hastanelerde kat edilmesi gereken yolun çok uzak olduğu, işlemler için çok fazla zaman harcandığı, bütün bunların hastaları yoracağı, can sıkıcı ve bazen de tehlikeli olduğu ve acil müdahaleleri geciktireceği düşünülmüştür. Tasarımcının dikkat ettiği en önemli noktalardan biri hastanın kat edeceği yol olmuştur. Dikkat edilen diğer bir nokta da, temizlik, dezenfeksiyon odalarının organizasyonu ve enfeksiyon kontrolüne gösterilen dikkat olmuştur. Ayrıca, bugün koruyucu tıp olarak adlandırdığımız kavramın ortaya çıkmaya başladığını, poliklinikle ilişkili bir sağlık müzesi kurularak, burada, hastalara insan vücudunun işleyişi ve sağlıklı kalmanın yollarının, hastalık sebeplerinin anlatılmasının

hastanenin mimarı tarafından önerilmesinden anlamaktayız. 1970’lerde ise bazı illerdeki devlet hastaneleri yarışmalar yoluyla tasarlanarak uygulanmıştır.

3.3 Bölüm Sonucu

Hastaneler, karmaşık kurumsal yapılar olmaya doğru gelişim göstermektedir. Karmaşık kullanıcı grupları ve yapısal hiyerarşiler gösteren, toplum ve hükümet politikaları arasında, modern hastaneler, günümüzde yeniden önemli bir araştırma konusu olmuştur. Bugünün ve geleceğin hastane mimarisinin temelinde, hastaya ve hasta gereksinimlerine öncelik veren, yol gösterici bir işlevi olabilen, içinde bulunduğu toplumla iletişim kurabilen, karmaşık bir tasarım yatmaktadır.

Tarihteki ilk hastane yapılarından, günümüzdeki hastane yapılarına kadar geçirilen evrimde hastalık ve sağlık kavramlarının birçok kereler değiştiği ve tıp biliminde birçok ilerlemeler olduğu görülmektedir. Sağlık yapıları, tarihleri boyunca politik, sosyal, teknik ve ekonomik faktörler, demografik yapılardaki dönüşümler, tıp bilim alanındaki gelişmeler ve zamanlarının felsefeleri tarafından biçimlendirilmişlerdir. Bu durum günümüzde de devam etmektedir.

4. HASTANE TASARIMINDA YENİ YAKLAŞIM VE ANLAYIŞLAR: İYİLEŞTİREN HASTANE

Değişim, insan hayatında olduğu kadar, insan yapımı binalar için de vazgeçilmez bir faktördür. Diğer bütün insan ürünlerinde olduğu gibi mimarlıkta da, değişim, değişimin getirdiği yeni talepler ve bu taleplerin belirlediği yeni ihtiyaçları karşılama çabası hakimdir.

Değişim, mimari ürünlerin kaçınılmaz bir fenomeni olsa da, değişimin hızı ve derecesinin bina tiplerine göre değiştiği açıktır. Son 200 yıl boyunca, hastane binaları, diğer bütün mimari ürünlere göre daha fazla ve etkili değişimlere maruz kalmıştır. Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine*'da (Amerikan Tıbbı'nın Sosyal Değişimi), 'pek az kurum, hastanelerin modern tarihlerinde uğradıkları kadar radikal bir metamorfoza uğramıştır' diye yazmıştır (Annabal, 1993). Hastane binaları, hastalık ve bunu yenmek için insanın verdiği savaş kadar eski olan "hasta bakımı"nın yeniden yorumlanmasının bir sonucudur.

Tezin bu bölümünde, hastane tasarımını etkileyen paradigmaların, yeni yaklaşım ve anlayışların neler olduğu araştırılmış ve bunların hastane tasarımına olası yansımaları incelenmiştir. Ayrıca, 3. bölümde görüldüğü gibi, hastane tasarımının sadece bu anlayışlardan değil, aynı zamanda yeni tıp bilgileri ve teknolojilerinden de önemli ölçüde etkilendiği göz önünde tutularak bu alandaki gelişmeler incelenmiş, hastane binaları ve çevre tasarımının sağlığa etkileri konusunda gelişmeler irdelenmiştir.

3. Bölümde anlatılan hastane tarihinden de anlaşılacağı gibi, hastaneler, kuruldukları ilk günden beri, hastaların başvurdukları, fakat her zaman umdukları sonuçları alamadıkları, hatta zaman zaman sahip olduklarından farklı rahatsızlık ve hastalıkları da deneyimledikleri yerler olmuşlardır. Tarih içinde bu durumun şiddeti azalsa da, günümüzde hastaneler çoğu zaman, hala toplum tarafından sağlıklı olduğunda gidilmeyen, hastalık hallerinde ise mecbur kalındığında başvuru kurumlarıdır.

Bu bölümde, hastanelerin sadece hastalık halinde değil, iyi olma durumunun korunması amacıyla da hergün başvuru kurumları haline gelmeleri ve hastalık halinde ise, iyileşmeye fiziksel yapılarıyla katkı sağlayan birer yapı olmaları için sahip olmaları gereken özellikler ortaya konmuştur.

Bu bağlamda, hastanelerde kalite ve ‘iyileştiren hastane’ kavramları, kullanıcı katılımının nasıl olması gerektiği ve günümüzde oldukça önemli bir kavram olan hasta-merkezli tasarımın özellikleri irdelenmiştir.

4.1. Hastane Tasarımında Değişim ve Dönüşümler

Tıp ve hastane tarihi incelendiğinde görülmektedir ki, tıbbi bilginin sınırlı olduğu devirlerde, sağlık bakımı ‘iyi olma’ hissine odaklanmıştır. Batıdaki tıp pratiği gelişimi bir kere daha, önceki yüzyıllardan çok farklı nedenlerle de olsa, ‘hasta-merkezli’ olmaya dönmektedir. Tıbbi alandaki gelişmiş bilimsel teknolojileriyle Batı ülkeleri, alternatif tedavilere ve iyileştirici ortamlara bütüncül bir yaklaşımın önemini dile getirmektedirler. Teknoloji ve zenginliğin sağlık için yeterli olmadığı, iyi çevresel koşullar ve yaşadığımız ortamın, iyi sağlık için temel olduğu fikri yaygınlaşmış, sağlıklı bir yaşam sürdürmek için yapay çevrenin önemi anlaşılmıştır. Geleceğin tedavi merkezi olarak, ev hissi veren sağlık kurumlarına dönme konusunda giderek artan bir eğilim gözlenmektedir.

Batı toplumlarında ve ülkemizde de, ‘hasta-merkezli’ sağlık bakımı kavramının önemi kabul edilmektedir. Bu yeni yaklaşım, hastane tasarımına da yansımaktadır. Doktorlar, hizmet verdikleri kişilerin, bu hizmetlerin bedelini ödeyen müşteriler olduklarının bilincine varmaktadırlar. Hasta-merkezli tasarım konusu, bölüm 4.2.3’de ayrıntılı olarak incelenmektedir.

Bireyler, ülkelerindeki sağlık bakımı hizmetlerinin gelecekteki biçimini belirlemekte söz sahibi olmalıdırlar. Bu, bir tüketici olarak kabul edilen hastalara, sağlık hizmetlerine olan talebe ve özel sağlık sektöründeki rekabetçi pazar güçlerine bağlıdır. Bu süreçte daha yüksek tasarım standartlarına olan ilgi giderek artacaktır. Mimarlar artık, sağlık binalarını, bundan sonra aranacak olan yüksek beklentilere taşıyacak olan yaratıcı çözümler tasarlamalıdırlar.

‘Bakım-merkezli’ bir sağlık sisteminden, ‘hasta-merkezli’ bir sağlık sistemine dönüşüm, günümüzde geçerli olan, sosyal ve teknolojik ortamı biçimlendiren, birbiriyle bağlantılı birçok paradigma değişiminden sadece birisidir. Bu ortam içinde mimarlar, sağlık bakımı ve hastane yöneticileri, sağlık bakımı sağlayıcıları ve yasa koyucular, kendilerini 21. yüzyıla taşıyacak, kaliteli, uygun maliyetli ve yeterli esnekliğe sahip hastaneler yapmak için işbirliği içinde olmalıdırlar.

Miller ve Swensson'a (2002) göre, sağlık endüstrisi için tasarım yapan mimarlar, aşağıda sıralanan, 4 ana paradigma değişimi ve daha az etkili fakat önemli daha küçük değişimlerden etkilenmektedirler:

- 1) Gençlikten olgunluğa geçiş: Endüstri çağının başlangıcından beri, eski, yaşlı ve modası geçmiş olanın terk edilip önemsenmemesi tercih edilmiştir. Bu tercih, insanlar, nesneler veya konular olmuştur. Günümüzde bu paradigma değişmekte ve olgunluğa değer vermeye yol açmaktadır. Bu da, ne gençlik, ne yaşlılık, ne yenilik, ne eskilik demektir. Olgunluk, bu kavramların hepsini aşan, gelişen bir bilgelik gerektirmektedir.
- 2) İyileştirmeden sağlığa ve 'hasta' olmaktan 'iyi olma' haline geçiş: Tıpta bugün, anahtar kelimeler, 'iyi olmak', 'korunma', 'ayakta tedavi', 'teşhis' ve 'hizmetler'dir. 15 yıl öncenin tıp dünyasında ise anahtar kelimeler, 'hastanelerde uzun süre kalmak', 'ileri teknoloji', 'özelleşmiş servisler' ve 'akut bakım' idi. Modern tıp, sadece hastalığı iyileştirmek yerine, 'iyi/sağlıklı olma' kavramına doğru kesin ve hızlı bir geçiş içine girmiştir. Bu yeni paradigma, hastane mimarisini büyük ölçüde etkileyecektir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) kurucuları, sağlığı 'Sadece güçsüzlük ve hastalık olmaması hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak bütünüyle bir iyi-olma hali' olarak tanımlamışlardır (Purves, 2002).

'Hasta olmak'tan 'iyi olma' haline geçiş; dünyadaki sağlık politikalarının koruyucu bakım kavramına doğru kaydığını anlatmaktadır. Örneğin İngiltere'de temel sağlık bakımının önemi ve ekonomik açıdan hastalıkları azaltmanın hastalıkları iyileştirmekten daha kazançlı olduğu anlaşılmaya başlanmıştır. Bu konular hükümet tarafından 1990'ların sonlarına doğru anlaşılmış ve desteklenmeye başlamıştır (Daha Sağlıklı Toplumumuz, 1998). NHS planında hasta-merkezli sağlık bakımı için ölçütler belirtilmiş, temel bakım ve bu hizmetlerin koruyucu doğası ayrıca vurgulanmıştır (NHS 2000).

Miller ve Swensson'a (2002) göre, birçok geleneksel akut-bakım hastanesi kapanmaktadır ve kapanmaya devam edecektir. Daha uzun vadede, erken teşhis, sağlıklı olmak, ayakta hasta tedavisi ve kronik hastalıkların yönetimi gibi hizmetlere doğru değişen paradigmalara odaklanarak adapte olacak yeterli esnekliğe sahip kurumlar ayakta kalabilecektir. Son yüzyılla birlikte trend erken

teşhis ve hastalıklardan korunmaya doğru kaymıştır. İnkâr edilemez şekilde akut- bakım hastanesinin rolü azalmaktadır.

Geleneksel olarak, acil olmayan fakat hızlı halledilmesi gereken tıbbi ihtiyaçları olan hastalar, bir doktorla ilişki kuruyorlarsa, hastanelerin acil servislerine gelmekteydiler. Gün geçtikçe artan sayıda ayakta hasta bakımı yapan merkezler, acil ihtiyaçlar için, hastanenin acil servislerinin, hatta kişisel olarak başvuru doktorların yerini almıştır. Yarışta kalabilmek için, hastaneler, geleneksel acil servislerinden ayrı olarak, temel-bakım merkezleri kurmaya başlamalıdır.

- 3) Özelleşmeden bütünlüğe geçiş: Mimarlardan, gün geçtikçe artan oranda, büyük kullanıcı gruplarına hizmet veren ve değişen ihtiyaçlarla gelişme yeteneğine sahip çevresel çözümler, yapılar ve kurumlar yaratmaları istenmektedir. 25 yıl önce, sadece hastane binaları inşaa edilmekteydi, 15 yıl önce ise önemli olan sağlık kampusu olmuştur. Günümüzde, tamamen toplum içinde entegre olmuş ‘sağlık parkı’, ‘tıbbi otel’ gibi konseptler üzerinde düşünülmektedir.
- 4) ‘Reaksiyon’dan ‘önceden sezme’ye geçiş: Günümüzde sağlık politikası kurucuları veya mimarlar için, bir ihtiyacı fark edip buna cevap vermek yeterli olmamaktadır. İnsan ihtiyaçları, doğası gereği dinamiktir ve modern teknoloji bu dinamizmi ivmelendirmektedir. Bu yüzden tasarlanan yapılarda, gelişen ihtiyaçlar önceden sezilmeli ve yeni tasarımlar gelecek ihtiyaçlara hazır hale getirilmelidir.

Daha küçük çapta fakat dikkate alınması gereken diğer paradigma değişimleri ise aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- Parçalara ayrılmış hizmetler sunmaktan bütüncül bir yaklaşıma geçiş;
- Hiyerarşik olmaktan (yönetimin çok yer kaplaması), işlevsel olmaya geçiş;
- Edilgen katılımdan etken katılıma geçiş;
- Kurumsal olmaktan kurumsal olmamaya geçiş;
- Yataklı hastadan ayakta hasta bakımına geçiş;
- Acil bakımdan temel bakıma geçiş.

Bu paradigma değişikliklerinde sözü edilen edilgen katılım, eskiden hastaların, hastalıklarının her aşamasında kendilerini doktorların ellerine bırakmalarıdır. Sağlık bakımındaki anlayış değiştikçe, hem hastanın beklentisi, hem de hastadan beklenen, tedavisinde aktif rol alması, daha bilinçli kararlar vermesi ve doktorlara tamamen uymak yerine onlarla işbirliği yapmasıdır. Hastane ve sağlık kurumları mimarisi, bu değişimi, tasarımın ‘konukseverlik’ bakış açısıyla ve tasarımlarına hastaları da dahil ederek yansıtacaklardır.

Tasarım söz konusu olduğunda, paradigmalardaki kurumsal olmaktan kurumsal olmamaya geçişin en belirgin olan değişiklik olduğu söylenebilir. Geleneksel hastane mimarisi, kurumun büyüklüğünü ve görkemini vurgulayarak hastayı göreceli önemsizliğiyle etkileme amacıyla olmuştur. Yeni, kurumsal olmayan paradigma, kişiyi tasarım aracılığıyla, zayıflatma değil, güçlendirme yollarını aramaktır. Mimarlar geleneksel kurumsal modellerden, hasta-dostu ve korkutucu olmayan hastane çevreleri yaratmak için, konukseverliğe ve tasarımın konut ölçeğinde modellerine doğru dönmektedirler.

Uzun süreli hasta bakan kurumların hastanelere entegre edilmesi ve hastalara daha kısa süreli bakımlar yapılması, bununla birlikte evde ve kendi kendine bakımın yaygınlaştırılması yönünde bir gidiş vardır.

Paradigmalar değiştikçe, geleneksel hastane binaları, sadece kendilerini kullananlara zarar vermeyecek, aynı zamanda, fiziksel ifadesi oldukları kurumlara da zarar vereceklerdir. Bu binalar, ortaya çıkan sağlık bakımı pazarında yarışa giremeyecekleri gibi, yeni tüketici, bunları seçmeyecektir.

Tasarımcılar, tıbbi mekanların ve yerleşimlerin eski steril imajının yerine, rahatlatıcı, dostça karşılayan, hasta, personel ve ziyaretçi deneyimlerini iyileştiren ve geliştiren mekanlar tasarlayarak değiştirme sürecine girmişlerdir. Yeni olan bu kurumlarda, hasta seçimlerine saygı, hasta mahremiyeti, personel etkileşimi ve doğal ortamlara oldukça önem verilmeye; hasta eğitim odaları ve toplumun kullanımına açık mekanlar gibi sağlıklı olmayı ve sosyal iletişimi geliştirecek mekanlar eklenmeye başlanmıştır. Birçok kurum, bugünün hızla değişen sağlık bakımı kavramına uygun olarak, esnek, adapte edilebilir mekanlar ve donatılara sahip olmalıdır.

Dünyada değişen sağlık politikalarının, sağlık binalarının kalitesini önemli ölçüde etkileyeceği görülmektedir. Örneğin, İngiltere Hükümeti, hastaların ihtiyaçlarının önemi

konusunda yeni bir anlayışla sağlık politikasındaki anlayışını değiştirmektedir. Sağlık bakımıyla ilgili gereksinimler hastalar açısından değerlendirilmekte ve sağlık bakımına sosyal bakış açısının daha fazla dahil edilmesi konusunda bir kabul oluşmaya başlamaktadır.

1996'da İngiltere Sağlık Bakanı Tom Sackville şöyle demiştir: 'bunu doğru yapabilmek için çok büyük bir sorumluluğumuz var... hastaların ruhlarını ferahlatan mimari ve tasarımı yapılmakta olan binalar, NHS'i (National Health Service) kullanan ve orada çalışanların çok aşına olduğu iç karartıcı ve rahatsız binalardan daha maliyetli olmak zorunda değildir.' (Purves, 2002).

Geleceğin doktorlarında aranan özellik, onların daha az klinik, katı mimarisi olmayan, ulaşılabilir bir binada, toplumla bütünleşmiş olmalarıdır. Gelecek nesil doktorlar, çalışmaları için geleneksel klinik ve teknik temeli olduğu kadar, konusu insan olan bilimleri de kapsayan, daha geniş kapsamlı eğitime tabi tutulacaklardır. Tıp okulları ise, bu değişikliklere sosyal bilimler derslerine başlayarak cevap vermektedirler. Son yıllarda üniversitelerde, sağlık çevresinin tamamında bütüncül bir yaklaşımın teşvik edilmesi için, edebiyat, sanat ve mimarlığı içeren insani bilimler programları oluşturulmaya başlanmıştır.

Geleceğin hastane binaları, hastanın kendi kendine yardımı ve hastalıklardan korunması yönünde eğilim gösteren başka işlevler de içereceklerdir. Geleceğin esnek bir hastane binası, eczane, meyve-sebze tezgahı, jimnastik salonu, kafe, toplum için buluşma noktası olabilecek mekanlar, sosyal hizmetler bürosu, danışma merkezi, kuaför, dişçi ve optik merkez gibi hizmet ve mekanları da içerebilmelidir.

Geleceğin hastane binasında;

- Yeni ekipmanlar için daha fazla yere ihtiyaç olacak,
- Bazı mekanlar çok-amaçlı olacak,
- Geleneksel doktor muayene odaları, yeni teknolojinin gelişiyle değişecek,
- Mekan standartları, bilgisayar sistemleri ve diğer olası özel teşhis donanımını alacak şekilde yeniden değerlendirmeye ihtiyaç duyacaktır.

4.1.1 Yeni Tıp Kuramları ve Teknolojik Gelişmelerin Tasarıma Olası Etkileri

Mimar tarafından, sağlık kurumlarının tasarlanması için gerekli olan teknik bilgi, tıbbi bilgi ve teknolojinin sürekli ve artan bir ivmeyle değişip gelişmesi nedeniyle, tasarlama süreci devam ederken sürekli yenilenmektedir. Hasta sayısında, hastalık türü ve tiplerinde yaşanan değişimler ile yeni teşhis veya tedavi teknolojilerinin bulunması, doğrudan yapay çevreyi etkilemektedir.

Biyolojide oldukça yeni sayılabilecek, insan genleri ve hücreleriyle moleküler düzeyde çalışmalar yapmaya yönelik teknoloji artan bir hızla gelişmektedir. Araştırmacılar, 1998 yılında bazı insan hücrelerini laboratuarda elde etmeyi başarmışlardır. Buradan hareketle, kök hücreler, zarar görmüş organları tedavi etmekte veya tamamen değiştirmekte kullanılabilecektir. Genetik mühendislik, geleneksel tedavi yöntemleri gerektirecek durumların oluşmasını engelleyebileceğinden, en geçerli alternatif tedavilerden biri haline gelecektir.

Genetik çalışmalarla, hastalıkların ortaya çıkmasından sonra iyileştirilmesi yerine, bu hastalıklara sebep olan genler bulunup, hastalık henüz başlamamış iken önüne geçilmesi yolunda güçlü bir eğilim ve bu konuda son yıllarda artan başarılı çalışmalar bulunmaktadır.

Bağışıklık sistemini güçlendirmeye yönelik çalışmalar ve yeni görüşler de son yıllarda oldukça hız kazanmıştır. Hastanelerde hastaları enfeksiyondan korumaya yönelik antibiyotik tedavileri, bu antibiyotiklere karşı bakteri direncini arttırdığı görüşünün güçlenmesiyle mümkün olan en az seviyeye indirilmeye başlanmıştır. Bu yeni uygulama, hastane mekanlarının sterilizasyonunun en üst seviyede yapılmasını ve hastanede enfeksiyona bağlı hastalıkların en alt seviyelerde görülür hale gelmesini zorunlu kılmıştır. Araştırmacılar ayrıca, bağışıklık sistemi üzerinde yeni bilimsel çalışmalara da hız vermişlerdir. Yeni geliştirilen özel aşılar, hastalığın belirlenmesi ve önlenmesinin öneminin altını çizmektedir.

Gelişen diğer bir teknoloji türü de nanoteknoloji denilen, atomik-moleküler boyutta maddenin mühendisliğinin yapılarak yepyeni özelliklerinin açığa çıkarılmasıdır. Günümüz dünyası tüm sistem ve ürünlerde daha işlevsel, boyutları küçük, daha az enerji ile daha fazla iş çıkaran teknolojilere doğru hızla kaymaktadır. Nanoteknoloji, ilgi alanı mikroskopik yapılar ile moleküler yapılar arasında bulunan ve elektronikten, biyolojiye,

kimyaya tüm temel bilim dallarını kapsayarak disiplinler arası kimlik kazanan, geleceğin teknolojisi, çağımızın ‘çok fonksiyonlu-küçük’ ihtiyacına cevap vermeye çalışmaktadır. Mikro teknolojinin, 70’li yılların başında insanlığa getirdiği değişim ve devrimi, önümüzdeki bilgi çağında nanoteknoloji getirecektir. Nanoseviyelerde görüntüleme, nanosaniyelerde başlayıp biten çeşitli işlemlerin yakalanabilmesi ve izlenmesi, nano-ölçeklerde kimyasal analiz gibi analitik inceleme tekniklerindeki ilerlemeler, beraberinde nanoteknoloji bilimini uygulamalara ulaştırmış ve sensörlerde, hafıza elemanlarında ve tıpta etkili yeni cihazların ortaya çıkmasını sağlamıştır [16].

Şimdikinin yüzlerce katı küçük boyutlardaki elektronik çipler, ileride sadece bilgisayarlarda değil, insan vücudunda da, yanlış giden durumları tespit etmek ve bunları düzeltmek amacıyla kullanılacaklardır. Minyatür laboratuvarlar için şimdiden çalışılmaya ve gelecekteki boyutlarına hazırlanılmaya başlanmıştır. Nanoteknoloji, gerek tıpta etkili olacak yeni cihazların çıkması, gerek destek hizmetlerdeki bilgi depolanması gibi bölümlerin küçülmesi hatta yok olması, gerekse bu teknolojinin insan sağlığını korumada, dolayısıyla tedaviye olan ihtiyacı azaltmada olacak rolü sayesinde, sağlık kurumlarının geleceğini değiştirecek bir teknoloji haline geleceği açıktır.

Farmakoloji dalında da, yeni ve güçlü ilaçların geliştirilmesi, böylece, özellikle girişimsel (invaziv) cerrahi uygulamaların yerini ilaçlarla tedavinin alması, günümüzde yaşanmaya başlayan bir ilerlemedir. Farmakolojideki ilerlemeler, hastanede kalış süresini oldukça kısaltmakta, cerrahi bölümler ve destek hizmetlere olan ihtiyacı azaltmakta ve hastaların evlerinden takip edilmelerine olan ihtiyacı arttırmaları sonucu da ilaç tedavilerinin elektronik haberleşme ve internet aracılığıyla takibini gerektirmektedir.

Diğer bir önemli gelişme ise, önceden önlenememiş veya kaza ve yaralanma sonucu ortaya çıkmış hastalık ve bozuklukların, büyük çapta cerrahi girişimlerle tedavi edilmesinin yerini, daha girişimsel-olmayan (non-invaziv) tedavilerin almaya başlaması yönündeki hızlı gelişimdir.

Genelde, cerrahi uygulamalardan mümkün olduğunca son çare olarak yararlanılması eğilimi tıbbi uygulamalara hakim olmaya başlamıştır. Lazer teknolojisi, beyin cerrahisi, damar cerrahisi, oftalmoloji, laparoskopik uygulamalar, diş cerrahisi, ortopedik cerrahi ve anjioplastide yaygın olarak kullanılmaktadır. Fototerapi, sadece etkilenmesi gereken alanın boyanmasıyla hedefi tam tutturarak, etraftaki dokuların zarar görmeden sorunun

giderilmesini sağlamaktadır. Endoskopik cerrahi, geleneksel cerrahi uygulamalara göre çok daha düşük oranda girişimsel olması sebebiyle gelişmeye ve yaygın olarak kullanılmaya devam edecektir.

Ayrıca, elektromanyetik alanların uygun dozlarının tedavi edici etkileri de fark edilmeye başlanmış ve zarar görmüş kemiklerin iyileşmesinde, düzensiz kalp atışlarının normale döndürülmesinde, deri, tendon ve sinirlerin iyileşmesinin hızlandırılmasında, bakteri çoğalmasının geciktirilmesinde kullanılabilecekleri tespit edilmiştir. (Miller ve Swensson, 2002)

1990'ların ortalarından itibaren, robot teknolojisi cerrahi uygulamalarda kullanılmaya başlanmıştır. O yıllarda, IBM ve Integrated Surgical Systems of Sacramento, California, Robodoc adında, oldukça yaygın bir tür cerrahi uygulamada kullanılmak üzere bir alet geliştirmişlerdir. Makinenin yanılma payı santimetrenin binde biri olmuştur. Robodoc, bir CT tarayıcısına bağlı olarak çalışmakta ve en iyi ortopedik cerrahı 20 kat daha keskinlikle ihtiyaç olan işi başarmaktaydı. (Miller ve Swensson, 2002)

21. yüzyılın başlarında diğer robotlar ortaya çıkmış ve 2000'de piyasaya dünya çapında, 'da Vinci' adı verilen robotları sürmüştür. FDA (Food and Drug Administration), bu robotların laparoskopik cerrahi ve göğüs cerrahisinde kullanımını onaylamıştır. Aynı yıllarda ZEUS adlı başka bir robot da geliştirilmiş ve piyasaya çıkarılmıştır. Bu robotlar, ürolojik cerrahiden kalp bypass'ı uygulamalarına kadar geniş bir yelpazede kullanılabilmekle birlikte, şimdilik en yaygın kullanım alanı kalp cerrahisidir.

Birçok cerrahi uygulamada, cerrahın kendisinin bile ameliyathanede olmasına gerek duyulmamaktadır. Ameliyathanede, deneyimli bir hemşire ve teknisyen bulunmakta, yandaki 3-boyutlu bir cerrahi kumanda odasından operasyonu yürütmektedir. Böylece cerrahi uygulamadaki hata payı mümkün olan en az seviyeye indirilmekte ve steril olan ameliyathanedeki kişi sayısı da azaltılmış olmaktadır. Bu cerrahi uygulamaların çoğu eskiye oranla çok daha küçük kesiler gerektirmektedir. Cerrahların ameliyatlarda robotları kullanmaları sayesinde, hem kesinin boyutları oldukça küçültülmüş, hem de iyileşme süresi oldukça kısaltılmış olmaktadır. Sonuç olarak bu yeni tıbbi teknoloji, iyileşme sürelerinin kısılmasını, sonuçlarda başarının artmasını ve enfeksiyon oranlarının da düşürülmesini sağlayacaktır.

Tıp alanındaki teknolojik gelişmelerin en çarpıcılarından bir tanesi ise, daha küçük, ucuz elektronik aletlerin ve kablosuz teknolojinin ve internetin yayılması sonucu, teşhis

aletlerinin sadece bir merkezden kullanılabilmesinin geride kalmasına imkan vermesi olmuştur. Gelecekte doktorlar, aletleri görebilmek ve kontrol edebilmek için mutlaka aletin bulunduğu yerde olma zorunluluğundan kurtulmuş olacaklardır.

İnternet artık dünya çapında vazgeçilemez ve çok yaygın bir iletişim aracıdır. Aynı zamanda telekomünikasyon da oldukça gelişmiş durumdadır. Fiber optik kablolar ve kablosuz teknolojilerin gelişile, elektronik iletişim, çok büyük miktarlarda bilgiyi taşıyabilir ve ağır trafiği kaldırabilir hale gelmiştir. Bütün bu gelişmeler, sağlık kurumlarındaki mekanlarda değişimlere sebep olmaktadır. Tıbbi kayıtlar, muhasebe odaları, hasta çizelgeleri daha az yer kaplamakta, işlemler daha hızlı yürütölmekte ve bütün bunlar hem daha doğru yapılabilmekte, hem de daha az vakit ve çaba gerektirmektedirler. Hastalar, yataklarındayken hastaneye kayıtları yapılabilmekte, doktorlar, uzaktan iletişim kurabilmekte, teşhis koyabilmekte hatta cerrahi girişimleri yönetebilmektedirler. Sağlık bakımı sağlayanlar ve hastalar, artık, bir hastane binasında bir araya gelmek zorunda olmaksızın hergün iletişim kurabilmektedirler. Bireyler, her türlü tıbbi bilgiye erişmek için interneti kullanmaktadırlar.

Miller ve Swensson'a (2002) göre, gelecekte tıp teknolojisi öyle bir hale gelecektir ki, insan vücuduna yerleştirilen mikroçipler sayesinde hastanın durumu her an hastane tarafından uzaktan kontrol edilebilecek ve müdahale edilebilecektir. Bu yüksek teknolojideki aletler sayesinde kişi, kendi sağlığıyla ilgili bilgilere evinden ulaşabilecek ve tedavisinin evinde yapılması olanaklı olacaktır.

Yakın zamanda yayınlanan tıbbi çalışmalardaki bütün bu kuvvetli eğilimler, önümüzdeki yıllarda tıbbın ve dolayısıyla da sağlık kurumlarının geleceğini belirlemede önemli rol oynayacaktır. Uzun vadede, bu gelişmelerin sağlık kurumlarına etkilerini düşüncek olursak, cerrahi uygulamalar ve travmatik olmayan akut bakım gibi, geleneksel hastanelerin bugün sundukları hizmet tiplerine olan ihtiyacın büyük oranda azalacağını öngörmek mümkündür. Aynı zamanda, bu gibi hizmet mekanlarının yerini de, genetik görüntöleme, aşı hizmetleri ve genel koruyucu sağlık hizmetleri alacaktır.

Bütün bu gelişmelerin en önemlilerinden biri olan genetik mühendislik ve bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi sonucu, uzayan yaşam süresinin sağlık kurumlarının planlanmasında yaratacağı büyük değişikliklerdir. Girişimsel-olmayan cerrahinin önemi artarken, test ve gözlem alanları ve iyi olma (wellness) merkezleri için ek mekanlara ihtiyaç da baş gösterecektir. Önümüzdeki yüzyıllarda, bilgisayarlı teşhis sistemleri ve

robotlarla müdahaleler gibi, teknolojinin ağırlıklı olarak rol oynadığı yöntemlerin gittikçe artacağı öngörülebilir. Bu da teknolojik aletlerin geleceğin hastanelerinde çok daha büyük yer kaplayacağı anlamına gelmektedir.

4.1.2 Hastane Binaları ve Çevrelerinin Hasta Sağlığına Etkileri

‘Güzelliğin iyileştirici bir gücü vardır.’

Claude Monet

‘Sağlık vücudun ve zihnin çalışmasını yöneten çeşitli faktörlerin dengede oluşuna bağlıdır; bu dengeye ancak insan kendi dış çevresiyle uyum içinde yaşarsa ulaşılır.’

Hipokrat

‘Bütün sanatların arasında, Mimarlık, en yavaş etkileyenidir, ama en kesin olarak, etkisi ruh sağlığı üzerindedir.’

Ernst Dimnet

Erken dönemlerde tıpla uğraşanlar huzurlu, rahatlatan mekanların ve ruhsal doyumu sağlayan ortamların iyileştirici etkisini de kavramış, inanca ve ruhsal duruma yönelik iyileştirme yöntemlerini benimsemişlerdir. İnsanlık, fiziksel ve ruhsal sağlığın birlikte yürümesi gerektiği gerçeğini bugün yeniden keşfetmektedir. Yirmi birinci yüzyılın başlangıcında, teknik mükemmellik için verilen uğraşın, ruhsal sağlığı içeren felsefi kavramlarla da uyum içinde olması gerektiği kabul edilmeye başlanmıştır.

Her birey içinde olduğu ortamla etkileşim içine girmekte ve hareket, düşünce veya amaçlarının, dış çevre tarafından nasıl etkilendiğini kendi deneyimleriyle bilmektedir. Kişinin etrafındaki çevre, ruh halini belirleyebilir, engeller yaratabilir, dikkat dağıtıcı olabilir, kişiyi rahatsız edebilir, mutluluk veya zarar verebilir. Bu, bireyin özellikle duygusal stres veya hassasiyet içinde olduğunda binaları kullandığı zaman böyledir. Hastaneler ve dini binalar kişinin çevresindeki ortamla olan etkileşiminin özellikle çok önemli olduğu iki örnektir.

Florence Nightingale, 1859’da ‘Hemşirelik üzerine notlar- nedir ve ne değildir’ de şöyle yazmıştır: ‘İnsanlar etkinin sadece zihinde olduğunu söylüyorlar. Etki aynı zamanda vücuttadır. Biçim, renk ve ışıktan etkilenmemizin yolunu çok az bilmemize rağmen şunu biliyoruz ki üzerimizde gerçek bir fiziksel etkileri vardır. Hastalara sunulan objelerdeki biçim çeşitliliği ve renk parlaklığı iyileşmenin gerçek yöntemleridir’.

Cohen-Mansfield ve Werner (1999), hastanelerin dış mekan özellikleri ve tasarımlarının hasta üzerinde belirgin olumlu etkileri olduğunu belirtmektedirler. Doğal manzara ve seslerin hastane içi mekanlarda ve hastane çevresinde kullanımının, tıbbi müdahaleler sırasında ağrı kontrolünde ve ağrı eşiğinin yükseltilmesinde etkin bir yöntem olduğu, endişeyi azalttığı, cerrahi müdahale sırasında rahatlama sağladığı, kan basıncı ve kalp atış hızını olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir (Diette vd., 2003), (Tse vd., 2002a), (Tse vd., 2002b), (Katcher vd., 1984). Doğayla temasın (bitkiler, peyzaj düzenlemeleri ve hayvanlar gibi), stres, kolesterol, ağrı ve hastanede kalış süresini azalttığı ve kan basıncını düşürdüğüne dair araştırmalar da yürütülmüştür (Frumkin, 2001, Ulrich, 1999).

Schneider vd. (2003, 2004), mekanda sanat müzesi ve su altı dünyasına ait sanal gerçeklik ortamı bulundurulduğunda, hastalarda gerginliğin azaldığını tesbit eden çalışmalar yapmışlardır. Ulrich ve Gilpin (2003), görsel sanatların psikolojik olarak uygun olanların kullanımının, stres ve ağrıyı azalttığını, beğenilmeyen sanatın ise stres ve sağlık için olumsuzluklar yarattığını bulmuşlardır. Starks'ın (2003) yürüttüğü bir çalışmada ise, doğayla teması sağlanan hastaların, katıldıkları eğitimlerde daha başarılı oldukları görülmüştür.

Glasgow Homoeopathic Hastanesi tarafından yayınlanan bir dokümanda, “İnsanların kendi kendine iyileşmesini hedefliyoruz- eğer mümkünse hastalıklardan, fakat her zaman çektikleri acıdan. Bu iyileşmenin gerçekleşmesine yardımcı olacak bir mekan, bir yer, bir atmosfer, bir yaklaşım ve bir deneyim yaratmayı umuyoruz. Biz, hastalık ve iyileşme sürecinde hastaların iç ve dış dünyalarının önemli etkilerinin olduğunun farkında olarak her bir hastaya, özgün ve bireysel davranmaya çabalarız’ denmektedir (Reilly, 1995).

Hastane binalarına, sağlıklı mimari örnekleri olarak bakmak doğal bir yaklaşımdır. Tanımları gereği, hastane binaları, kullanıcıların sağlıklarının iyi olmasını sağlamayı amaçlayan yapılar olmalıdırlar. Bununla birlikte hastaneler, genelde çok hasta olunmadığı sürece sakınılması gereken yerler, sağlıksız olarak kabul edilen ortamlar olmuşlardır. Birçok hastane, sadece sağlıksız değil, çoğunlukla konuksever olmaktan da uzaktırlar. Genelde, hastanın, binaya ilk girdiğindeki izlenimi, büyük binalara ait önyargıya bağlı olarak ürkütücü ya da alışık olmadık bir izlenimdir. Uygun park yeri ve izlenecek yolun bulunması çoğu kez zorluklarla doludur. Bilgilendirme işaretlerinin bir kısmının eksikliği, çoğunlukla hastanın yol bulmasını güçleştirir ve yaşadığı stresi

arttırır. Sağlık kurumunda yön bulma ile ilgili özelliklerin ve işaretleme sistemlerinin, hastaların ortalama bekleme sürelerini, yollarını ararken ve işaretleri incelerken geçirdikleri zamanı, personelle iletişim sıklığını, kaygı, stres ve gerginlik düzeyini ve hastane içindeki kalabalıklığı etkiledikleri tespit edilmiştir (Brown, vd.1997, Carpman vd. 1983, Carpman vd. 1985).

Endişeli ve üzüntülü ailelerin eşlik ettiği hastalar, sert ışıklar, çıplak koridorlar, rahatsız edici ekipman sesleri, keskin, hoş olmayan kokular, sert yüzeyler ve metal ruhsuzluğuyla karşılanırlar. Hastaların mahremiyetlerine önem verilmemesi, mekanların özel ve hassas konuşma veya üzüntüler için uygun şekilde tasarlanmamış olması da ciddi bir problemdir. Tıbbi teknolojinin hızıyla, birçok hastane, çok hızlı değişen ekipman ve daha fazla idari personele yer vermek için, çok büyük makineler haline gelmişlerdir.

1960 ve 70'lerdeki 'yüksek teknoloji', hastane tasarımlarında çoğunlukla hastalara korkutucu gelen tıbbi mekanların oluşmasıyla sonuçlanmıştır. Bu mekanlar, çoğunlukla hastanın en hassas olduğu zamanlarda, bilinmeze duyulan korkuyu temsil etmişlerdir. Bu durum hastanelerin klinik verimlilik esasına göre tasarlandığı zamanda da aynı olmuştur. Hastanın güvenini artırma çabası yerine teknik yeteneğin öne çıkması, çevresinden rahatlıkla etkilenecek durumda olan hastada endişeye yol açmıştır.

Stokholm'deki İkinci Uluslararası Sağlık Konferansı'nda (2000) konuşan Roger Ulrich'e göre, tasarımın tıbbi sonuçları nasıl etkilediğini anlamak için üç anahtar başlangıç noktası bulunmaktadır. Ulrich'e göre, göz önüne alınacak bu üç nokta şunlardır:

1. Psikolojik: endişe, depresyon veya kızgınlık,
2. Fizyolojik: yüksek kan basıncı, zayıflayan bağışıklık sistemi,
3. Davranışsal: uykusuzluk, düşmanca davranış.

Hastane korkusu, fiziksel ve tıbbi travmalardan çok, çevresel imgelerden ortaya çıkmaktadır. Dr. Phil Leather bu noktaların bir kısmını araştırmıştır: Birçok geleneksel hastane tasarımı, çoğu birey için garip ve yabancı bir imaj yaratmaktadır. Örneğin Carver (1990), modern bir hastaneye girmeyi, ortamın yabancı ve göz korkutucu olduğu 'bir uzay gemisine girmek'le karşılaştırmakta, Veith ve Arkklein (1995), 'hastane' kelimesinin anılmasının steril koridorlar, paslanmaz çelik aletler, yaşam-izleme

ekipman yığınları, beyaz üniformalarda ileri geri koşuşturan insanlar, asansörlerde sıralanmış tekerlekli sandalyeler, alkol ve dezenfektan kokusu düşüncelerini ortaya çıkarmaya yeterli olduğunu belirtmektedirler.

Hastaların yaşadığı olaylar, çoğu zaman oldukça stresli olmaktadır. Konu bir cerrahi girişim ise, durum daha da karmaşık bir hal alır. Hasta, ameliyat öncesi bölüme alındığında, cerrahi deneyim başlamaktadır. Bilinmeyenden dolayı, ameliyat ile bağlantılı büyük bir korku vardır. Bununla birlikte, koridor duvarı boyunca yerleştirilmiş alışılagelmiş olmayan tıbbi aletlerin varlıkları ve sesleri, tıbbi personelin sürekli koşturması, parlak ışıklar, diğer hastaların alışılmadık sesleri, etrafta yaşananlarla ilgili gizliliğin ortadan kalkmasına ve hastanın başına nelerin geleceği korkusunun hissedilmesine katkıda bulunmaktadır. Bu faktörlerin, psikolojik etkileri hastanın cerrahi deneyim adı altında aldığı negatif ve korkutucu mesajları arttırmaktadır.

Hastaneler, aslında hasta insanları bazı durumlarda daha da sağlıksız hale getirebilmektedir. Doktorların günümüzde sıklıkla belirttiği gibi, bir hastanın endişesi arttığında, bağışıklık sistemi baskı altına alınmakta ve vücut, hastalıklarla savaşabilme yeteneği açısından zayıflamaktadır. Literatürde, ağır hasta olanların, günde 24 saat, hala birçok yoğun bakım ünitesinde tipik olan, sert ve tek tip olan floresan ışığa, monitörlerin sürekli ses çıkarmasına, respiratörlerin sesine ve beyaz veya yeşil duvarların oryantasyonu bozan aynılığın maruz kaldığında meydana gelen “ICU (yoğun bakım ünitesi) sendromu” olarak bilinen bir durumdan bahsedilmektedir. Bu sendrom, uyku bozukluğu, halüsinasyonlar ve bazı durumlarda hafif bir psikozdan oluşmaktadır.

Stahler vd. (1984) ve Shepley (1995), hastanın ruhsal durumu, birbirleriyle olan etkileşim, iletişim ve davranışlarıyla, fiziksel çevrelerinin ve donatıların düzenlenmesinin bağlantılı olduğu yolunda çalışmalar yapmışlardır. Glod ve arkadaşları (1994), hasta odalarının rengi ve bitirme malzemelerinin, saldırganlık (sözel, fiziksel, kendine veya başkalarına yönelik) ve motor becerilerde karışıklık gibi sorunlarla bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır. Holahan'ın (1972), mekanlardaki oturma birimlerinin düzenlerinin, hasta davranışlarına, sosyal veya asosyal, agresif veya agresif olmayan biçimlerde yansıdığı, hastaların mekanda kalış süreleri ile bağlantılı olduğu ve hatta mekanda tüketilen kahve miktarını etkilediği yönünde bir çalışması bulunmaktadır. Yine Holahan, 1973'te yaptığı bir çalışmada ise, hasta koşullarının

fiziksel ortamının, sosyalleşme ve olumlu davranış biçimlerine yansıdığını tesbit etmiştir. Leather ve arkadaşları (2003), bekleme alanlarının fiziksel yapısının, psikolojik durum ve memnuniyet düzeyi ile ilintili olduğunu vurgulamaktadırlar.

Baker (1984, 1992, 1993), Berg (2001) ortamdaki ses ve gürültünün fizyolojik (kan basıncı, kalp atış hızı) ve psikolojik (uyku bozukluğu, yoğun bakım ünitelerindeki psikoz, ağrı) etkileri ile ilgili araştırmalar yürütmüşlerdir. Minckley, (1968), ses düzeyinin, narkotik ve sedatif ilaç kullanımını belirgin biçimde etkilediğini gözlemlemiştir. Yapılan bazı çalışmalar, ses düzeyindeki artışın, kalp atış hızı, stres ve gerginliğin artmasında etkili olduğunu tesbit etmişlerdir (Morrison vd., 2003, Topf ve Dillon, 1988, Topf ve Thompson 2001, Topf vd., 1996). Ayrıca ses düzeyi ve uyku bozuklukları ile ilgili de çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Parthasarathy ve Tobin, 2004, Southwell ve Wistow, 1995).

Beauchemin ve Hays (1996,1998), güneş alan ve almayan hasta odalarıyla, hastanede kalış süreleri ve ölüm oranları arasında belirgin bir ilişki olduğunu savunan çalışmalar yürütmüşlerdir. Benedetti ve arkadaşları (2001), doğuya bakan hasta odaları (direk alınan sabah güneşi) ve batıya bakan hasta odalarında kalan psikiyatri hastaların, hastanede kalış sürelerini incelemiş ve doğuya bakan odalarda kalış süresinin daha az olduğunu tesbit etmişlerdir. Blackburn ve Patteson (1991) ise, odadaki aydınlık düzeyi ile, kalp atış hızı, aktivite düzeyleri ve solunum sayısı arasında açık bir bağlantı bulmuşlardır. Eastman ve arkadaşları (1998), kış depresyonunun, büyük oranda sabah ve akşam ışığı alan odalarla iyileştirildiği bir çalışma yürütmüşlerdir. Benzer bir çalışma Lewy ve arkadaşları (1998) tarafından da yapılmıştır. Yoğun bakım ünitelerinde yürütülen bazı çalışmalar da, ünitelerde pencere bulunmamasının, hastalarda oryantasyon, uyku kalitesi, depresyon ve halüsinasyon görülmesi konularıyla bağlantılı olduğunu belirtmektedirler (Keep vd.,1980, Wilson, 1972).

Hastane ortamının yabancılığı ve garipliğinin, acı çekme ve ölümle ilgili olanlarla beraber, tehdit, incinebilirlik ve korkuyu da içeren, güçlü olumsuz duyguları ürettiği bulunmuştur (Brown, 1961). Ulrich (1991) bu tür duyguların, hasta ihtiyaçları pahasına, sağlık bakımının işlevsel olarak sağlanmasını vurgulayan tasarım prensibinden türediğini savunmaktadır. Sonuç, ‘psikolojik olarak sert’, ‘destekleyici olmayan’ ve ‘hasta sağlığına karşı çalışan’ hastane tasarımlarıdır. Soğuk mavi iç mekanların, ters etkisi olan parlak kırmızı ile karşılaştırıldığında, kan basıncını düşürmeye eğilimli olduğu bilinmektedir (Mazuch, 2000).

Ruhsal duruma yönelik iyileştirme yöntemlerinin mimariyi ilgilendiren bölümü, tasarımın endişeyi ve umutsuzluğu yatıştırabileceği, korkuları azaltabileceğidir. Psikolojik olarak destekleyici tasarımlar, hastanın hastalığa eşlik ettiği bilinen stresle başa çıkmasına yardımcı olmak yoluyla, iyileşme sürecini geliştiren ilaçlar ve diğer tıbbi teknolojiye yardımcı olmaktadır. Bu durumda hastane tasarımı için önemli bir amaç, olumlu bir imaj ileten hastane binaları yaratmaktır. Hastaların hoş ve rahatlatıcı bulunduğu hastane mekanları tasarlamak yoluyla stresi azaltmak ve iyileşme duygusu vermek, bu amaca hizmet etmektir. Her birey, bu tür bir mekanın içinde olmanın verdiği olumlu ruhsal duyguları yaşamıştır, fakat bunu terimlerle açıklamakta zorlanmaktadır.

Son zamanlarda çok kullanılan bir terim olan ‘hasta merkezli’ hastaneler ve tasarım, hastaların doğrudan kişisel deneyimlerini anlamının öneminin fark edildiğine işaret etmektedir. Hastane binaları ve çevrelerinin hasta sağlığına etkileri ile ilgili gözlem ve deneyimler, günümüzde sağlık çevrelerinde giderek artmaktadır. Hasta iyileşmesinde çevrenin yararlı etkileri ile ilgili literatürde sıkça, Profesör Dr. Roger Ulrich’ten alıntılar yapılmaktadır. Ulrich, 1984’te safra taşı alınan iki düzine hastanın vaka notlarını incelemiştir. Hastaların yarısının pencerelerinden açık doğa manzarası görünürken, diğer yarısı tuğla bir duvara bakmışlardır. Doğa manzarası olanlar daha iyi klinik iyileşme oranlarıyla, daha çabuk sağlıklarına kavuşmuşlardır.

“The Center for Health Design” kurumunun web sitesinde [22], yer alan bir çalışmada, lösemi hastası bir çocuğun, yeni bir hastane binasına taşınmasının ardından sağlığında çok ciddi gelişmeler gözlemlendiği anlatılmaktadır. Hastanın yeni odası, dışarıdakilerle etkileşime girmesi için uygun olduğundan, morali hızla düzelmeye başlamış ve sessiz, depresif bu çocuk yerine, gülümseyen, iletişime geçen, canlı bir çocuk haline gelmiştir. Çocuğu izole halde ve hastanede aylarca tutan, lösemiden kaynaklanan bazı enfeksiyonların yeni binada büyük bir hızla düzeldiği saptanmıştır. Başka bir örnekte ise, geceleri uyumakta zorlanan hastaları, kurumun, 24 saat yaptıkları kapalı devre bir yayınla rahatlattıkları ve hastanenin karanlık ortamı yerine, yıldızlı mavi bir gece görüntüsü, doğa görüntüleri ve enstrümantal müzik yayınının, hastaların tıbbi bulguları ve uyku problemlerinde kayda değer bir düzelme sağladığı belirtilmektedir. Bu gözlemler arasında, hastanenin bahçesindeki ağaca dokunmasıyla, hastane ortamı ve ameliyatın kendisinde yarattığı dehşet ve paniğin üstesinden gelen hastalarla ilgili bilgiler de bulunmaktadır. Deneyimlerine başvuru alan bir hastanın ailesi, oğullarının uzun süre kaldığı bir hastane binasıyla ilgili, bu olaydan önce, mimarinin ruhları

besleyeceğini fark etmediklerini, hasta odasındaki ahşap zemin ve büyük pencereler, genel kullanıma açık alanlardaki, renk tasarımı ve fotoğrafların iyileşme sürecine yardım ettiğini, bahçedeki fiskiye'nin hastanın hergün yürümesini sağladığını anlatmaktadırlar. Aynı hasta yakınları, hastanede bulunan çatı bahçesinin insani ölçeği ve canlılığının, hastaların mekanı her gün ziyaret etmesini sağladığını ve bu sayede hastaların güneş ışığından da yeterince faydalanabildiğini, hastane kokularından, güneş ve çiçek kokularıyla uzaklaşmanın hem hasta yakınlarına, hem de hastaya çok iyi geldiğini de belirtmektedirler.

‘Daha İyi Sağlık Bakımı Oluşturma Ödülleri (Building Better Health Care Awards)’ yarışmasında NHS 2001 tasarım şampiyonu olan Lord Hunt; ‘Bir binanın nasıl görüldüğü ve ne hissettirdiğinin hasta, ziyaretçi ve personel üzerinde büyük bir etkisinin olduğunu farkındayız. İyi-tasarlanmış binalar, hoş karşılayıcı, güvenli ve etkilidir. İyi tasarım ruhu canlandırır, hastaların iyileşmesine yardımcı olur, ve personelin ellerinden gelenin en iyisini yapması için ilham verir’ demektedir (Purves, 2002).

Literatürde rastlanan bütün bu araştırmalar, tekil araştırmalar şeklinde olup, bu araştırmaların uygulamaya yansımaları mimarların meslek içi eğitimlerindeki eksiklikler sebebiyle, henüz gerektiği kadar etkin şekilde görülmemektedir.

Geleceğin binalarının iyileştirici bir çevre sağlamak üzere tasarlanması gerekmektedir. Amaç, esneklik, uzun kullanım ve görsel olarak tatmin edici çevreler oluşturmak üzere kaliteli tasarımın kullanılması aracılığıyla tedavi edici özellikler elde etmektir. Gelecek nesil sağlık binaları, tasarım felsefesinin büyük bölümünü oluşturan tasarım kalitesi kavramı üzerine kurulmuş, esnek, uzun ömürlü binalar olacaklardır.

4.2 İyileştiren hastaneler

Yakın gelecekte, ‘sağlıklı olma’ kavramının yayılması, hastanelerin, herkes tarafından hergün başvurulacak kurumlar olmalarını gerektirecektir. Hastane binalarının hasta ve hastalık üzerindeki etkilerinin gücü de göz önüne alındığında, bu binaların, iyileşme sürecini hızlandırıp, hastaları hem fiziksel, hem de ruhsal yönden destekleyecek ortamlar haline gelmelerinin önemi büyüktür. Hastaneler, gün geçtikçe, fiziksel özellikleriyle de hasta iyileşmesine katkıda bulunabilecek hale geleceklerdir. Hastaneler aynı zamanda hergün kullanılan sağlıklı yaşama merkezleri olacaklardır. Sağlıklı yaşama merkezleri, ‘iyi yaşama danışmanlığı’ için bir kaynak olacaktır. Toplumda,

diyet, fitness, sağlık kontrolleri, sosyal hizmetler ve yaşadığımız yerde ‘iyi olma hissi’ni güçlendirip arttıracak bir dizi etkinlik ile ilgili yardımın alınabileceği hasta-merkezli bir kurum, geleceğin ‘iyileştiren hastane’ profilini oluşturacaktır.

Purves (2002), gelecekte iyileştiren hastaneler tasarlayabilmek için anahtar bir rehber olarak aşağıdaki dört maddeyi sıralamaktadır:

1. Doktorlar ve mimarlar gelecek kuşak sağlık binaları için beraber çalışmalı ve ortak tasarım kararları geliştirmelidirler. Bu kararlar hasta yararları için oluşturulmalıdır.
2. Binalar, hizmet verdikleri toplumda sosyal etkileşim sağlamak üzere tasarlanmalıdır. Sosyal olarak dahil edici, esnek, umursayan ve ulaşılabilir olmalıdırlar.
3. İyi-tasarlanmış sağlık bakımı binaları gelecek nesil sağlık binalarının hareket noktası olacak ve daha büyük ve özelleşmiş kurumların işleyiş ve biçimini etkileyeceklerdir.
4. Sağlık bakımı binaları, dünya çapındaki sağlık politikaları arasında daha büyük uyum sağlamak için katalizör haline geleceklerdir. Sürdürülebilir yapıım yöntemleri gelişecek ve aynı zamanda bütüncül tıbbi protokollerin gelişmesi için bir mekan sağlayacaklardır.

İyileştiren hastane tasarımında, çevresel faktörler gözönünde bulundurulmalıdır; doğa manzarası bulunmalı, mekan, evi andırır biçimde olmalı ve rahatlatmalıdır. Dış mekanla bağlantılarda; kentsel bağlam, giriş/yaklaşım, ulaşım bağlantıları iyi düşünölmüş ve çözülmüş olmalıdır. Sağlık yapılarının elde etmek için uğraşması gereken ‘hoşa gitme’ faktörü ile ilgili düşünmek ve tasarlamak için çaba göstermek, başarılı bir tasarım süreci için başlangıç noktasıdır.

İyileştiren hastane tasarımlarında, tasarım sürecinde, işlevsellik ve maliyet hesapları mutlaka gerekli olmasına rağmen, algı, duyu ve duygulara hitap eden faktörler de unutulmamalıdır. İhtiyaçların karşılanması için belirlenen konulardan daha net ve kolay tanımlanabilenler; verimlilik, işlevsellik, ekonomi ve sürdürülebilirlik gibi konulardır. Tanımlanması daha zor olan konular ise hastane yapısının karşılaması gereken; sosyal, manevi, estetik, hayatın kalitesini arttırmaya yönelik, iyileştirici, rahatlatıcı, ölçü ve armoniye sahip, uyaran, tutarlı gibi kavramlar ve çizgi, biçim, ışık, malzemeler, renk ve dokuyla ilgili isteklerdir.

İngiltere’de, NHS (1999), hastanelerin iyileştirici faydalarına ulaşılabilmesi için hazırladığı bir tabloda, şu maddeleri belirlemiştir:

- Ekonomi ve sürdürülebilirlik: Ekonomik bina, Enerji kullanımı, Düşük maliyetli bakım
- Verimlilik: Lojistik, İş akışı, Dayanıklılık
- İşlevsellik: Uygunluk, Rahatlık, Mahremiyet ve saygınlık
- İyi Mimarlık: Kentsel/sosyal, Yaşama değer katıcı, Estetik
- Konsept: Bağlam, Ölçek, Armoni
- İfade: Biçim ve mekan, Işık ve gölge, Renk ve doku

Sağlık bakımı felsefesindeki yeni anlayışlar hastane binalarını etkiledikçe ve tıbbi teknoloji gelişip değiştikçe, sürdürülebilirlik ve esneklik, gelecekteki sağlık bakımı hizmetlerinin her yönünü etkileyecektir. Tıp personeli, değişimlere, çalışma yöntemlerini değiştirerek cevap verecektir. Bu, sadece tıbbi uygulamaların yürütülmesinde esneklik demek değil, aynı zamanda binaların da daha esnek olmaya ihtiyaç duymaları demektir.

Sürdürülebilirlik, kısa bir tanımıyla, sosyal, ekonomik ve çevresel konuları içeren, varolan kaynakların farkında olmaktır. Purves (2002), sürdürülebilirliğin elemanlarını;

- Yeniden kullanım,
- Bakım ve
- Olanakların geçerli olması olarak belirlemektedir.

Esneklik ise;

- Dışarıya doğru genişleyebilme,
- İçeride adapte edebilme ve
- Çoklu kullanılabilirlik demektir.

Uygulamalardaki değişiklikler, çalışma alanlarının bölüntülerle daha kolayca değişebilmesini, kurumun sağladığı hizmetlerde ve işlevsel kullanımlardaki değişiklikler ise, bina kabuğunun ömrü boyunca birçok kere değişmesini gerektirecektir. Hastane binaları, artık hızla artan ve iyileşme sürecinde önemli bir rol oynayan elektronik teknolojiye yer vermeye adapte edilebilir olmalıdır. Binaların, politikalar ve teknolojiler geliştikçe, hem günlük kullanımlarında, hem de uzun vadede daha esnek ve

adapte edilebilir olmalarının gerekeceği öngörülmektedir. Bina kabuğunun kendisi de, bu değişimleri ömrü sırasında karşılayabilmelidir.

1995'te RIBA, sağlık sistemine ait stratejik çalışmasını yayınlamıştır. Bu çalışmada, gelecekteki sağlık bakımı için gereken binalarda büyük bir değişiklik olacağı kabul edilmiştir. Bu binaların, yaşamları süresince esneklik için tasarlanmış binalar olacakları, çalışma şemalarının değişmesinin gerekeceği ve sağlık bakımında vurgunun temel bakıma yöneleceğinden dolayı, günde 24 saat kullanılacakları belirtilmektedir. İngiliz Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service- NHS) planında da, 2000 yılından itibaren, çok-amaçlı esnek binaların vazgeçilmez olacakları anlatılmaktadır (Purves, 2002).

Daha uzun vadede, binaların kendileri, doktorun yerinden hasta bilgilerine birçok çeşit elektronik kaynaktan ulaşması ve tele-tıbbın potansiyelini kullanmasıyla, sanal bir sağlık bakımı için değişken kabuklar olarak bile kabul edilebilecektir. Gelecekte, sağlık bakımı, kişisel sağlık için daha özenli ve hasta-merkezli bir anlayışın yansıması olarak algılanacaktır. Binalar bunu, çevresel koşulları yansıtan temiz iç mekanlar ile daha rahat bir bina kabuğu sunarak yansıtma zorunluluğunda olacaklardır.

Hastane binalarında sürdürülebilirlik ve esneklik konuları, oldukça geniş ve ayrıntılı konular olmalarından dolayı bu çalışmanın kapsamı dışında bırakılmıştır.

İyileştiren hastane kavramının temelinde, hasta merkezli olması yatmaktadır. Sonraki bölümlerde ayrıntılı biçimde bahsedilen bu kavram, kısaca, hastanenin, tasarım ve kullanımında, kullanıcı katılımına imkan vermesi ve hastayı sağlık bakımının odak noktası haline getirmesi olarak açıklanabilir. Gelecekte tasarlanacak iyileştiren hastanelerin tasarım kalitesi arayışları sürdükçe, çevresel iyileştirici faydalar ve bu faydalara ulaşmanın yolları bulunacak ve bu felsefeden gelen tasarım ve uygulama detayları gelişecektir.

4.2.1 Hastane Binalarında Kalite Kavramı

Günümüzde hastane binalarında tasarım kalitesi konusu, sadece mekan standardı ve maliyet konularının öne çıktığı tasarım anlayışına üstün gelmeye başlamıştır. İngiltere’de, NHS (National Health Service-Ulusal Sağlık Örgütü)’in, programlarında, tasarım kalitesi ana temalardan biri olarak belirlenmiş ve şu şekilde tanımlanmaktadır: “Programımız, NHS binalarında tasarım kalitesi sunmaktır. İyi tasarım, hastalar,

personel ve ziyaretçiler için en iyi atmosferi yaratır, daha etkili hizmet ve daha hızlı iyileşme sağlar” (NHS, 2000).

Francis’e (2000) göre ise, tasarım kalitesinin 3 ana faktörü vardır:

- İşlev,
- Sürdürülebilirlik,
- Algı.

Voordt ve Wegen (2005), işlevsel tasarım kalitesini 9 yönden incelemenin mümkün olabildiğini belirtmektedirler:

- Park Alanları;
- Ulaşılabilirlik;
- Etkinlik;
- Esneklik;
- Güvenlik;
- Mekansal Oryantasyon;
- Mahremiyet, Sosyal İlişki;
- Sağlık ve psikolojik iyi-olma;
- Sürdürülebilirlik.

Bu listedeki ilk dört maddenin, temel olarak yapının kullanıcı değeriyle bağlantılı olduğu, 6. maddenin fiziksel olarak iyi-olma hali ve 7. maddenin ise çevresel kalite ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Güvenlik maddesi ise psikolojik ve fiziksel olmak üzere birçok yönü kapsamaktadır. Bu 9 madde, kendi içinde de bağlantılıdır. Örneğin, ulaşılabilirlik ve güvenlik, etkinliğin ön koşulları konumundadırlar. (Voordt ve Wegen, 2005).

Purves (2002), öznel kalite ile nesnel kaliteyi aşağıdaki gibi ayırmış, hastane binalarında tasarım kalitesini belirleyen öznel kalite değerleri olarak;

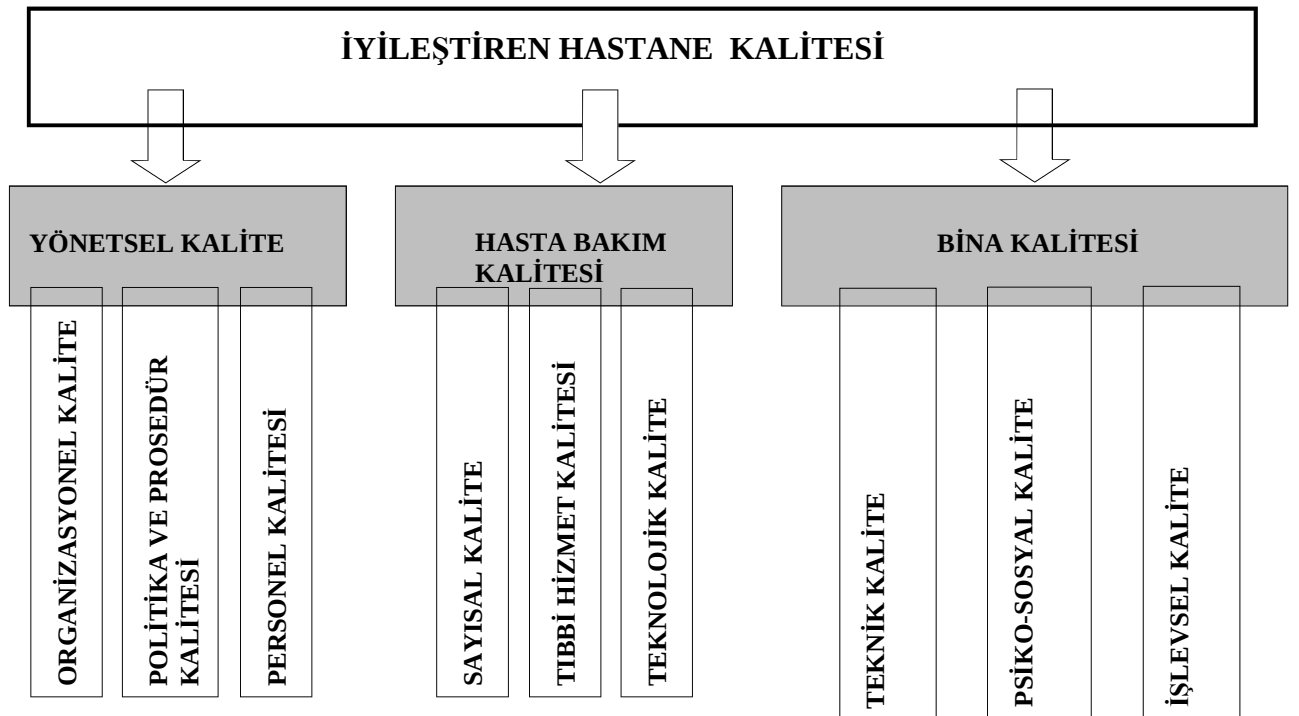
- Karakter,
- Atmosfer,
- Ambiyans,
- İmgeler,

Nesnel kalite değerleri olarak ise;

- Isısal Konfor,
- Aydınlatma,
- Akustik,
- Havalandırmayı vermiştir.

Hastane binalarının nesnel faktörlere göre tasarlanmasına olan eğilim yanında, yaşam kalitesi açısından istekler, umutlar ve hayaller gibi psikolojik kavramlar da önem kazanmaktadır. Yaşam kalitesi; birey veya toplumun istekleriyle elde edebilecekleri, hayallerle gerçekler arasındaki uzaklıkla ilgilidir. Yaşam kalitesi anlayışı; eski deneyimler, gelecekle ilgili umutlar ve toplumun kültürüyle bağlantılıdır.

Yaşam kalitesinin tanımını yapmak ne kadar zor olursa olsun, hastane binaları tasarlanırken varılmaya çalışılan nokta yaşam kalitesini yükseltmek olmalıdır. Amaç, insanların daha uzun yaşamasına ek olarak kendilerini daha iyi hissetmeleri ve yaşamlarından zevk almaları olmalıdır. Yaşam kalitesi, yaşamın bütün yönlerini kapsar, fiziksel sağlık ise, yaşam kalitesini etkileyen yönlerin sadece bir tanesidir. Hasta veya engelli insanların mutlu olabilecekleri gibi, fiziksel olarak iyi olan insanlar da mutsuz olabilirler. Bu sebeple yaşam kalitesi, genel bir 'iyi olma' duygusu vermek üzere birleşen birçok faktörden oluşmaktadır.



Şekil 4.1 İyileştiren hastane kalite bileşenleri

Şekil 4.1’de oluşturulmuş olan iyileştiren hastane kalitesine ait bileşenler, çalışmada oluşturulan kontrol listesinde ele alınacak bölümleri ana hatlarıyla ortaya koymaktadır. İyileştiren hastane bileşenlerinden, ‘yönetmel kalite, hasta bakım kalitesi ve bina kalitesi’ bu bölümde kısaca anlatılmakta ve kontrol listesinin oluşturulmasında temel alınan ‘bina kalitesi’, bölüm 7.1.3’de ayrıntılı biçimde incelenmektedir.

4.2.1.1 Yönetmel Kalite

Yaptıkları işlevler açısından hastane ve hastane yönetimi farklı konular olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık kurumunun bakım hizmeti verebilmesi için mutlaka bazı destek hizmetleriyle desteklenmesi gerekmektedir. Organizasyonel kalite, politika ve prosedür kalitesi ve personel kalitesi yönetmel kaliteyi oluşturmaktadır. Sayar (2006), Kalite geliştirme, personel yönetimi ve eğitimi, bilgi yönetimi, idari, finansal ve insan kaynakları gibi hizmetlerin verilme kalitesini yönetmel kaliteyi oluşturan faktörler arasında saymaktadır. Kurumun, ilke ve hedeflerinin ortaya doğru konmuş olması ve bu ilke ve hedefler doğrultusunda yapılacak çalışma ve girişimlerin iyi organize edilmesi gerekmektedir.

Yönetim;

- Personel politikaları oluşturur,
- Performans değerlendirmesi yapar,
- Personelin özlük işlemlerinin yürütülmesini sağlar,
- Kurum kalite politikasını çalışanlara yaygınlaştırır,
- Kalite sistemi ile ilgili işleri yürütür;
- Kalite ve idari konularda personele eğitim verilmesini sağlar;
- Sağlık kuruluşunun satın alması ile ilgili işlerinin yapılmasını sağlar,
- Ekip çalışmasını destekleyici ve geliştirici çalışmalar yapar. [18]

Hastane hizmeti birbirine zincirleme bağlı şekilde yürütülen bir hizmet şeklidir. İç içe olan hizmetlerin aksamadan yürütülmesi, hastane yönetiminin dikkat isteyen bir yönetim şekli olmasını getirmektedir. Günümüzde sağlık bakımı veren kurumların yönetimleri ayrı bir uzmanlık dalı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir hastahanenin uzun dönemli planlar geliştiren personel veya komiteye sahip olması gerekmektedir. En basitleri de dahil hemen hemen bütün yönetim kararları uzun vadelidir.

4.2.1.2 Hasta Bakım Kalitesi

Hasta bakımı planlama ve uygulama kalitesi, sağlık kurumu ve personelinin sağlık hizmeti vermesi sırasındaki bazı faktörlerden oluşmaktadır. Bakım kalitesi, hasta ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılayabilecek kapsamlı bir yaklaşımla sağlanmalı, hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerini iyileştirmeli ve kaynakların daha etkin kullanımını sağlamalıdır. Bakım kalitesini sayısal kalite, tıbbi kalite, teknolojik kalite olarak üç bölüme ayırmak mümkündür. Bu üç bölümü oluşturan faktörler ise kısaca aşağıdaki gibi listelenebilir:

- yetişmiş ve değişik alanlardan oluşan multidisipliner ekibin sayısal durumu;
- sağlık personelinin bilimsel ve etik yaklaşımı;
- araç-gerecin teknolojik olarak tanı, tedavi, bakım, araştırma ve uygulamadaki yeterlilik düzeyi;
- hastane içinde enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi düzeyi;
- hastanedeki ölüm oranları;
- hastaların bilgiye erişim ve iletişim olanaklarının kalitesi ve ulaşılabilirliği;
- sağlık, sosyal ve psikolojik hizmetler arasında koordinasyon;
- gizlilik ve saygınlık içerisinde tedavi edilme hakkının gözetilmesi;
- hastalar ile sağlık çalışanları arasındaki ilişkilerin kalitesi;
- tanı, tedavi, bakım, hastalığın seyri ve ölüm oranları;
- hastalık süresince ve hastalık sonrası dönemde desteğin sağlanması.

4.2.1.3 Bina Kalitesi

Bina kalitesi, hastane kalitesini doğrudan ve dolaylı yollardan etkileyen birçok faktörü barındırmaktadır. Hastane binalarının fiziksel özellikleri, gerek yönetsel, gerekse hasta bakım kalitesini de etkilemektedir. Bina kalitesinin hasta sağlığına etkileri Bölüm 4.1.2’de detaylı olarak incelenmiştir. Bina kalitesinin bileşenleri olan işlevsel kalite, sağlık ve güvenlik kalitesi ve psiko-sosyal kalite ise, Bölüm 7.1.3’de detaylandırılarak anlatılmaktadır.

4.2.2 İyileştiren Hastanelerde Kullanıcı Katılımlı Tasarım

Hastane binaları kullanıcıları, literatürdeki çalışmalarda genellikle hastalar olarak belirlenmişlerdir. Fakat sağlık sektöründe kullanıcılar, aslında daha farklı gruplardan oluşmaktadır. Bu durum, mimarlar için oldukça önemli ve üzerinde durulması gereken

bir konudur, zira iyileştiren bir hastane, o hastanenin gelecekteki kullanıcılarının ihtiyaçlarına tam olarak cevap verebilmelidir.

Hastane binalarının kullanıcıları 3 ana grupta toplanabilir:

- Yönetim: bu grup, varsa hastane sahibi veya sahipleri ve hastane yönetiminde çalışanlardan oluşmaktadır;
- Tıbbi personel: bu grupta, doktorlar, hemşireler, teknisyenler, hasta bakıcılar ve hasta bakımıyla ilgilenen diğer personel bulunmaktadır;
- Hasta ve hasta yakınları: bu gruba, yatılı veya ayakta bakılan hastalar ve hastaneye sağlığı ile bir konuyu danışmaya, bilgi almaya veya sağlıklı olma halinin devamını sağlamak için kontrol, eğitim ve toplantılara katılmaya gelmiş kişiler ve bu kişilerin aileleri ve yakınları dahildir.

Sağlık bakımının verildiği ortamlarda, kullanıcı ihtiyaçlarının karmaşıklığı, diğer bina türlerine göre en üst seviyededir. Tasarımdaki hatalar veya eksiklikler hastaların yaşamını tehdit edebilecekleri gibi, işletimsel ve işlevsel yetersizlik ile bağlantılı olarak da maliyeti arttırıp, tıbbi personelin performansını geniş kapsamlı olarak azaltabilmektedirler. İyileştiren hastane tasarımlarına ulaşabilmek için, tıbbi uygulamalar ile ilgili bilgi, iş akışı şemaları ve kurumun hedefleri, bina kullanıcılarıyla yapılacak görüşme ve değerlendirmelerle açık bir hale getirilmelidir. Hastane tasarımı alanındaki değişiklikler, mimarlar, yöneticiler, doktorlar ve hastaların beraber çalışmaları için yeni olanaklar sunar. Gelecekte bina performansları, hasta deneyimleri ve hasta memnuniyet düzeylerinin ölçümü daha fazla yapılacaktır.

‘İyileştiren hastane’ tasarımı, tasarım araştırması, gözlemsel çalışmalar, kullanıcı katılımı, deneysel değerlendirmeler ve kullanım sonrası değerlendirmeleri kapsayan geniş bir çalışma sonunda ortaya çıkar. Hastane binası kullanıcıları ile yapılan görüşmeler; toplanan veriler üzerinde oldukça etkili olacaktır.

‘İyileştiren hastane’ tasarımında, kullanıcılarla dinamik ve sürekli bir iletişim önemlidir. Sağlam, gerçekçi bilgi elde etmek için iletişim gereklidir ve iletişimin etkinliği, doğrudan mimariyi etkileyen ve biçimlendiren mimarın kendi dünya görüşünü, değerlerini ve amaçlarını da etkiler. Tasarlama sürecinin en başından itibaren tasarım gelişimine katılan kullanıcılar arası iletişim, tasarımın kalitesini arttıracaktır. Gilleard ve Tarcisius’a (2003) göre, kullanıcılararası iletişim sağlanması, konuya bütüncül bir yaklaşım getirilmesini sağlamaktadır.

Annabal (1993), son 200 yıldır modern hastanedeki sürekli tipolojik dönüşümden sorumlu olan ana güçlerin hastanenin tasarımı ve amacı altında yatan tıp kuramlarındaki değişiklik ve bu bilgileri mimariye aktarmakta doktorların oynadıkları kararlı rol olduğunu savunmaktadır.

Sağlık kurumları konusunda uzmanlaşmış mimarlık firmaları, genellikle en son ve detaylı bilgi için danışmanlara gereksinim duyar. Sağlık kuruluşları ortamlarının karmaşık oluşuna bağlı olarak, tasarım sürecinde ihtiyaç duyulan danışmanlar, genellikle, cerrahi bölüm yöneticileri, hastane içi yönetici personel, doktorlar, cerrahi alet uzmanları, mekanik ve elektrik mühendisleri, tıbbi araştırma danışmanlarıdır. Bu grubun karmaşıklığı ortadadır. Farklı disiplinlerin bulunması, değişik seviyelerde bilgi ve önyargıların varlığını işaret eder. Kurumun kültürünü ve müşterinin beklentilerini bilmek, tasarımcı ve müşteri arasında iletişimin daha kolay olduğu bir ilişki yaratır. Bunun sonucunda, doğru ve kaliteli verinin sağlanması olanaklı olmaktadır. Sağlık kuruluşları tasarlama, mimarlık içinde karmaşık ve çok boyutlu bir sürece doğru gelişim göstermektedir. Bu durum içerisinde tasarlama süreci, tasarlamanın kullanıcı katılımı aşamasında elde edilen ve bilgi kalitesinin doğrudan tasarım özelliklerini yansıttığı bir veri toplamasını içerir. Bilgi toplama sürecinin, tasarımın döngüsel süreci içindeki yeri ve içerdiği aşamalar, şekil 4.2’de görülmektedir.

Tasarımda göz önüne alınması gereken kalite konularının en önemlilerinden biri, hastanenin ne tür bir genel izlenim iletmesinin istendiğidir. Seçenekler titizlikle değerlendirilip kararlar verilmelidir. Şekil 4.2’de seçenek üretme ve tasarım sürecinin, iyileştiren hastane tasarımındaki yeri görülmektedir. Doktorun yaratmak istediği ortamın türü de belirlenmelidir. Örneğin, klasik bir doktor masası yerine, hassas konuşmalar için daha rahat bir ortam yaratmak açısından bir koltuk ve bir kahve masasının varlığı, bakım kalitesinin etkilendiği bir detay olacaktır. Bir doktor, stres içindeki bir hastaya kanser teşhisi konduğunu veya ciddi bir ruhsal endişe haliyle uğraşmayı, daha çok bürolara uygun olan bir masanın köşesinde dimdik sandalyelere oturarak yapmayı tercih etmeyebilir. Bununla birlikte, açıktır ki, ağrıyan bir boğazla ilgili kısa bir konsültasyonla, önemli bir ameliyat geçirecek olan bir hasta ile yapılacak görüşme arasında oldukça büyük fark vardır ve mekanların, bu durumlar gözden geçirilerek, hasta ve doktor açısından en uygun şekilde tasarlanması önemlidir.

Literatürde, doktorlar tarafından ifade edildiği belirtilen başlıca tasarım parametreleri, etkinlik ve işlevsellik ile ilgili konulardır. Doktorlarca en sık ifade edilen hedeflerin

başında gelen, ameliyatın işlevlerini destekleyen bir cerrahi ortam tasarlanmasıdır, böylece cerrahide kalite düzeyi arttırılacaktır. Cerrahlar, öncelikli ve ağırlıklı olarak ameliyathanedeki rahatlığın düzeyiyle ilgilidirler. Bir cerrahın rahatlık bölgesi, cerrahi işlevlerin kolaylığıyla doğru orantılıdır. Tavana sabitlenen ekranlar, aydınlatmalar, tıbbi araçlar, havalandırma ve ısı kontrolü araçları, cerrahi işlevleri kolaylaştırmak amacıyla tasarımcı tarafından dikkatlice göz önüne alınmalıdır. Gerek cerrahi ekip, gerekse yönetim, herhangi bir projenin amacının, hastalara kaliteli tıbbi bakım verebilmek olduğu konusunun önemini kabul etmektedirler.

Hastane binalarında, hastalar için rahatlatıcı mekanlar tasarlarken, bu mekanları aynı zamanda personel için de işlevsel hale getirmek, yaşanan en büyük zorluklardan birisidir. Örneğin, çoğu ameliyat sonrası uyanma bölümü (derlenme odası), çeşitli tıbbi aletler ve tepeden parlak ışık veren ışık kaynaklarıyla donatılmıştır. Anesteziden uyanan hastalar, ışığa oldukça duyarlıdırlar ve gözleri parlak ışıklar altında odaklanamaz. Bu tür mekanlar, estetik ve işlevsel her iki ışıklandırma tekniği ile ve ışıklandırma esnekliğinin sağlanması için aynı zamanda uygun karanlığı sağlayan sistemlerle beraber tasarlanmalıdır. (Stroppel-Johnson, 1998).

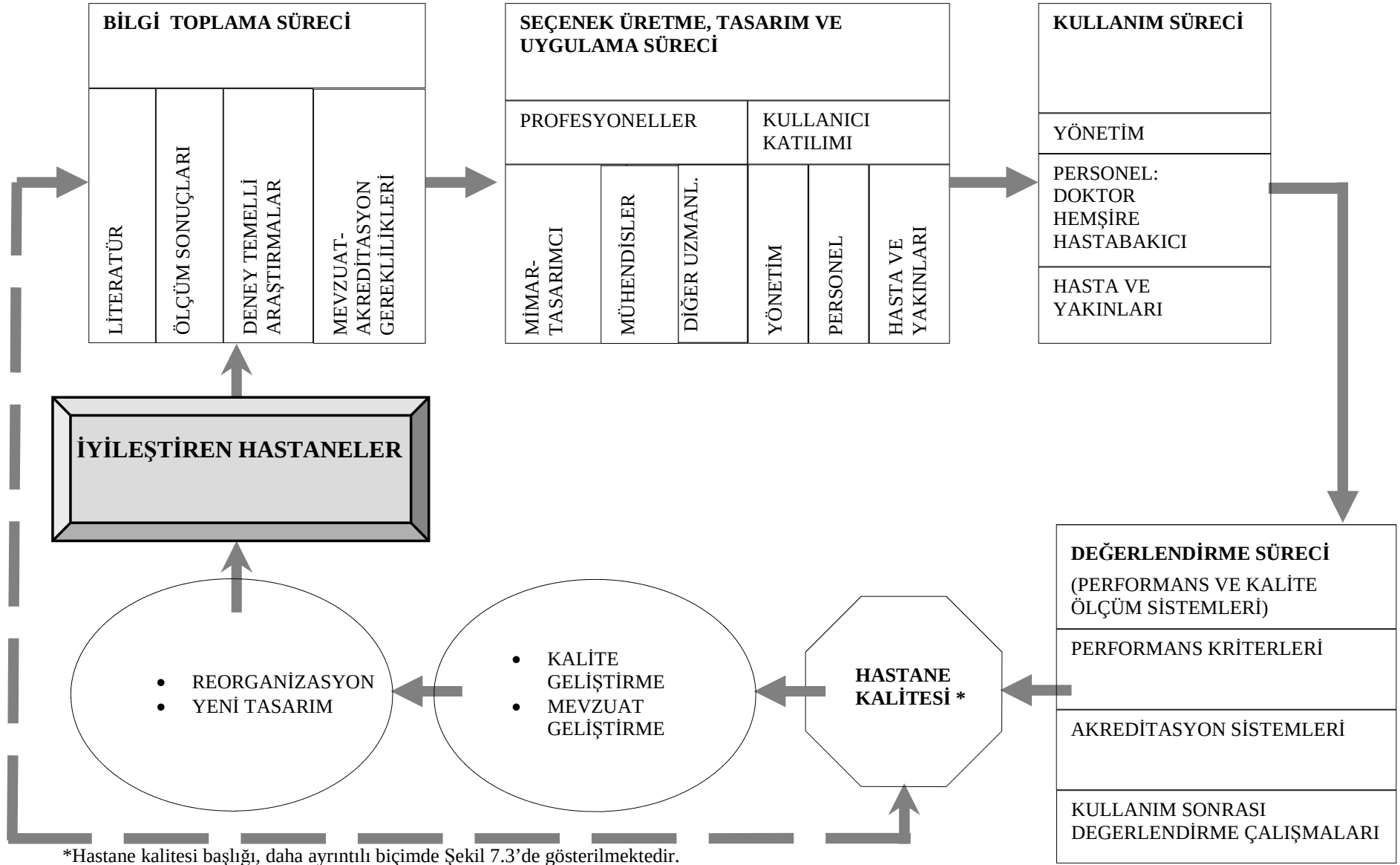
Stroppel-Johnson'ın (1998), yürüttüğü KSD çalışmalarında; hastane mekanları, özellikle ameliyathaneler yerinde yapılan gözlemlerle değerlendirilmiştir. Hastane mekanlarının değerlendirilmesi sürerken, yöneticilerin, projeyi etkileyen ve tasarım sürecinin olumlu ve olumsuz yönleri olarak adlandırılan çok değerli görüşler sundukları belirtilmektedir. Cerrahi servis başkanının, tasarımcıların, tıbbi işlemlerin bütün kapsamını daha iyi anlayabilmeleri ve çevrenin bu işlevleri nasıl desteklediği veya engel olduğunu görebilmeleri için, bir hemşirenin yanında bütün bir gün çalışmasının gerektiğine inanmakta olduğu anlatılmaktadır. Doğrudan gözlemlerle, iş akışının daha derinlemesine araştırılabilmekte olduğu ve böylece, çözümlerin sadece tasarımcının yaptığı bazı tahminler yoluyla değil, deneyimlerle ortaya çıkacağı belirtilmektedir. Şekil 4.2'de kullanım ve değerlendirme süreçlerinin tasarım süreci bütünü içindeki yeri görülmektedir.

Hasta ve yakınlarının görüşlerine başvurulmadan veya bu konuda daha önce yapılmış çalışmalar göz önüne alınmadan tasarlanmış bu tür mekanlar, bu kullanıcı grubunu rahatlatmak yerine onlar üzerinde baskı ve strese neden olabilmektedir. Tasarımcılar, hiçbir zaman hastalara sorulacak sorulara tahmini cevaplar verip, yönlerini böylece çizmemelidirler.

Hastalar için destekleyici bir ortamın sağlanması, mekanın her boyutunun tasarımıyla sağlanmalıdır. Bu sadece, mekanların ölçüsü veya şekli gibi fiziksel özellikleriyle değil, aynı zamanda hastalar tarafından, tıbbi işlemler sırasında gözlemlenen ve çevreyi de saran görsel, işitsel ve kokusal uyaranlara yönelik yanıtları da içermelidir.

Sonuç olarak, hasta-merkezli, ‘iyileştiren hastane’ tasarımları için vazgeçilemez bir özellik; ‘kullanıcı katılımlı tasarım’dır. Şekil 4.2’de iyileştiren hastanelerde tasarım kalitesinin gelişimini hedefleyen kullanıcı katılımlı tasarımın döngüsel süreci şematize edilmiştir. Şekilde yer alan bilgi toplama süreci, seçenek üretme aşaması, tasarım ve uygulama süreci, kullanım ve değerlendirme süreçlerinin, hastane kalitesini oluşturacağı görülmektedir. Hastane kalitesi ise, kalite ve mevzuat geliştirme, bunun sonucu olarak ise mevcut binalarda reorganizasyon veya yeni tasarımlarda iyileşmeye sebep olacaktır. Sonuçta ortaya çıkan iyileştiren hastaneler ise bilgi toplama sürecine katkıda bulunarak, döngünün devamını sağlamaktadır.

**İYİLEŞTİREN HASTANELERDE TASARIM KALİTESİNİN GELİŞİMİNİ HEDEFLEYEN
KULLANICI KATILIMLI TASARIMIN DÖNGÜSEL SÜRECİ**



Şekil 4.2 İyileştiren hastanelerde tasarım kalitesinin gelişimini hedefleyen kullanıcı katılımlı tasarımın döngüsel süreci

4.2.2.1 Yönetim ve Tıbbi Personelin Katılımı

Yönetim, sağlık kurumuna ait kararları vermek ve kurumun gelecekteki politikalarını belirlemek açısından karar verici bir rol oynadığından, hastane binası tasarımında yönetimin katılımı oldukça önemli bir konudur. Hastane binasında bulunan tıbbi aletlerin alınması, yeni teknolojinin takibi, akredite olma isteği ve bu sürecin başlatılması gibi konular, yönetimin aldığı kararlardır. Hastane binasında yapılacak değişiklikler, adaptasyonlar ve binanın büyütülüp genişletilmesi için gerekli karar ve uygulamaların takibi de yönetim tarafından yapılmaktadır.

Hastane binalarında yönetim kısmına ayrılan mekanlar, yeni sağlık bakımı anlayışıyla birlikte eskiye göre oldukça küçülmekle birlikte, yönetimin diğer bütün hastane kullanıcılarını birbirine bağlayan ve bu kullanıcılarla ilgili durumları dışardan ve daha uzaktan izleyebilmesi avantajı, yönetimin katılımını çok önemli bir faktör haline getirmektedir.

Annabal (1993), modern hastanenin tipolojik değişimini daha iyi anlamak ve bunun mimari organizasyonunda, doktor ve tıp bilgisinin etkilerini değerlendirmek için bazı modern hastane projelerini analiz etmiştir. Bu hastane projelerinin analizinde, mekansal organizasyonların ve iç işlevsel mekanların dağılımının iki ana kuvvete karşı doğrudan mimari tepki olduğu ortaya çıkmıştır. Bunlar; modern tıbbın doğumundan beri hastalık kuramlarındaki değişim ve bu tür tıp bilgisini fiziksel forma çevirmede doktorların rolüdür.

Stroppel-Johnson (1998), yöneticilerin görüşlerinin, cerrahi işlemlerin detaylarını anlamada paha biçilmez değerlere sahip olduklarını ve cerrahi ekibin işbaşında gözlemlenmesinin ortamın cerrahi işlevleri nasıl destekleyecek biçimde tasarlanması gerektiğinin görülmesini sağladığını belirtmektedir. Bu çalışmada, hemşireler ve cerrahların yanıtlarının, birbirinden farklı şekilde olması dikkat çekicidir. Cerrahlar, en mikro düzeyde, ameliyathane odasının işlevleri ile daha fazla ilgilenirken, hemşireler ise, ısı düzenlemesi, ekranların ve aletlerin yerlerinin ayarlanması ile daha fazla ilgilenmektedirler.

Uygun tasarımın yapılması ve insan faktörünün anlaşılması işten kaynaklanan sağlık sorunlarının azaltılmasına yarayabilir. İyi tasarlanmış bir bina, diğer personel için de birçok fayda sağlayabilmektedir. Bu faydalar; stresi azaltmak, rahat ve hoş bir çalışma ortamı sağlamak ve işe gelmeme sürelerini kısaltıp personel devir oranlarını azaltmak gibi konulardır.

4.2.2.2 Hasta ve Hasta Yakınlarının Katılımı

Geleceğin sağlık hizmeti, hasta üzerine odaklanmaya dönmektedir. İyileştiren binalarda, teknoloji, iyileşme sürecinin merkezi olmak yerine yardımcısı olacaktır. Doktor ve hasta arasındaki ilişki daha önemli hale gelecektir. Hasta, tüketici olarak daha fazla güç gösterecek ve doktorların fikirlerini daha fazla sorgulayacak, daha çok bilgilendirilecek, ikinci veya üçüncü bir fikir almaya daha açık ve istekli olacaktır. Hastayı ön plana alan bu yaklaşım sonucu, mimarlar, hastaları öne çıkaran ve onların yaşam kalitelerine katkıda bulunan binalar yaratmak için çalışacaklardır.

Hasta-merkezli tasarımın esas öğeleri olan hastalar ve yakınları, sağlık bakımı sürecinin her adımında sorumluluk almalı ve bu sürece katılmalıdırlar. Bu katılım, tıbbi alanda doktorlarla işbirliği yapmakta olduğu kadar, aynı zamanda hastanede yaşadıkları deneyimler hakkında bilgi vererek geri-beslemeye imkan sağlamak ve bu yolla sağlık bakımının kalitesinin gelişmesine yardımcı olmakla da mümkündür.

Tasarımcılar bazen, sağlık binalarını tasarlarken, sadece kendi değerlerini yansıtan tasarım özelliklerine odaklandıkları ve tasarımlarını hastaların gözünden göremedikleri için, istemeden de olsa, hastalarda olumsuz duygular uyandıran mekanlar yaratabilmektedirler. Hatta, birçok tasarımcı ve sanatçının tercihleri, halkın beğenilerinden oldukça uzakta olabilmektedir. Tasarımcıların, hastane ortamının yansıtması gerekenleri öngörmek veya tahmin etmekle, yanılığa düşmeleri olasıdır. Örneğin Carpman ve Grant (1993), Michigan Üniversitesi Tıbbi Merkezi'nde rastgele seçilen 300 hastaya, 71 adet renkli resim göstermiş ve hastalara kendi hasta odalarında hangilerinin asılmış olmasını tercih edeceklerini sormuştur. Sonuçlar, hastaların istikrarlı bir şekilde doğa manzaralarını betimleyen resimleri beğendikleri ve soyut sanattan hoşlanmadıklarını göstermiştir. Ulrich'e (1986) göre, sanatçıların, tasarımcıların ve sanatla ciddi biçimde ilgilenen kişilerin tercihleri, toplumun genelinden çok farklı olmaktadır. Toplum geneline tamamen zıt biçimde, sanatçılar ve deneyimli sanatseverler, sanatın mutlaka mutlu edici veya rahatlatıcı olması gerekmediğini düşünmektedirler.

Hastalar ve yakınları, hastanedeki deneyimlerinin öznel kaliteleri, onlar için önemli konular, zihinlerinden geçenler, kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayan, iyileşmeleri ve hayatlarındaki önemli değişikliklere adapte olabilmeleri için ihtiyaçları olan faktörler hakkında ve yapay çevrenin üzerlerindeki etkileri gibi konuların anlaşılmasında gereksinim duyulacak bilgileri tasarımcıya gerçek anlamda verebilecek yegane bireylerdir. Kısacası, sağlık bakımında 'hayatı iyileştiren' ortamlar yaratma uğraşısı sırasında, hasta ve yakınlarının

hastane mekanlarını algılayış biçimlerinin anlaşılması gerekmektedir. Hastane binalarının ve içinde gerçekleşen işlevlerin kalitesi konusunda, hastalar ve yakınları gün geçtikçe daha fazla, ‘uzman’ olarak kabul edilmektedirler. Tasarımda karşılaşılan soruların cevaplarını tam ve doğru olarak ancak hastalar ve yakınlarından almak mümkündür.

4.2.3 Hasta-merkezli Tasarım

Daha önceki bölümlerde, sağlık binalarının tasarım hedeflerinde temel bir değişim yaşanmakta olduğu ve insan ölçeği üzerine konsantre olunmasının öneminin ortaya çıktığından bahsedilmiştir. Hasta-merkezli bir yaklaşımın, tasarımın ana hatlarını oluşturmasının gerekliliği bütün bu gelişmelerden sonra kaçınılmaz olmuştur. Hasta-merkezli tasarım, sağlık bakımında yaşanan değişim ve dönüşümlerin tümüne, hastalar açısından cevap veriyor ve bütün hasta ihtiyaçlarını karşılıyor olmalıdır.

İngiltere, 2000 yılının Ulusal Sağlık Planında (NHS,2000) da ortaya koyduğu gibi, gelecek için sağlık bakımı politikasının merkezine bireysel olarak hastayı koymuştur. Bu plan, ‘Çok fazla hasta kendisinin dinlenmekten çok kendisine konuşulduğu hissindedir’ cümlesine yer vermektedir. Plan raporuna göre, bugünün NHS’i için problem, sağlık bakımının, yeteri kadar hastanın kaygıları ve rahatı merkez alınarak tasarlanmamış olmasıdır. Bu yüzden İngiliz Hükümeti, önemli ek kaynaklar ayırarak ve özellikle temel sağlık bakımı düzeyinde önemli sayıda yeni ve gelişmiş kurumlar sağlamayı üstlenerek, NHS’leri yeniden organize etmeye öncelik vermiştir. NHS planının, yürütmeye ilişkin özetinin ilk paragrafı şöyledir: ‘Bu NHS Planının amaç ve vizyonu İngiltere halkına 21.yüzyıla uygun bir sağlık hizmeti vermektir: hasta etrafında tasarlanmış bir sağlık hizmeti’. ‘Vizyon’ bölümünde ise; ‘Vizyonumuz: hasta etrafında tasarlanmış bir sağlık hizmeti’ yazmaktadır. Bu bölümde, NHS planının vizyonunun insanlara sürekli olarak yüksek standartta, hızlı ve ulaşılması kolay bakım sağlamak olduğu belirtilmektedir. NHS tarafından 1991’de yayınlanan Sağlık Yapıları Notlarında, aşağıdaki tespitler bulunmaktadır:

“Sağlık Bakımı Merkezleri, yönetmesi ve işletmesi olabildiğince basit, hasta ve hasta yakınlarına yüksek kalitede hizmet sunabilmek için planlanmış ve tasarlanmış olmalıdır. Bu merkezlerin plan şemaları anlaşılması kolay olmalıdır: uzun koridorlar, anlaşılmaz köşeler ve zemin kotunda değişikliklerden kaçınılmalıdır. Tasarım, hastaların yüksek kalitede hizmet aldıklarına güvenlerinin gelişmesine yardımcı olmalıdır. Bu noktada, işlevsel ve çevresel ihtiyaçlara olduğu kadar, sağlık binalarının görsel yönlerine de önem verilmelidir. Hastalar ve yakınları endişeli olabilir, bina tasarımı hastanın stresini yatıştırmaya yardım etmelidir. Halka

açık alanların çoğunda, özellikle bekleme alanlarında özel bir dikkat gösterilmesi gerekir.” (NHS, 1995).

Scher (1996), 10 maddelik bir liste hazırlamış ve bu faktörlerin incelenerek hasta-merkezli tasarımın çok iyi anlaşılabilceğini belirtmiştir:

1. Sağlık bakımı için mekan;
2. İşlevsel uygunluk: bu aynı zamanda güvenlik ve kurumun durumu ve bakımını da içerir;
3. Mahremiyet: bütün kullanıcılar için;
4. Sosyal destek: bütün kullanıcılar, özellikle hastalar için;
5. Konfor: bütün kullanıcılar için;
6. Seçim ve kontrol: bütün hasta ve personel için;
7. Açık havaya ulaşım: Bütün kullanıcılar için;
8. Deneyim çeşitliliği: Bütün kullanıcılar için;
9. Ulaşım ve yol bulma;
10. İletişim ve bilgi.

MacRae (2000) ise, aşağıdaki maddeleri, hasta-merkezli bakımın sekiz boyutu olarak adlandırmaktadır:

1. Hastanın ifade ettiği ihtiyaçlar, değerler ve tercihlerine saygı duymak;
2. Bakıma ulaşım;
3. Duygusal destek;
4. Bilgi ve eğitim;
5. Bakım koordinasyonu;
6. Fiziksel konfor;
7. Aile ve arkadaşların kapsanması;
8. Devamlılık ve geçişlilik.

Scher(1996), MacRae (2000) gibi araştırmacılar ve NHS raporlarından yararlanarak hasta merkezli tasarımda, hastane binalarında hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini etkileyen parametreler arasında;

1. Hastane binasının yetki verme düzeyi,
2. Mahremiyetin sağlanması;
3. Güvenliğin sağlanması;
4. Sosyal desteğin sağlanması;

5. Estetik duygulara hitap etmesi;
6. ‘Yön – yol bulma’ya yardımcı olması;
7. Engelli ve çocukların düşünölmüş olması;
8. İşlevsel olması;
9. Ulaşılabilir olması

düzeylerinin öne çıktığı görölmektedir. Sağlık kuruluşları, hastanelerin, steril, soğuk imajlarını azaltmak ve bunun yerine daha rahat, hoş karşılayıcı mekanlar tasarlamak için yeni yollar bulmaktadırlar.

Hasta merkezli tasarımın özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Hasta merkezli tasarım, işlevsel olmalıdır:

Bina, işlevler arası bağlantıda, insanların dolaşımında, kullanım ve mekanda verimli olmalıdır. Tasarımda çok-amaçlı toplum kullanımlarına yer verilmelidir. Tasarımla desteklenecek hizmetlerden ortaya çıkan yararların yaşam tarzı ve iyi-olma-halinde önemli bir rolü bulunmaktadır. Tasarım, uygun mekan standartlarını yansıtmalı, karşılanmasına ihtiyaç duyulan bütün teknik standartları içermelidir. Bu standartlar, hem akreditasyon için gerekli olan standartlar hem de yasal düzenlemelerdir. Tasarımla, bina kabuğunun tahmin edilen yaşam süresi içindeki esnekliği, malzeme seçimi, ekonomik ve çevresel faktörlerin göz önüne alınması ile de sürdürülebilirliği sağlanmalıdır. Bina, değişen istekleri karşılayabilmek ve gelecek gelişmelere cevap verebilmek için değişebilir ve adapte edilebilir şekilde tasarlanmalıdır.

- Hasta merkezli tasarım ulaşılabilir olmalıdır:

Tasarım bütün ulaşılabilirlik şartlarıyla uyumlu olmalıdır. Hastane binası herkes için ulaşılabilir olmalıdır. Binaya, yaya ve engelli ulaşımının düşünölmüş ve çözülmüş olması, ambulans, toplu taşıma araçları, servis ve yangın araçları için çözümler üretilmiş olması ulaşılabilirlik için temel şartlardandır. Hasta ve ziyaretçi araçları, tıbbi personel ve hastane araçları ve ambulanslar için uygun ve yeterli park alanları bulunmalı ve gelecekteki park ihtiyacı da düşünölmüş olmalıdır. Hastane binasının içinde, tekerlekli sandalyenin gerekli bütün mekanlara ulaşımının olması, resepsiyon bankosunun tekerlekli sandalyedekilerin resepsiyon personelini kolayca görebilmesi için alt seviyede bir parçasının olması gerekmektedir. Resepsiyonda, personelin görüşünü kolaylaştırmak ve mekanın tümüne hakim olunmasını sağlamak amacıyla, bölüntüler yer yer şeffaf olarak kullanılmalıdır (Şekil 4.3).



Şekil 4.3 Resepsiyon bölümündeki alt seviye ve şeffaflığın kullanımı

Hastane binası sosyal anlamda da herkes için ulaşılabilir olmalıdır. Tasarımın hastayı korkutucu özelliklerinin olmaması, dostça, rahatlatıcı ve insani boyutlarda oluşturulması gerekmektedir. Hastane binası, hastalar dışında ‘müşteri’leri de çekebilmeli ve sosyal amaçlı kullanıma da sahip olmalıdır.

- Hasta merkezli tasarım, ‘yön – yol bulma’ya yardımcı olmalıdır:

Bina plan şemasının anlaşılabilir olması, girişe yakın bir bilgi danışma kaynağı bulunması yön bulma konusunda başlıca gerekliliklerdendir. İşaretler açıkça görülebilmeli ve işaretleme sistemi hiyerarşik olmalıdır. Düğüm noktaları ve yön bulma için diğer karar verme noktalarında haritalar bulunmalı, haritalar okunaklı ve “buradasınız” etiketine sahip olmalıdır. Oryantasyon için nirengi noktaları gibi başka yardımlar sağlanmalı ve nirengi noktaları etkin olarak kullanılmalıdır. Birçok yerden dışarıdaki manzara görünmelidir. Koridorlar; renk veya doku gibi ayırt edici bir özellik ile belirlenmelidir (Şekil 4.4). Farklı bölümler, nirengi noktaları, renkli resimler veya diğer özellikler ile ayırt edilmelidir. Bekleme odaları, hasta odaları, koridorlar, personel alanları gibi bütün mekanlarda yeterli doğal ışık olmalıdır. Pencere kenarındaki yataklar tercihen doğa manzaralı veya birbiri ile etkileşimde insan manzarası gibi manzaraları görmelidir. Gerçek doğal manzaraların imkansız olduğu yerlerde dış mekanlara ait poster ve resimler kullanılmalıdır.



Şekil 4.4 Koridorları ayırt edilebilir hale getirmek ve algıda uzun bir koridor etkisinden kaçınmak için çözümler

- Hasta merkezli tasarım, sosyal destek sağlamalıdır:

Sosyal desteği zenginleştiren tasarım özelliklerinin varlığı, hasta-merkezli tasarımda oldukça önemli faktörlerdendir. Hastaların aile ve arkadaşlarıyla rahatça oturabilecekleri mekanlar tasarlanmış olmalı ve oturma birimleri farklı amaçlara uygun olarak farklılaşmış olmalıdır (Şekil 4.5). Toplu kullanım için tasarlanmış mekanlar, hasta kullanımına da açık olmalıdır. Hastalar ve aileleri tarafından kullanılabilen bir mutfak veya benzeri mekanlar yaratılması da hasta ve ailesine verilecek sosyal destek açısından oldukça önemlidir.



Şekil 4.5 Bekleme alanlarının hastanın rahatını sağlayacak şekilde düzenlendiği bir örnek

- Hasta merkezli tasarım, yetki vermelidir:

Hastane ortamının hastanın karar vermesine yarayan tasarım özellikleri olmalıdır. Bu, hastalıklar üzerine araştırmalar için kitap veya bilgisayar bulunan bir kütüphane gibi mekan ve imkanlarla sağlanabilir. Hasta, ailesi ve tıp personeli arasında etkileşim ve iletişim için de mekanlar bulunmalıdır. Hasta odaları, küçük nesneler yada resimler gibi öğelerle kişiselleştirilebilmelidir .

- Hasta merkezli tasarım, mahremiyet ve özerklik sağlamalıdır:

Hastane mekanlarında; hem görsel, hem akustik mahremiyet sağlanmış olmalıdır. Hastalar sosyal etkileşimi kontrol edebilmelidirler. Halka açık alandan özel alana doğru artarak giden bölgesel bir mahremiyet hissi sağlanmalıdır. Hasta oda ve yataklarının mahremiyetlerinin sağlanmış olması önemlidir. Hasta odasında banyo bulunmalıdır. Hastaların tekli veya ikili oda seçenekleri olmalıdır. Görsel açıklık ve ulaşılabilirlik, yoğun bakım için daha fazla görsel açıklık olması gereği örneğinde olduğu gibi, bakım düzeyi ile bağlantılandırılmış olmalıdır. Işıklandırma ve ısı hasta tarafından kontrol edilebilmelidir. Daha fazla mahremiyet sağlamak için, nişlerde veya etrafı çevrilmiş şekilde telefonlar mevcut olmalıdır. Bireysel olarak kullanılacak televizyonlar, müzik gibi seçenekler, genç hasta veya ziyaretçiler için oyuncak veya oyunlar mevcut olmalı ve tasarımda genel olarak çocuklar düşünülmüş olmalıdır. Bekleme odaları ve açık alanlar hasta ve ziyaretçi psikolojisine duyarlı olmalıdır. Açık alanlar davetkar ve ev benzeri olmalıdır.

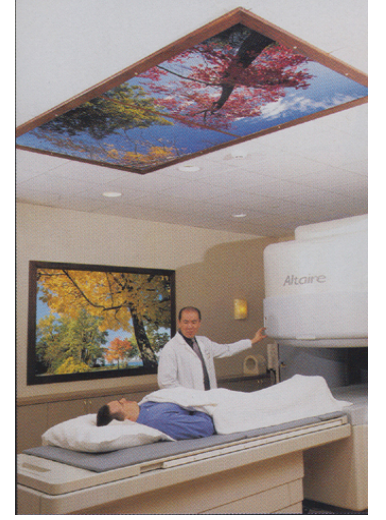
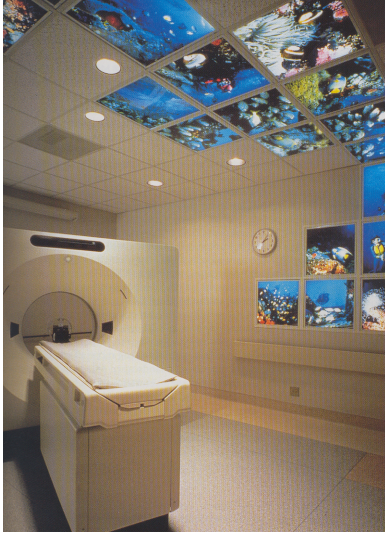
- Hasta merkezli tasarım, estetik olmalıdır:

Hastane binasının çevresine uyum sağlaması önemlidir: mevcut binalarla ilişkisi, arsa kullanımı ve şehir planlaması gereklerini karşılama dikkat edilmelidir. Tasarımın topluma ve kentsel bağlama olumlu katkıları olmalı, hoş bir kompozisyon oluşturmali, estetik olarak hem iç hem de dış mekanda coşku uyandırmalı ve hoş duygular yaratmalıdır. Hastane binası, kullanıcı dostu ve iyileştirici bir çevre yaratmalı, dışarıdaki manzaraları gören ve aydınlatma sisteminde estetik çözümler sunan iç mekanlara sahip olmalıdır.

Hastane binasının açık ve bulunması kolay girişlere, hoş karşılayan, davetkar bir giriş ve resepsiyon alanına sahip olması, hasta ve yakınlarının bina hakkındaki ilk izlenim ve duygularının olumlu olması açısından çok önemlidir.

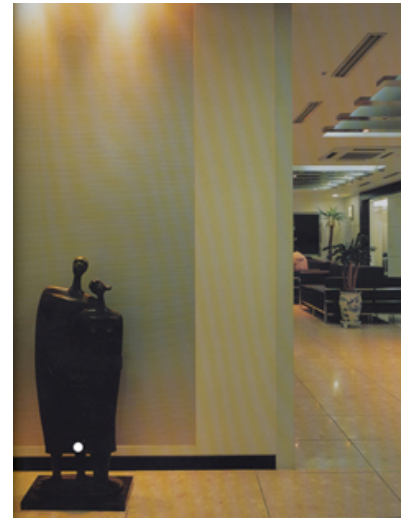
İyileşme sürecini hızlandırmak için; mekanlarda ferahlık, renk, etkisi uyandıran, doku, ışık, manzara ve sanat eserleri, donatı bulunmalıdır. Yol-yön bulma konusunda da belirtildiği gibi,

iyileşmeye olan ciddi katkılarından ötürü, manzaranın doğal olarak sağlanması imkansız olan mekanlarda başka çözümler bulunmalı, doğa iç mekanlara görüntüler, tablolar, ekranlar vb. şekilde taşınmış olmalıdır (Şekil 4.6). Hastane binası, peyzaj düzenlemesi doğru yapılmış çevre alan ve iç avlulara sahip olmalıdır.



Şekil 4.6 Manzaranın doğal olarak sağlanmasının mümkün olmadığı durumlarda doğanın iç mekanlara taşınması

Binanın mekanlarında konut ölçeğinin hissedilmesi, tasarımın evi andırması ve kurumsal olmayan bir duygu vermesi hasta merkezli tasarımın önemli özelliklerindendir. Detaylara ve işçiliğe dikkat edilmiş olması ve bu konularda kalite ve profesyonellik görüntüsü verilmesi gerekmektedir. Tasarımın, bölgesel – yerel kültür ve stili yansıtmaları kullanıcıların estetik duygularına hitap etmesi açısından gereklidir.



Şekil 4.7 İç mekana, doğanın şelaleler, akvaryumlar veya bitkiler şeklinde taşınması ve mekanlarda sanat eserleri bulundurulması

Doğanın şelaleler, akvaryumlar veya bitkiler şeklinde iç mekana taşınmış olması gibi pozitif uyarılar tasarlanmış olmalıdır. Müzik doğru mekanlarda, doğru tarz ve ses seviyesinde kullanılıyor olmalı, mekanlarda memnun edici, hoş sanat eserleri bulunmalıdır (Şekil 4.7).

- Hasta merkezli tasarım, güvenli olmalıdır:

Hasta merkezli tasarım güvenli bir çevre sunmalıdır. Sağlık ve güvenlik için tasarım ilkesine uyulmalıdır. Açık yangın planlama kuralları bulunmalı ve tasarımda olası doğal felaketler ve kriz senaryoları düşünülmüş, hastane binası bunlar için uygun hale getirilmiş olmalıdır.

4.3 Bölüm Sonucu

Eski çağlarda tıp bilgisinin yetersiz olduğu dönemlerde sahip olunan anlayış, son yıllarda tekrar benimsenmeye başlanmış, özellikle batı ülkeleri, alternatif tedavi, iyileştirici ortamlar ve “iyi olma” hissine odaklanmıştır.

Öte yandan, tıp bilgisi ve teknolojilerindeki gelişmeler, esnek, ayakta bakıma ağırlık veren, kısa süreli kalınan, yüksek teknolojinin kullanıldığı sağlık kurumlarına olan ihtiyacı getirecektir. Gelecekte sağlık kurumları tasarlayacak mimarlar, büyük bir olasılıkla daha fazla ayakta bakım yapan sağlık kurumları tasarlayacaklardır. Sağlık kurumları ihtiyacı tek bina ölçeğinden çok, park benzeri yeşil alanların içine kurulmuş olan tıbbi kampusler şeklinde olacaktır.

Yapılan bazı araştırmalardan çıkan sonuç ise, hasta memnuniyetine yönelik olumlu ortam yaratan tasarımların, iyi-olma ve olumlu ruh hali üretiminde işlevlerinin bulunduğuudur. Bir hastanedeki en önemli faktörlerden biri, iyi-tasarlanmış bir ortamdan gelen iyi-olma halinin besleyeceği sağlıklı olma durumudur. Kanıt-temelli araştırmalar literatürde arttıkça, bu yaklaşımın iyileştirici faydaları kabul edilecektir.

Bir hastane binası, maliyet gereksinimlerini karşılamalı, fakat aynı zamanda ihtiyaç duyduğumuz ve farkına vardığımız özellikleri de kapsayarak, yaşam kalitemizin bir bölümünü oluşturmada rol oynamalıdır. Tıp, felsefe ve mimarlık gibi meslek alanları, kaliteyi oluşturabilmek için birlikte çalışmalıdır.

Gerek fiziksel özellikleriyle iyileşme sürecine katkıda bulunabilen, gerekse toplumu sağlıklı zamanlarında da kendilerine yönlendirebilme becerisiyle donatılmış olan ‘iyileştiren hastaneler’, gelecekte sağlık alanında varılması hedeflenen noktayı anlatmaktadırlar. Bu amaçlara varılması ise, kalitenin sürekli artırılması, kullanıcı katılımlı tasarıma önem

verilmeye başlanması, hasta-merkezli tasarım kavramının iyice anlaşılması ve uygulanmasıyla mümkün olacaktır. Kalite kavramının sürekli kendini yenilemesi ve toplumun ihtiyaçlarına ayak uydurarak gelişmesinin yolu, bu kavram aracılığıyla ortaya çıkacak zorunlulukların ve bunların ne derece uygulanabildiğinin sıkı şekilde takip edilebilmesinden, yani ölçülebilmesinden geçmektedir. Bu konuya Bölüm 6’da değinilmektedir.

5. bölümde ayrıntılarıyla incelenen akreditasyon konusu, bütün bu alanlarda başarının sağlanması ve korunması için en etkili ve gerekli araç olarak karşımıza çıkmaktadır.

5. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE AKREDİTASYON

Sağlık sektöründe akreditasyon, çoğunlukla devlete bağlı ve sağlık kuruluşu olmayan bir birimin; sağlık kuruluşlarının bakım ve yönetim kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış bir standartlar serisini karşılayıp karşılamadıklarını belirlemek amacıyla, kuruluşları değerlendirmeye tabi tuttuğu süreçtir. Akreditasyon, sağlık kuruluşu tarafından, hasta bakımı kalitesini arttırmak, güvenli bir çevre sağlamak, hasta ve personel için var olan riskleri sürekli olarak azaltmak için, görünür bir taahhüt üstlenilmesini sağlar ve genellikle gönüllüdür.

Akreditasyon programları, organizasyonel ve giderek artan bir şekilde tıbbi süreç ve sonuçlara uygunluk açısından hastane performansını ölçmektedirler. Genellikle bağımsızdırlar, organizasyonel gelişimi hedeflerler ve ulusal performans ölçüm sistemlerine güvenilir bilgi sağlanmasına katkıda bulunurlar. Değerlendirme standartları özellikle sağlık hizmeti için geliştirilmiştir. Hastanelerin değerlendirilmesinde, dahili öz değerlendirme, farklı disiplinlerden gelen sağlık profesyonellerinin yaptığı harici anketler ve istatistiki göstergeler referans alınmaktadır.

Küresel düzeyde yapılan bir çalışma 36 adet ulusal çapta akreditasyon programını belirlemiştir. Avrupa'daki ulusal programlar, Sağlık Hizmetinde Kalite İçin Uluslararası Birlik'in (ALPHA) ilkelerine göre standart ve değerlendirme süreçlerinin gönüllü olarak birleşmesi için ilke anlaşmasına varmışlardır. ALPHA programı standartları temel alan değerlendirme sistemlerini ülke içinde ve ülkeler arasında daha güvenilir, geçerli ve uyumlu kılmayı amaçlar. Hastanelerin yayınlanmış standartlara hızla uyum sağladığı ve dışsal değerlendirmelerden daha önce organizasyonel süreçleri geliştirdikleri yolunda çok sayıda kanıt bulunmaktadır [49]. Burada bahsedilen ALPHA programının adı, daha sonra ISQua International Accreditation Program olarak değiştirilmiştir[35].

Daha önceki bölümlerde incelendiği gibi, yirminci yüzyılın son 30 yılı içinde, gelişmiş ülke hastanelerinin fiziksel ve işlevsel yapılanmasında önemli değişimler yaşanmıştır. Hastalıkların teşhis ve tedavisinde olduğu kadar hastalıklardan korunmak için de geliştirilen tıbbi teknoloji, yataklı servislere kabul edilen hastaların yatış sürelerinde azalmaya, yatak devir hızlarında ise artışa neden olmuştur. Hastaların teşhis ve tedavi planlamaları polikliniklere kaymıştır.

Hasta tedavi ve bakım işlevlerinde meydana gelen bu değişim, hastanelerin yapılanma, tasarım ve işlevlerini etkilemekte ve hastalara mümkün olan en kısa süre içerisinde kaliteli bir sağlık hizmeti sunulmasını gerektirmektedir. Kalite güvence belgesine sahip olan bir kuruluş, toplumun güvenini kazanmakla kalmayıp, hastanenin değişik birimleri arasında gelişen

işbirliği, bireysel ve kurumsal düzeyde hizmet performanslarını arttırmaktadır (Çoruh, 1998).

5.1 Akreditasyonun Amacı ve Etkileri

Akreditasyonun amacı; hasta bakım süreçlerindeki ve sonuçlarındaki sürekli gelişimi uyarmak, halkın güvenini güçlendirmek, etkinliği arttırmak, maliyeti düşürmek, sağlık hizmetleri yönetimini geliştirmek, daha iyi uygulamalarla eğitim sağlamak, bir kalite ölçüm sistemi oluşturmak, kuruluşa kendi içinde, diğer kuruluşlarla ve sektörün en ileri gelen kuruluşlarıyla karşılaştırma yapma imkanı sağlamak ve hasta memnuniyetini arttırmak için bir sistem yerleştirmeye çalışılmaktadır. Akreditasyon, dıştan, objektif bir değerlendirme sağlamakta, kuruluştaki kalite kültürünü geliştirmekte ve canlandırmaktadır.

Amerikan Cerrahlar Birliği, hastanelerin akreditasyon yoluyla standardizasyonuna olan ihtiyacı ‘en iyi işi yapanları cesaretlendirmek ve daha aşağıdaki standartlara sahip olanları uyarmak’ ihtiyacı olarak tanımlamıştır. Akreditasyon standartlarının çoğu günümüzde sağlık sektörünün rutinleridir, fakat, zamanında devrimsel nitelikte olmuşlardır. Bu standartların sağlık kuruluşlarına adapte edilmesinin sağlanması ve halka sunulan sağlık hizmetinde kalite ve güvenliği geliştirmek, akreditasyonun esas amacıdır.

Akreditasyon, kalite geliştirilmesi, tıbbi kayıtlar, enfeksiyon kontrol programları, hasta güvenliği, hasta ve aile hakları eğitimi, yangın güvenliği ve ağrı idaresi gibi gün geçtikçe sayıları artan birçok konuyla ilgilenmekte, bu konulardaki standartları sağlık kuruluşlarında yerleştirmeye ve geliştirmeye çalışmaktadır.

Özellikle enfeksiyon kontrolü, hasta güvenliği, hasta hakları, kalite geliştirilmesi, bina yönetimi, güvenlik ve yangın güvenliği konularının bina tasarımıyla ilişkili yanları vardır. 1950’lerin ortalarında hastalar, özellikle cerrahi hastaları ve yeni doğanlar salgın boyutlarda enfeksiyon kapmaktaydılar. Akreditasyon standartları, hastanelerin, salgın enfeksiyonları engellemek için faaliyetlerde bulunmak üzere enfeksiyon kontrol komiteleri kurmalarını gerektirmektedir. Yıkıcı bulaşıcı etmenlerin yayılmasını engellemek için, enfeksiyon kontrol programları yaratılmıştır. Akreditasyon standart ve politikaları, sağlık kuruluşunun dikkatinin, tıbbi hataların belirlenmesi, kökünde yatan sebeplerin analiz edilmesi ve bina güvenliğine odaklanması için, bu konuları yeniden daha ayrıntılı ve net biçimde ifade etmektedir. Akreditasyon standartlarının hasta güvenliğine yaklaşımı, tıbbi hataları bir ölçüde azaltmaya yardım etmektedir.

Uluslararası Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Danışmanı George Purves’e Sağlık Bakanlığı ve

Dünya Bankası Tarafından hazırlatılan 12 Nisan 2004 tarihli, Türkiye Cumhuriyeti Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kurumsal Değerlendirme Hastane Akreditasyon Sistemi, sonuç raporu metninde, akreditasyonun temel amaçları aşağıdaki maddeler halinde sıralanmıştır:

- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına yönelik standartları karşılamada optimal başarı hedefleri koyarak sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek,
- Sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ile yönetimini uyarmak ve geliştirmek,
- Seçilmiş yapı, süreç ve sonuç standartlarını veya ölçütlerini karşılayabilmek için sağlık hizmetleri kuruluşlarının kıyaslamalı veri tabanını oluşturmak,
- Hizmetlerin artan verimliliği ve etkililiği üzerine odaklanarak sağlık hizmetleri maliyetlerini azaltmak,
- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına, yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına; sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve ‘en iyi uygulamalar’ konusunda eğitim ve danışmanlık sağlamak,
- Halkın, sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini sağlamlaştırmak hastalar ve personelle ilgili olarak yaralanma ve enfeksiyonlara bağlı riskleri azaltmak.

Yine Purves’in (2004), hazırladığı rapora göre, akreditasyon sunucular ve kullanıcılarına yönelik araştırmalar, farklı ortamlarda ve ülkelerde algılanan yararlar açısından tutarlı bir benzerlik göstermektedir. Bu çalışmalar, ortak olarak, yüksek bir ekip çalışması ve iç tutarlılıktan, profesyonel gruplar, uzmanlık birimleri, klinik ve destek hizmetleri, yöneticiler ve klinisyenler arasında daha fazla işbirliği olduğundan, hastane politikalarının revizyonu ile ilgili gelişme görüldüğünden, kalite gündeminin entegrasyonu sağlandığından, farklı personel gruplarının kalite faaliyetleri ile becerilerinin bir araya geldiğinden, standartların başarıldığından ve uygun olmayan durumların belirlenmesi ve düzeltilmesi için öz değerlendirme gerçekleştiğinden bahsetmektedirler. Ayrıca çalışmalarda dikkati çeken bir başka ortak yön ise, toplumdaki imajı iyiye doğru geliştirme, tedaviye gelen hastalar ve nitelikli personelin akredite olmuş sağlık kurumunu tercih etmelerini sağlama olmuştur.

5.2 Dünyadaki Akreditasyon Sistemleri ve Akreditasyon Sistemlerinin Karşılaştırılması

Son 20 yılda, sağlık hizmetleri sunumu bütün dünyada sürekli olarak gelişmiştir. Gelişmenin çoğu, yeni bilgi, yeni teknoloji ve bilişimin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Bu süreç içinde pek çok ülke, sonuçların ölçülmesi, daha iyi yönetim ve zaman içerisinde hizmet geliştirilmesi için de önemli ilerlemeler kaydetmiştir. Sürekli kalite geliştirilmesi, yönetimin; tıbbi tedavilerin sonuçlarını inceleme, hasta şikayetlerini dinleme, geliştirme için problemleri aktif şekilde fırsatlar olarak ele alma ve dünya çapında teknoloji ve prosedürlerdeki değişikliklerin farkında olma yönünde sorumluluk almasını gerektirmektedir. Bu süreç aynı zamanda yönetimin, problemler ortaya çıktığında, hasta şikayetleri sürekli bir hal aldığı anda veya uluslararası uygulamalar değiştiğinde uygun çözümü bulmasını da gerektirmektedir.

Akreditasyon bugün bir dünya akımı olmuştur. Üretim veya hizmetin minimum kalite standartlarını belirlemek ve belgelemek amacıyla, birçok ülkede ve farklı sektörlerde akreditasyon kuruluşları oluşturulmuştur. Amerika, Kanada ve Avustralya'nın akreditasyon sistemleri dünyada en eski akreditasyon sistemleridir. Avrupa'da, Almanya, Fransa, İrlanda ve İspanya'nın yeni akreditasyon sistemleri vardır. Japonya, Kore, Malezya ve Tayland'da hükümet eliyle yeni akreditasyon sistemleri oluşmuştur. WHO ve Dünya bankası akreditasyon modelini tanımakta ve desteklemektedir. Halen Türkiye'de, Türk Standartları Enstitüsü (TSE), TS-EN-ISO 9000 kalite belgelerini sağlık kuruluşlarına vermektedir. Bu belgeyi almak için sağlık kuruluşları TSE'ne başvurmakta ve standartlara uygun bulunanlar, kalite güvence belgelerini almaktadırlar.

A.B.D'de sağlık kuruluşlarına akreditasyon belgesi veren en büyük akreditasyon sistemi, "Joint Commission Accreditation for Health Organization" (JCAHO)'dır. Bu komisyon gönüllüdür, kar amacı gütmeyen ve 2004 yılı itibarıyla yaklaşık 20.000 sağlık bakımı kurumunu incelemiştir. Komisyonun kalite değerlendirme yaklaşımı gün geçtikçe daha fazla hasta odaklı ve performans bazlı hale gelmiştir.

JCAHO akreditasyon sistemi, kaliteli bir hizmet sunulması için hazır bir standartlar dizisi vermektedir. Standart içeriğinin yerine getirilmesi ve standardın tarif edilen amaçla uyum içinde olunması, bir kalite standardını minimum düzeyde karşılamış olmak için yeterlidir. Bu sistemde, sürekli iyileştirme faaliyetlerinde başarıya ulaşılabilmesi için, planlanan süreler sonucunda planlanan hedeflere varıldığını, kuruluşa yapılan teftiş ve ölçümler ile kanıtlamak gerekmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, JCAHO ile karşılaştırılabilecek diğer akreditasyon sistemleri; Joint Commission International (JCI), Malcolm Baldrige Ulusal

Kalite Ödülü ve ISO 9000'dir. Diğer ülkelerde karşılaştırma yapılabilecek sistemler ise; yine ISO 9000 ve Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM)'dır.

JCI'nın uluslararası standartları, JCAHO standartlarındaki bütün konuları, ISO 9000'in kalite kontrol ve kalitede liderlik ölçütlerinin çoğunu, Avrupa (EFQM) ve Amerika (Baldrige) kalite ödülleriindeki ölçütleri içermektedir.

Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü; 1987'de kabul edilen bir yasayla oluşturulmuştur. O zamandan beri, Baldrige ödülü Amerikan şirketleri için mükemmellik standardı olarak ortaya çıkmıştır. 1998 yılında, Baldrige Performans Mükemmeliyeti için Sağlık Bakımı Ölçütleri yayınlamıştır. Baldrige ödülü sağlık bakımı ölçütleri müşteri değeri ve operasyonel performansta sürekli bir gelişime odaklanmaktadır.

Avrupa Vakfı Kalite Yönetimi (EFQM-European Foundation of Quality Management) ise, 1988'de Avrupa Komisyonunun desteğiyle, 14 büyük Avrupalı şirket tarafından kurulmuştur. EFQM, Avrupa-tabanlı kuruluşlarda iş mükemmelliği için 'Toplam Kalite Yönetimi'nin kullanımına odaklanmaktadır.

Uluslararası Standardizasyon Organizasyonu (ISO-International Standardization Organization), Cenova İsviçre'de merkezi olan dünya çapında, uluslararası standartlar kurulları federasyonudur. ISO teknik komiteleri ve ulusal teknik danışma grupları, standartların geliştirilmesi ve revizyonu için toplanırlar. ISO standartları, ISO üyesi ülkelerin oy çoğunluğuyla kabul edilmektedir.

Sağlık bakanlığının web sitesinde [48] yayınladığı 'Hastane performansı nasıl ölçülür ve izlenir? Daha kaliteli sağlık hizmetlerine doğru kurumsal performans ölçümü' isimli dokümanında, ISO sertifikasyonunun hastane performansını hastane işlevi ve amaçlarına göre değil, kalite sistemleri için uluslararası standartlara uygunluğuna göre ölçtüğü, değerlendirmenin detaylarının kamuya açık olmadığı, ISO 9000'in hastane performansından daha çok yönetsel prosedürlerle ilgili olduğu, standartların terminolojisini sağlık bakımıyla ilişkilendirmenin zorluğu ve yorumların ulusal kurumlar arasında değişiklik gösterdiği, denetim sürecinin standartlara uygunluğu test ettiği ve organizasyonel gelişmeyle ilgilenmediği, az sayıda hastanenin ISO sertifikasına sahip olduğu ve az sayıda ülkede bu hastanelerin ulusal tescili bulunduğu anlatılmaktadır.

Çoruh'a (1998) göre, ISO-9000 kalite güvence mantığı, bir kuruluşu oluşturan değişik birimlerin iş prosedürlerini önceden belirlenen kontrollü şartlar altında yürütmesi, izlemesi, çıkacak sorunları tanımlaması, bu sorunları düzeltme ve iyileştirme faaliyetleri yürütmesini

içermektedir. Birim çalışanları, yürütülen işlevlerin iyileştirilmesi için belirli aralıklarla toplanarak sorunlara çözüm yolları aramakta ve öneriler üretmektedirler. ISO-9000 standartları üretim veya hizmet sunumu kalitesini elde etmek ve devamlılığını sağlamak amacıyla ilkeler ve yaklaşım yolları içermekte, bir kurum veya kuruluşun özellik gösteren işlevlerine odaklanmamaktadır.

ISO şartları ve JCI standartları arasında birçok benzerlikler bulunmasına rağmen, aralarında oldukça fazla farklılık da bulunmaktadır. Ana farklılık, ISO'nun ve JCI'nin odaklandığı noktalardır. ISO standartları, spesifik şartlara bağlı kalınmasına, daha sonra da uyumun değerlendirilmesine odaklanmaktadır. JCI standartları ise, organizasyonel performansın (yönetmel ve hasta bakım kalitesinin) değerlendirilmesi ve optimum sonuçların elde edilebilmesi için sürekli bir gelişmeyi uyarmak üzerine yoğunlaşmaktadır. Sağlık bakımında, 'ürün' her zaman kolayca tanımlanabilecek veya somut bir olgu değildir. Bu yüzden, kuruluş düzeyinde, ilk başta üretim sektörü için tasarlanmış ISO 9000 standartlarını uygulamak bazen zor olmaktadır (JCAHO, 2003).

JCI standartlarıyla Baldrige ölçütlerinin ise birçok konsepti oldukça benzemektedir. Özellikle de kalite yönetimi ve geliştirilmesi, yönetim, liderlik, personel kalifikasyonları ve eğitimi ve bilginin yönetimi gibi kuruluş işlevleri, iki akreditasyon sisteminde oldukça yakın tanımlanmaktadır. Bununla birlikte, JCI standartları hasta bakımını daha iyiye götürmek için geliştirilmiştir; bu yüzden, özellikle, önemli sağlık bakımı işlevlerini ele alırlar. JCI standartlarının çoğu Baldrige ölçütlerinden daha detaylı ve özelleştirilmiştir.

JCI standartları, sağlık bakımı verilmesindeki anahtar süreçlerle ilgili detaylı bir düzey içermektedir ve bu, Baldrige ölçütlerinde mevcut değildir. Bu durum, hastaların değerlendirilmesi, hasta ve aile eğitimi, bakıma ulaşım ve bakımın devamlılığı, enfeksiyon kontrolü, personel kalifikasyonları, eğitimi ve hastaların tıbbi kayıtlarının tutulması konuları için de geçerlidir. JCI standartları, bu alanlarda Baldrige ölçütleriyle benzer olmakla birlikte daha özele inmektedir (JCAHO, 2003).

Baldrige Ölçütlerinde olduğu gibi, EFQM ölçütleriyle JCI ölçütleri arasında da benzer bağlantılar vardır. EFQM modelinin, fazla özele inmeden, bir kuruluşun bütün yönlerini kapsayan bütüncül bir yaklaşımı vardır. JCI standartlarındaki anahtar süreçler EFQM süreçleriyle bağlantılıdır, fakat JCI standartları çok daha detaylandırılmıştır.

JCI standartlarının çoğu; özellikle de tıbbi kayıt, enfeksiyon kontrolü, bina, bölümleri ve malzemelerin yönetimi, hastaların özel bakım ve değerlendirilmesi, ve tıbbi personel ölçütleriyle ilgili olanlar, EFQM ölçütlerinden çok daha detaylıdır. Bununla birlikte, EFQM ölçütlerinin ruhu, JCI standartlarının çoğunu yansıtmaktadır (JCAHO, 2003).

Bu bölümde bahsedilen ve Dünyadaki akreditasyon sistemlerinin en önemlilerinden olan akreditasyon sistemlerinin arasında, JCAHO ve bu kuruluşun uluslararası çapta faaliyet gösteren yan dalı olan JCI akreditasyon sistemleri, dünyada en yaygın kabul edilen, sağlık bakımında en fazla söz sahibi olan ve Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın yaptığı çalışmalarda da kılavuz olarak alınan sistemlerdir.

5.3 Türkiye’de Sağlık Sektöründe Akreditasyon Çalışmaları

Son beş yıl içinde ülkemizde görülen özel hastane sayısındaki hızlı artışın sebebi, kaliteli sağlık bakımı talebinin artması, kentlerde özel sağlık sigortası sisteminin yaygınlaşması ve hastaların sağlık bakımını psiko-sosyal açıdan daha rahat ortamlarda almak istemeleri olarak açıklanabilir. Sağlık bakımını kaliteli ve tatmin edici bir düzeyde sunma çabaları, son yıllarda artış göstermektedir. Bu konuda sağlık kurumlarının çabaları da kendi içlerinde yürütülen çalışmalar olma düzeyinden, dışarıdan, tarafsız ve başka kurumlarca da kabul edilmiş, deneyimli kuruluşlardan yardım ve onay alma aşamasına gelmiştir. Bu dış kuruluşlardan kalite onayı ve belgesi alma eğilimi önceleri özel hastanelerde başlamıştır ve gün geçtikçe de kamu hastanelerine yayılmaktadır. Kalite alanındaki bu çabaların kaynağı aslında hastaneler arasındaki rekabetten doğmaktadır ve bu rekabeti kalite ödülü alma ve dış ülkelere kalite belgesi alma girişimlerinin izlemesi doğaldır. Türkiye’de kaliteli tıbbi bakıma yönelik talep arttığı için, özel hastane bakımına yönelik daha fazla bir talep ve hem hizmet kalitesini geliştiren bir araç, hem de iş piyasasında bir rekabet avantajı olarak akreditasyona daha fazla bir ilgi olacaktır.

Özel hastaneler ve devlet hastanesi olmayan hastaneler (268 tesis), Türkiye’deki toplam hastane kapasitesinin %8 ini oluştursa da, bunların kapasitesi 1995 ile 2000 yılları arasında 2 katına çıkmıştır. Özel hastaneler öncelikle 3 şehirde bulunmaktadır; Ankara, İstanbul ve İzmir. Doğu Anadolu’da sadece 3 özel hastane ve Güneydoğu Anadolu’da 7 özel hastane vardır. Ayrıca Oftalmoloji, Ortopedi ve Mikro-cerrahi gibi uzmanlık hastanelerinin sayısında da büyük bir artış olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Purves, 2004).

Sağlık Bakanlığı, 2004 yılından itibaren ulusal bir akreditasyon sisteminin kurulabilmesi için çalışmalara başlamış ve JCI'dan konu hakkında bilgi almaya ve Türkiye'de JCI tarafından akredite edilmiş kurumların yöneticileriyle fikir alışverişine başlamıştır. Bu amaçla ilk olarak, 23 Ekim 2004 tarihinde, JCI CEO'su Karen Timmons ve Uluslararası Akreditasyon Direktörü Dr. Paul van Ostanberg, JCI tarafından akredite edilmiş kurumların yöneticileri ve sağlık sektörü çalışanlarıyla, İstanbul'da, Sağlık Sektöründe Akreditasyon konulu bir seminer düzenlemiştir.

Bakanlıkça, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesindeki ulusal görüşmeler sırasında Türkiye'deki devlet hastanelerinin ve özel hastanelerin sunduğu hizmet kalitesini geliştirmek, en üst düzeye çıkarmak ve tüketici memnuniyet düzeyini arttırmak için bağımsız bir akreditasyon kurumunun kurulmasına karar verilmiştir. Akreditasyon Kurumunun ulusal, kar amacı gütmeyen ve bağımsız bir kurum olması ve bu kurumun hastane akreditasyon sistemini desteklemesi kararlaştırılmıştır.

Sağlık Bakanlığı, sağlık kurumlarının akreditasyonunu geliştirmek için mevcut durumun değerlendirilmesi ve bir iş planının geliştirilmesi yönünde Dünya Bankası'ndan yardım istemiştir.

Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankası, Nisan 2004'te Uluslararası Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Danışmanı George Purves'e, Türkiye Cumhuriyeti Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kurumsal Değerlendirme Hastane Akreditasyon Sistemi başlıklı bir sonuç raporu hazırlatmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Purves, 2004). Bu raporda özetle, akreditasyonun amaçlarından bahsedilmekte ve ülkemiz için düşünülen akreditasyon sistemi şu biçimde açıklanmaktadır: 'Hastane akreditasyon sistemi; hasta odaklı olacak; hastalara yönelik sağlık hizmeti sunumunun kalitesine katkı sağlayacak; sağlık sisteminde sürekli kalite gelişimini teşvik edecek, net standartların sağlanması temelinde hastanelerin objektif, sistematik değerlendirilmesini sağlayacak; hastalar için sağlık hizmetleri çapında tutarlılık ve hakkaniyet yaratacaktır'. Raporda ayrıca, ulusal Sağlık Tesisleri Akreditasyon Programlarının geliştirilmesi ve uygulanması için genellikle 3-5 yıl ve tam anlamıyla işleme geçmesi için ise 5-10 yıl gerektiğinden bahsedilmektedir.

5.4 JCI ve JCAHO Akreditasyonu

75 yıldan fazla süredir, JCAHO ve JCAHO'nun öncel kuruluşu, kendilerini, sağlık bakımı hizmetlerinin güvenlik ve kalitesini geliştirmeye adanmışlardır. Bugün, Birleşik Devletlerdeki en büyük sağlık bakımı kuruluşları akreditasyon kurumu olarak, gönüllü bir akreditasyon sürecinde, yaklaşık 20.000 sağlık bakımı programını incelemektedir. Amerika Birleşik Devletler şirketi olan JCAHO bağımsız, hükümete bağlı olmayan bir kurumdur ve Birleşmiş Milletler'de 19.000 den fazla kuruluşu akredite eder. JCAHO Temsilciler Yönetim Kurulu'nda, Amerikan Hastane Birliği'nden 7 üye, Amerikan Tıp Birliği'nden 7 üye, Amerikan Hekimler Birliği'nden 3 üye, Amerikan Cerrahlar Birliği'nden 3 üye, Amerikan Dişçiler Birliği'nden 1 üye, Halktan 6 üye, Hemşire Temsilcisi 1 üye bulunmaktadır (Timmons, 2004).

JCAHO'nun Uluslararası Bölümü JCI olarak bilinir. JCI, JCAHO'nun bir bölümü, ikincil bir şirkettir. JCI'nın misyonu, dünya çapında akreditasyon hizmetleri sağlayarak uluslararası toplulukta sağlık bakımı kalitesini geliştirmektir. Uluslararası akreditasyon felsefesi 2004 yılında JCI'nın CEO'su olan Karen Timmons tarafından; 'maksimum başarılabılır standartlara sahip, hasta-merkezli olan, kültürel olarak kolayca uyum sağlanabilir ve sürekli gelişimi teşvik eder' olarak tarif edilmiştir. Standartlar altkomitesi üyesi ülkeler; Brezilya, Çin Halk Cumhuriyeti, Çek Cumhuriyeti, Almanya, İtalya, Polonya, Güney Afrika Cumhuriyeti, Suudi Arabistan, ABD, Portekiz'dir. JCI bünyesinde, 2004 Ekim ayı itibarıyla Almanya, İrlanda, İspanya, İtalya, Avusturya, Danimarka, Türkiye, Çin Halk Cumhuriyeti, Singapur, Tayland, Brezilya, Filipinler, Etiyopya, Suudi Arabistan'dan toplam 50'nin üstünde akredite olmuş sağlık kuruluşu bulunmaktadır.

JCI akreditasyon programında, uluslararası olarak ortak kabul görmüş standartlar, akreditasyon programının temelidir. Standartların altında yatan felsefe, sürekli kalite gelişimi ve kalite yönetimi ilkeleri üzerine temellenmiştir. "Çekirdek" olarak tanımlanmış standartlar, akredite olmaya çalışan her kuruluş tarafından karşılanmalıdır. Akreditasyon süreci, bir ülkedeki resmi, dini, ve/veya kültürel faktörleri içinde barındırmak üzere tasarlanmıştır. Hasta bakımı ve güvenliği için üniform ve yüksek standartlar uygulanacak olmasına rağmen, bu faktörler için ülkeye-özel etmenler akreditasyon sürecinin bir parçasıdır. Yerinde inceleme grubu ve gündemi, kuruluşun büyüklüğü ve sunulan hizmetlerin tipine bağlı olarak değişmektedir. Örneğin, büyük bir eğitim hastanesi, bir doktor, bir hemşire, ve bir yönetici tarafından 4 günlük bir incelemeye tabi tutulmasını gerektirirken, daha küçük bir bölgesel veya toplum hastanesi 2 veya 3 günlük bir incelemeyi gerektirebilmektedir. JCI

akreditasyonu, geçerli, güvenilir ve objektif olmak üzere tasarlanmıştır. İnceleme bulguları temel alınarak, en son akreditasyon kararları, uluslararası bir akreditasyon komitesi tarafından verilmektedir (JCAHO, 2003).

Timmons (2004), sağlık bakımında performans bileşenlerini şu şekilde açıklamaktadır:

1- Strüktür: Kaynaklar

Örnek: Yeterli personel, gereçler, bina

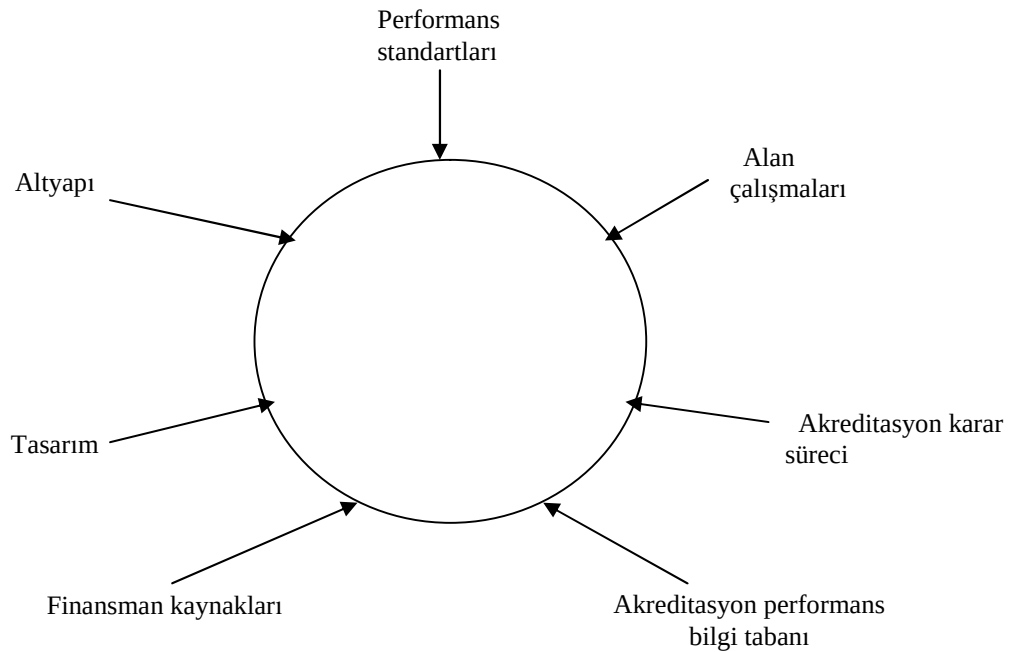
2- Süreç: Faaliyetler

Örnek: Hasta eğitimi, hastabakıcılık değerlendirmesi

3- Çıktılar: Sonuçlar

Örnek: enfeksiyon oranları, ölüm oranları.

Timmons'a (2004) göre, sağlık bakımı akreditasyonu sistemin anahtar elemanları ise aşağıdaki şekildedir:



Şekil 5.1. Sağlık bakımı akreditasyonu sistemin anahtar elemanları (Timmons, 2004)

JCI akreditasyon sistemiyle ilgili en önemli noktalardan ve en son gelişmelerden biri ise, son yıllarda JCI akreditasyonunun, hasta-merkezli sağlık bakımı kavramını öne çıkarmış ve çalışmalarına bu yönde hız vermeye başlamış olmasıdır.

5.4.1 JCI ve JCAHO Akreditasyonunun Tarihçesi

1910'da bir tıp doktoru olan Ernest A. Codman hastane bakımının kalitesinin sağlanması çalışmalarında etkin biçimde rol almıştır. Böylece, JCAHO'nun öncül kuruluşu, 1910'dan 1917'ye kadar Amerika Birleşik Devletleri'nde hastane bakımının kalitesi ile ilgilenmiştir. Kuruluş o yıllarda henüz resmi olarak kurulmamıştır. 1918'de Amerikan Cerrahlar Birliği bir hastane standardizasyon programını başlatmıştır. 1919 yılında bu program çerçevesinde, hastane bakımı için minimum standartlar belirlenmiştir ve bu standartlar aşağıdaki maddelerden oluşmaktadır:

- 1- Tıbbi personelin organize edilmesi,
- 2- Tıbbi personelin gözden geçirilmesi için düzenli toplantı,
- 3- Ücret paylaşımı yasaklaması,
- 4- Hasta kayıtlarının tamamlanması ve mevcudiyeti,
- 5- Hastane klinik laboratuvarı ve x-ışını bölümlerinin mevcudiyeti.

Minimum Standartların belirlendiği 1919 yılında, test edilen 692 hastaneden sadece 89'u koşulları tamamen yerine getirmektedir (Timmons, 2004). Bu kuruluşun devamı olan JCAHO, 1951 yılında bağımsız, hükümet kurumu olmayan ve kar gütmeyen bir kuruluş olarak kurulmuştur. 1987'de, standartlar ve teftiş süreci geliştirilmeye başlanmıştır. 1994'te bireysel olarak akredite olmuş kuruluşların performans raporları halka açılmıştır.

1997 yılında JCAHO Yönetim Kurulu, uluslararası akreditasyon sağlamak amacıyla, 30'un üzerindeki ülkede yapılan çalışmalar ve JCAHO standartlarına göre değerlendirilmeye alınmak isteyen sağlık kuruluşlarından gelen istekler üzerine uluslararası bir birimin kurulması yönünde karar almıştır.

1998 yılında, JCAHO Standartlar Bölümü Yöneticisi, Uluslararası Akreditasyon Yöneticisi olarak atanmış, 1998'de Standartlar oluşturulmuş ve ilk toplantılar 1998 ve 1999'da Şikago, Budapeşte ve Barselona'da yapılmıştır. 1999 yılının Ekim ayında standartlar yayınlanmıştır (Timmons, 2004). JCAHO'nun uluslararası kolu JCI olarak bilinmektedir.

5.4.2 JCI 'nın Amaçları

JCI'nın amacı, eğitim, yayınlar, danışmanlık, değerlendirme ve akreditasyon hizmetleri aracılığıyla, uluslararası toplulukta, sağlık bakımının güvenlik ve kalitesini geliştirmek olarak açıklanmaktadır. JCI akreditasyonu, dünya çapında, sağlık bakımında standart-temelli değerlendirmeye artan talebi karşılamak için tasarlanmış bir sistemdir. Bu sistemin amacı, sağlık bakımı kuruluşlarını değerlendirmek için, uluslararası topluluğa, standart-temelli ve

objektif bir değerlendirme süreci sunmaktır. Programın hedefi, sağlık bakımı kuruluşlarında, uluslararası olarak ortak karar verilmiş standartları uygulayarak, sürekli ve devamlı bir gelişimi uyarmaktır. JCI akreditasyon sistemi, yerel ihtiyaçlara adapte edilebilen uluslararası bir standartlar çerçevesi üzerine temellenmiştir.

JCI tarafından yayınlanan bir uluslararası standartlar kılavuzu mevcuttur. Bu uluslararası standartlar kılavuzu; bir sağlık kuruluşunun etkin ve verimli yönetilmesini yönlendirmek, hasta bakım hizmetlerinin organizasyonu ve bu hizmetlerin kalite ve verimliliğini geliştirme çabalarını yönlendirmek, sağlık kuruluşunun önemli işlevlerini yeniden gözden geçirmek, JCI tarafından akredite olmak için bütün kuruluşların karşılaması gereken standartları, bu standartların uyum beklentilerini ve koşullarını görmek ve akreditasyon politikaları, prosedürleri ve akreditasyon sürecini öğrenmek için kullanılabilir.

5.5 Akreditasyon Süreci

Akredite olmayı isteyen sağlık kuruluşlarının öncelikle yerine getirmesi gereken bazı koşullar bulunmaktadır. Sağlık kuruluşlarının, JCI akreditasyonuna başvurabilmesi için aşağıdaki koşulların yerine getirilmesi gerekmektedir:

- Kuruluş, ülkede o anda bir sağlık hizmeti sağlayıcısı olarak görev yapmalı ve ruhsatlı olmalıdır;
- Kuruluş, bakım ve hizmetlerinin kalitesini arttırmak için sorumluluk alıyor veya almayı istiyor olmalıdır;
- Kuruluş, JCI standartlarınca gösterilen hizmetleri sağlıyor olmalıdır.

Akredite olmak isteyen bir sağlık kuruluşu, akreditasyon sürecine, teftiş için başvuru formunu doldurarak başlar. Bu doküman, sahiplik durumu, demografik yapı, sunulan hizmet tipleri ve büyüklükleri de dahil olmak üzere, sağlık kuruluşu hakkındaki önemli bilgileri içerir. Teftiş başvurusu:

- Akredite olmak isteyen kuruluşu tanımlar;
- Kuruluşun JCI'a, ilgili ruhsat alma, düzenleme veya diğer hükümet bilgilerinin raporları ve bütün resmi kayıtlarını vermesini gerektirir;
- JCI'ı kuruluşun sahip olmadığı ama kuruluşla ilgili bütün rapor ve kayıtları elde etmeye yetkili kılar;
- Son haline getirilip JCI ve başvuran tarafından kabul edildiğinde, kuruluş ve JCI arasındaki ilişkinin koşullarını belirler.

Akreditasyon teftişı, bir kuruluşun, JCI standartlarına ve amaçlarına uyumluluğunu değerlendirir. Teftiş , kuruluşun uyumluluğunu aşağıdakileri temel alarak değerlendirir:

- Personel ve hastalarla görüşmeler ve diğer sözel bilgiler;
- Müfettişler tarafından hasta bakım süreçlerinin yerinde gözlemlenmesi;
- Kuruluş tarafından, sağlanan politika, prosedür ve diğer dokümanlar;
- Akreditasyon sürecinin bir parçası olduğunda kendini-değerlendirme sonuçları.

Yerinde teftiş süreci, kendini-değerlendirme sürecinde olduğu gibi, kuruluşların problemlerinin belirlenmesi ve düzeltilmesine, bakım ve hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesine yardım etmektedir. Standartlar ve onların amaç tanımlarına uyumluluğun değerlendirilmesine ek olarak, teftişçiler, kuruluşun kalite iyileştirme süreçlerine destek olmak amacıyla eğitim de vermektedirler.

JCI teftişi, başvuran kuruluşun, bütün standartlarla ilgili işlevlerini ve bütün hasta bakımı ortamlarını içermektedir. Uygulanacak standartlar, teftiş için başvuran kuruluş tarafından sağlanan hizmetlerin kapsamı temel alınarak JCI tarafından, JCI standartlar kılavuzu içinden seçilir. Yerinde teftişler, bir kuruluştaki bakım koşulları, politikaları ve prosedürler ile ilgili kararları etkileyebilecek veya biçimlendirebilecek, özel kültürel ve resmi faktörleri de göz önüne almaktadır. JCI akreditasyon komitesi, teftişin bulgularını temel alarak akreditasyon kararlarını vermekte ve bu kararlar iki türlü olabilmektedir; kuruluş, akredite edilebilir veya akreditasyon reddedilebilir. Kabul kararı, kuruluşun, JCI'ın çekirdek ve çekirdek-olmayan standartlarına kabul edilebilir bir uyum gösterdiğinde verilen akreditasyon kararıdır. Red kararı ise, kuruluş, JCI standartlarıyla uyum içinde olmadığında, JCI akreditasyonu başka sebeplerden geri çektiğinde veya kuruluş gönüllü olarak akreditasyon sürecinden geri çekildiğinde verilen akreditasyon kararıdır.

Akreditasyon belgesi almak için, kuruluşlar bütün çekirdek ve çekirdek olmayan standartlarla kabul edilebilir bir uyum göstermeli ve bu standartlarda minimal bir sayısal puan elde etmelidir. Kuruluşun sayısal puanı, genel standart başarı düzeyini belirler. Akredite olan kuruluşlar son bir akreditasyon raporu ve karar sertifikası alır. Rapor, kuruluş tarafından JCI standartlarına gösterilen uyum düzeyini belirtir.

JCI tarafından geri alınmadıkça, akreditasyon kararı 3 yıl geçerli olmakta ve bu 3 yıllık akreditasyon kabul kararının sonunda, kuruluşun, akreditasyonunun yenilenmesine hak kazanmak için yeniden değerlendirilmeye alınması gerekmektedir.

Eğer, akreditasyon süreci içindeyken, kuruluş, yapısında, sahiplik durumunda veya hizmetlerinde değişikliğe giderse, JCI'ye bildirmekte ve JCI, bu durumda, kuruluşun yeniden teftiş edilmesi ihtiyacını saptayıp bazen yeni bir akreditasyon kararı almaktadır. Aynı süreç,

JCI'nın, kuruluşun akreditasyon standartlarıyla uyumunun bozulduğu bilgisini alması durumunda da uygulanmaktadır. Kuruluşun, akreditasyonla ilgisi olan bir bilgiyi yanlış vermesi durumunda, akreditasyon kararı iptal edilmekte veya kuruluşun akreditasyona yeni başvurmuş olması durumunda, kuruluş bir sene için yeniden değerlendirilmeye alınmamaktadır.

Bir kuruluşun performansı ile ilgili bilginin, sadece kuruluşun hizmetlerini geliştirmesine değil, aynı zamanda kuruluşun kullanıcılarının da eğitilmesine yardımcı olduğu düşünülmektedir. Bu, aynı zamanda hasta ve yakınlarının, sağlık bakımını nereden alacaklarını bilgi sahibi olarak seçmelerine de yardımcı olabilir.

5.6 Standartların Geliştirilmesi ve Organize Edilmesi

Doktorlar, hemşireler, yöneticiler ve kamu politikası eksperlerinden oluşan 16 üyeli uluslararası bir takım, uluslararası akreditasyon standartlarının gelişimini yönlendirmektedir. Bu takım, 6 ana dünya bölgesinin üyelerinden oluşmaktadır: Latin Amerika ve Karayipler, Asya ve Pasifik Kıyısı, Ortadoğu, Orta ve Doğu Avrupa, Batı Avrupa ve Afrika. Uluslararası bir standartlar komitesi de, bu takıma, standartların modern uygulamayı sürekli olarak yansıtabilmesi için gerekli olan güncelleme ve düzeltmelerle ilgili tavsiyelerde bulunmaktadır.

Standart geliştirme bileşenleri, JCI tarafından aşağıdaki maddeler halinde sıralanmaktadır:

1. Bilimsel literatür,
2. Teftiş uyum bilgileri,
3. Araştırma bulguları,
4. Alan uzmanları ve yatırımcılardan bireysel girdi.

JCI uluslararası takımı, standartları, bütün sağlık bakımı kuruluşlarında ortak olan önemli faktörleri göz önünde bulundurularak ve uluslararası kullanıcılar için ideal olacağını düşündükleri şekilde, işlevsel olarak organize etmektedirler. Bu, son 5 yılda, 30'dan fazla ülkede bu yöntemin kullanılması sırasındaki deneyimlere dayanılarak yapılmaktadır. JCI standartları, hasta bakımı sağlanmasına ilişkin işlevlerle ilgili olanlar ve güvenli, etkin ve iyi-yönetilen bir kuruluş sağlamakla ilgili olanlar olarak gruplandırılmıştır. Bu işlevler kuruluştaki her bölüm, birim veya servis için geçerli olduğu gibi, kuruluşun bütününde de geçerli olmaktadır. İnceleme süreci, bu aşamada uyulan standartları belirlemekte, fakat akreditasyon kararında, kuruluşun bütününde bulunan genel uyum düzeyi temel alınmaktadır.

Standart kitabında, kalın harf baskısıyla yazılmış standartlar, JCI akreditasyonu almış kuruluşların üst düzeyde karşılaması beklenen standartlardır. Bu standartlar “çekirdek” olarak kabul edilir; çünkü bunlar, hasta ve ailelerinin temel haklarını korur, güvenli bir hasta bakımı kurumu oluşumunu destekler ve hasta bakımı sürecinde riski azaltır. Standart, bir düzenleme veya yasayla ilgili olduğunda, hangisi daha üst düzey ve katı düzenlemeyi gerektiriyorsa o uygulanmaktadır.

Bir standardın ölçülebilir elemanları, akreditasyon inceleme süreci sırasında gözden geçirilip bir puan verilecek olan, standardın ve amaç ifadesinin gerektirdikleridir. Ölçülebilir elemanlar, basitçe, standartlara tam olarak uyum içinde olabilmek için nelerin gerektiğini listelemektedir. Her bir eleman, standartta veya amaç ifadesinde vurgulanmaktadır. Ölçülebilir elemanları listelemek, standartlara daha fazla açıklık getirilmesine yardımcı olmakta ve kuruluşların personelinin, standartlarla ilgili olarak eğitmesine ve akreditasyon incelemesi için hazırlanmasına yardımcı olmaktadır. Standartlarla ilgili bilgi ve deneyim sürekli geliştirilmektedir. Eğer bir standart, modern sağlık pratiğini, yaygın olan mevcut teknolojiyi ve kalite yönetimi uygulamalarını artık yansıtmıyorsa, revize veya iptal edilir. 2005 yılı itibarıyla standartlar, iki senede bir revize edilip yayınlanmaktadır.

JCI standartlar kitabının son (ikinci) baskısında daha önceki standartlara ek olarak;

- Hastalara ruhsal ve dini ihtiyaçları sırasında yardımcı olmak için bir süreç;
- Yeni ağrı yönetimi standartları;
- Yeni yaşam sonu standartları;
- Akut bakım hastaları için bir doktor tarafından günlük değerlendirme;
- Orta ve derin sakinleştirici alacak hastaların bakımı;
- Hasta güvenliği konularını daha net bir şekilde vurgulayacak, yeniden odaklanılmış bir kalite geliştirme bölümü;
- Klinik servisler için bölüm katı planlarının içeriklerine, daha detaylandırılmış bir yol gösterme;
- Personel için hayata döndürme teknikleri eğitimi ile ilgili netleştirilmiş koşullar;
- Politikalar ve prosedürler gibi dokümanların idare edilmesinde yeni bir standart bulunmaktadır (JCAHO, 2003).

5.7 Standartlar

‘JCI Hastaneler İçin Standartlar’ kitabında bulunan standart tiplerinin tümünün başlıkları ve yine aynı kitaba göre bu standart başlıklarının genel çerçeveleri şunlardır:

- Bakıma Ulaşım ve Bakımın Sürekliliği (ACC):

Bu konu başlığındaki standartlar, bir sağlık kurumunun, verdiği hizmetler, tıbbi personel ve bakım düzeylerini entegre bir sistem olarak kabul etmesi esasına dayanmaktadır. Bütün bu faktörler, sağlık bakımının devamlılığını, sağlamaktadır. Amaç, hastanın sağlık bakım ihtiyaçlarını, mevcut hizmetlerle doğru şekilde buluşturmak, kurum içinde sunulan hizmetlerin koordinasyonunu sağlamak ve daha sonra da taburcu etme ve tabip için plan yapmaktadır. Sonuç, daha başarılı hasta bakımı sonuçları ve mevcut kaynakların daha etkin kullanımı olacaktır. Aşağıdaki maddelerle ilgili doğru kararlar vermek için bilgi temel zorunluluktur:

- Sağlık kurumu tarafından hangi hasta ihtiyaçlarının karşılanabileceği;
- Hastaya götürülen hizmetlerin etkin bir akışının sağlanması;
- Hastanın evine veya başka bir bakım ortamına transfer veya taburcu edilmesi.

JCI kurumu tarafından, ACC standartlarına genel bir bakış açısı olarak yukarıdaki bilgiler verilmekle birlikte, bu başlık ve amaç doğrultusunda mimariye uyarlanabilecek ve yeni standartlar getirilebilecek başka konular da söz konusu olabilecektir. Bunları kısaca, ulaşılabilirlikle ilgili tasarım özellikleri olarak tanımlamak mümkündür.

- Hasta ve Aile Hakları (PFR)

Her hasta, kendi ihtiyaçları, gücü, değer yargıları ve inanç sistemiyle ‘tek’tir. Sağlık kurumları, her bir hastanın kültürel, psiko-sosyal ve ruhani değerlerini anlamak, korumak ve hastalarla açık bir iletişim ortamı sağlayıp, güven ortamı yaratmak için çalışır. Hastalar ve aileleri, bakım kararları ve süreçlerine, kültürel beklentilerine uyacak şekilde dahil olduklarında, hasta iyileşme sonuçları iyiye doğru bir gelişme göstermektedir.

Bir sağlık kurumunda hasta haklarını iyileştirmek için, bu hakların tanımlanmasıyla işe başlanmalı ve daha sonra hastalar ve personel bu haklar konusunda eğitilmelidir. Hastalar, hakları ve bu hakların işleyişiyle ilgili bilgilendirilmelidirler. Personele, hastaların inançları ve değerlerini anlamak, bunlara saygı duymak ve hasta onurunu koruyan saygılı ve hassas bakımı sağlamak öğretilmelidir.

Bu bölüm, aşağıdaki süreçleri hedef almaktadır:

- Hasta haklarını tanımlamak, korumak ve geliştirmek;
 - Hastaları hakları konusunda bilgilendirmek;
 - Uygun olduğunda, hastanın ailesini, hastanın bakımıyla ilgili kararlara dahil etmek;
 - Hastanın bilgi sahibi olarak bakımı konusundaki uygulamalara rıza göstermesi;
 - Personeli hasta hakları konusunda eğitmek;
 - Kurumun etik değerler çerçevesini oluşturmak.
- Hastaların Değerlendirilmesi (AOP).

Etkin bir hasta değerlendirme süreci, hastanın durumunun değişmesi halinde bile, hastanın acil bakım ihtiyaçları ve devamında gelen bakım ihtiyaçları konusunda karar verilmesi sonucunu getirir. Hasta değerlendirmesi birçok ortam ve bölümde yer alan, devam eden ve dinamik bir süreçtir ve üç temel süreçten oluşur:

- Hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal konum ve sağlık tarihçesi hakkında bilgi toplamak;
 - Hastanın sağlık bakımı ihtiyaçlarını belirlemek için bilgileri analiz etmek;
 - Hastanın belirlenmiş ihtiyaçlarını karşılayabilmek için bir bakım planı geliştirmek.
- Hastaların Bakımı (COP).

Bir sağlık kurumunun ana amacı hasta bakımındır. Bir ortamda, hastanın kendine özel ihtiyaçlarını karşılayacak en uygun bakımı sağlamak, üst düzeyde bir planlama ve koordinasyon gerektirmektedir. Hasta bakımında belirli aktiviteler temeldir. Bu aktiviteler aşağıdakileri içerir:

- Her hastaya yapılacak bakımı planlamak ve her hastaya bakım götürmek;
- Hastayı takip etmek ve bakım sonuçlarını anlamak;
- Gerekli durumlarda bakımın yeniden düzenlenmesi;
- Bakımın tamamlanmasını sağlamak;
- Bakım sonrası takibi planlamak.

- Hasta ve Aile Eğitimi (PFE),

Hasta ve ailelerinin eğitilmesi; hastaların bakımları ile ilgili daha katılımcı olabilmelerine ve bilgi sahibi olarak bakım kararları vermelerine olanak sağlar. Kurumdaki birçok farklı personel, hasta ve ailelerini eğitir. Eğitim, hasta doktoruyla veya bakımını sağlayan diğer personelle etkileşime girdiğinde mümkün olur. Diğer personel, rehabilitasyon veya nutrisyon terapisi gibi özelleşmiş hizmetler verirken, veya hastayı taburcu olmaya ve bakımın devamına hazırlarken eğitim olanağı sağlar. Birçok personelin hasta ve ailelerin eğitilmesine yardım etmesinden dolayı, personelin faaliyetlerini koordine etmeleri ve hastaların hangi konularda bilgilendirilmeye ihtiyaç duydukları konusuna odaklanmaları gerekmektedir.

Eğitim, hem bakım sürecinde, hem de hasta taburcu edildikten sonraki süreçte gerekli olan bilgileri içermelidir. Bu yüzden, eğitim bütün bu süreçlerde, bilgi kaynaklarına ulaşımı olanaklı kılmalıdır.

Bir kurumda etkin eğitimin sağlanması, uygun mekanın (ortamın) elektronik ve görsel formatta araçların bulunmasını ve uzaktan öğrenme ve diğer tekniklerin varlığını gerektirir.

- Kalite Geliştirilmesi ve Hasta Güvenliği (QPS),

Bu bölüm, kalite geliştirilmesine, çok yönlü bir yaklaşımı tarif etmektedir. Kalitede genel bir iyileşme, hasta ve personelin yaşadığı risklerde azalma ile bütünleşmiş durumdadır. Bu tür riskler, fiziksel çevrede olabileceği gibi, klinik süreçlerde de yaşanabilir. Bu yaklaşım aşağıdaki süreçleri içerir:

- Yeni klinik ve yönetim süreçlerini doğru tasarlamak;
- Bu süreçlerin etkin çalışıp çalışmadığına ait bilgi toplanması;
- Bu bilginin analiz edilmesi;
- İyileşme ve gelişme ile sonuçlanan değişiklikleri süreçlere katmak ve sürdürülmesini sağlamak.

Kısacası bu bölüm, kurumda, bakım kalitesinin ve hasta güvenliğinin sağlanması için gerekli süreçlerle ilgili olarak tanımlanabilir.

- Enfeksiyon Korunumu ve Kontrolü (PCI),

Bir kurumun enfeksiyon kontrol programının amacı, hastalar, personel, doktorlar ve ziyaretçilerin enfeksiyon kapması ve birbirlerine geçirmesi risklerini belirleyip, bu riskleri kontrol altına almak ve azaltmaktır.

- Yönetim, Liderlik ve Kontrol (GLD).

Mükemmel bir hasta bakım hizmeti sağlamak, etkin yönetimle mümkün olmaktadır. Yönetim, bir sağlık kurumunda birçok kaynaktan gelmektedir. Bu kaynaklar arasında, kurumun başındaki yöneticiler, klinik konulardaki yöneticiler ve her bölümün içindeki sorumluluk alan personel sayılabilir. Her kurum, söz konusu bu bireyleri belirlemeli ve kurumun, içinde bulunduğu toplum ve sahip olduğu hastalar için etkili bir kaynak olmasının sağlanması sürecine bu bireyleri de katmalıdır. Zaman içinde, etkin yönetim, kurum içindeki bölümler arasındaki engellerin ve iletişim problemlerinin üstesinden gelinmesine yardımcı olmakta ve kurum daha etkin ve etkili bir hal almaktadır. Bütün kalite yönetimi ve geliştirilmesi faaliyetleri, kurumdaki hasta çıktılarının daha olumlu sonuçlara doğru gitmesi ile sonuçlanmaktadır.

- Bina Yönetimi ve Güvenlik (FMS).

Sağlık kurumları, hastalar, aileleri, personel ve diğer ziyaretçiler için, güvenli, fonksiyonel ve destekleyici bir ortam sağlamak için çalışmaktadırlar. Bu amaca ulaşabilmek için, kurumun fiziksel özellikleri, tıbbi ve diğer araçlar ve insanlar etkin şekilde yönetilmelidir. Kurum yöneticileri aşağıdaki amaçlara ulaşmalıdır:

- Risk ve tehlikeleri azaltmak ve kontrol altına almak;
- Kaza ve yaralanmaları önlemek;
- Güvenli bir ortam yaratmak.

Etkin yönetim, planlama, eğitim ve denetlemeyi içermektedir.

- Yöneticiler, sağlanan tıbbi hizmetleri güvenli ve etkin şekilde desteklemek için gerekli olan mekan, aracı ve kaynakları planlar.
- Personelin tümü, kurum, risklerin azaltılması, risk oluşturan durumların izlenip rapor edilmesi konularında eğitilirler,
- Önemli sistemlerin denetlenmesi ve gerekli gelişmelerin belirlenmesi için performans ölçütleri kullanılır.

Planlama, kuruma ve kuruluşun faaliyetlerine uygun olduğunda, aşağıdaki yedi alanı göz önünde bulundurmalıdır.

- Güvenlik: binalar, zemin kaplamaları, ekipmanlar ve sistemler, insanlar için tehlike oluşturmamalıdır;
- Emniyet: mal/mülk ve insanlar kayıp ve zarardan korunmalıdır;

- Zararlı materyaller: radyoaktif ve diğer maddelerin taşınması, depolanması ve kullanılması kontrol edilmeli ve zararlı atıklar güvenli biçimde atılmalıdır;
- Acil durumlar: salgınlar, felaketler ve acil durumlara göre planlanmalı ve etkili olmalıdırlar;
- Yangın güvenliği: mal/mülk ve insanlar yangın ve dumandan korunmalıdır;
- Tıbbi ekipman: ekipman, riskleri azaltacak biçimde seçilmeli, bakımı yapılmalı ve kullanılmalıdır;
- Tesisat sistemleri: elektrik, su ve diğer tesisat sistemlerinin çalışma hatalarını en aza indirmek üzere bakımları yapılmalıdır.

Yasalar, düzenlemeler ve yerel otoriteler tarafından yapılan teftişler, bir kurumun nasıl tasarlandığı, kullanıldığı ve bakımının yapıldığını geniş ölçüde belirler. Büyüklük ve kaynaklardan bağımsız olarak bütün kuruluşlar, hastaları, hasta yakınları, personel ve ziyaretçilerine olan sorumluluklarının bir bölümü olarak bu koşullarla uyum içinde olmalıdırlar.

Kuruluşlar, yasa ve düzenlemelerle uyum içinde hizmete başlarlar. Zaman içinde iş hasta bakımı ortamını geliştirmek ve riskleri azaltmak için bilgi toplamaya ve stratejiler yürütmeye başlarlar.

- Personel Kalifikasyonu ve Eğitimi (SQE).

Bir sağlık kuruluşu, misyonunu gerçekleştirmek ve hasta ihtiyaçlarını karşılayabilmek için, uygun bilgiye sahip, kalifiye bireylere ihtiyaç duyar.

Personel değerlendirilmesi ve işe alınması en başarılı şekilde, koordine olmuş, etkili ve uniform bir süreç aracılığıyla gerçekleştirilebilir. Sağlık kurumları, personelinin kişisel olarak, profesyonel anlamda yeni bilgiler edinmesi ve kendini geliştirmesi için olanaklar sağlamalıdır. Bu sebeple, personele hizmet içi eğitim ve diğer öğrenme fırsatları sunulmalıdır.

- Bilgi Yönetimi (MOI).

Hasta bakımını sağlamak, büyük oranda bilgiye bağlı, karmaşık bir çabadır. Hizmet sağlamak, koordine etmek ve integre etmek için, sağlık kurumları, bakım bilimi, hastalar, verilen bakım hizmeti, verilen bakım hizmetinin sonuçları ve performans bilgilerine dayanırlar. İnsan, malzeme ve finansal kaynaklarda olduğu gibi, bilgi de, kurum yöneticileri tarafından etkin şekilde yönetilmelidir. Her kurum, hasta çıktılarını iyileştirmek ve kurumun performansını arttırmak için, bilgi edinmeye, yönetmeye ve kullanmaya çalışır.

Zamanla, kurumlar aşağıdaki konularda daha etkin olmaktadır:

- Bilgi ihtiyaçlarını tanımlamak;
- Bir bilgi yönetim sistemi tasarlamak;
- Bilgiyi belirlemek ve yakalamak;
- Verileri analiz etmek ve bu verileri bilgi haline dönüştürmek;
- Bilgiyi kullanmak ve entegre etmek.

Bu çalışma kapsamında, yukarıda listelenen standartların tümü taranmış ve aralarından ‘iyileştiren hastane’ tasarımıyla doğrudan veya dolaylı olarak ilgili görünen ve tasarım kararlarına katkı sağlayabileceği düşünülen standartlar seçilmiştir. Detaylı incelemesi yapılan ve mimariye yansıtılabilineceğine karar verilen bu standartlar, günümüzde bir sağlık kuruluşunun akredite olmak için karşılamak zorunda olması gereken standartların tümü değildir. Sağlık kurumu mimarisi açısından girdi sağlayacak olan standart tipleri şunlardır:

1. Bakıma Ulaşım ve Bakımın Sürekliliği (ACC)
2. Hasta ve Aile Hakları (PFR)
3. Hastaların Değerlendirilmesi (AOP)
4. Hastaların Bakımı (COP)
5. Hasta ve Aile Eğitimi (PFE)
6. Kalite Geliştirilmesi ve Hasta Güvenliği (QPS)
7. Enfeksiyon Korunumu ve Kontrolü (PCI)
8. Yönetim, Liderlik ve Kontrol (GLD)
9. Bina Yönetimi ve Güvenlik (FMS)

5.8 Akreditasyonun Eleştirisi

Akreditasyon standartları detaylı şekilde incelendiğinde, standartların hasta-merkezli anlayış doğrultusunda oluşturulma çabalarına karşın, henüz yeterince hasta merkezli olmadıkları, hastaların psikososyal gereksinimlerine cevap verecek şekilde hazırlanmış standartların mevcut olmadığı ve mimari tasarım kalitesinin fazla irdelenmediği görülmüştür.

‘İyileştiren’ sağlık kurumları yaratabilmek ve sağlık kurumları kalitesini yüksek seviyelere taşıyabilmek, çevrenin hasta üzerinde kanıtlanmış olan etkisini dikkate alarak standartları yeniden düzenlemekle mümkün olacaktır. Standartların, aydınlatma, renk, doku, ısıtma, havalandırma, mahremiyet, saygınlık, sosyal iletişim gibi, hastaların dikkat ettikleri ve sağlıklarını etkileyen noktaları vurgular biçimde oluşturulması gerekmektedir.

Hastane binaları tasarım sürecinde, politik kararların, sadece fiziksel, finansal ve yönetsel faktörleri kapsamak yerine, duyuşal ve duyuşusal faktörleri de kapsamasının gereğı açıktır. Bu kararların içine sözü edilen faktörlerin de katılabilmesi, performans standartlarına, maliyet limitleri, yönetimle ilgili hedefler veya iş akışı prosedürleri ile birlikte, duyuşal ve duyuşusal faktörleri de kapsayan uygun mekan standartları ve iyileştiren çevresel standartların oluşturulmasıyla mümkün olacaktır. Bu çalışmada önerilen yöntemin yararlılığı ise, kullanım sonrası değerlendirme çalışmalarında, işlevsel verimlilik, kullanıcı memnuniyeti, hasta çıktıları, bütçe ve kurumun sektördeki yerinin önceki yıllara göre göreceli olarak hesaplanmasıyla anlaşılabilir.

5.9 Bölüm Sonucu

Günümüzde, küresel eğilimin bütün insanlık için çevresel olarak dostça, sürdürülebilir ve sosyal olması beklentilerine doğru dönmesi ile ortak standartlar dünyanın tümüne uygulanabilir. Akreditasyon gelişme için güçlü bir araçtır ve etkili bir değerlendirme aracı olarak dünya çapında önem kazanmıştır.

Dünyada birçok ülkede uygulanmaya başlanmış olan akreditasyon programları, gerek ülke çapında, gerekse uluslararası çapta olabilmektedir. Avrupa'da birçok ülke, kendi akreditasyon sistemlerini kurmaya yeni başlamaktadırlar. Türkiye için de durum benzerdir. Ulusal bir akreditasyon sistemi kurma kararı son senelerde verilmiş ve bununla ilgili çalışmalara başlanmıştır.

Günümüzde en yaygın olan ve gelişmişlik derecesi nedeniyle dünyada en fazla kabul gören akreditasyon sistemi ise, Amerika'da kurulmuş olan JCAHO ve bu sistemin bir yan dalı olan, uluslararası çapta uygulama alanına sahip JCI akreditasyon sistemleridir. Bu sistemler, ülkemizde de bazı hastaneler tarafından uygulanmaktadır. Söz konusu kalite sisteminin standartları incelendiğinde, mimari açıdan bazı eksikliklere rastlanmış ve akreditasyon sisteminin bu konuda geliştirilmeye ihtiyacı olduğu görülmüştür.

6. HASTANELERDE KALİTE GELİŞTİRMEYE YÖNELİK KONTROL LİSTESİ OLUŞTURMA VE UYGULAMA YAKLAŞIMLARI

Kalite geliştirme, son birkaç yılda Batı’da birçok büyük kuruluşun ilgilenmeye başladığı bir çalışma alanıdır. Bu durum, kuruluşların müşterilerinin ihtiyaçlarına daha fazla cevap verebilme istekleri ve tüketicilik kavramına verilen önemin artmakta olmasının yansımasıdır. 21. yüzyılın başlangıcı, Batı’daki birçok toplumun, kaliteli mekanların tasarımına, kaliteli tüketim maddelerine ve sanata gün geçtikçe artan bir ilgi gösterdikleri bir dönem olmuştur. Batı ülkelerinde son 10 yılda ortaya çıkan ve gittikçe artan, Türkiye’de ise son birkaç yılda yayılan, konut mekanlarını yeniden tasarlamak ve dekore etmek konularıyla ilgili televizyon programları, kaliteli mekanlar ile ilgili bir bilinçlenmeye işaret etmektedir.

Kalite geliştirmeye yönelik bir araç olarak kontrol listesi geliştirilmesi sırasında, kontrol listesi kavramı, oluşturma yöntemleri ve günümüzde Avrupa ve Amerika’da hastane kalitesini arttırmaya yönelik hasta-odaklı anket ve araştırma çalışmaları ayrıntılı olarak incelenmiştir. Bu bilgi ve araştırmalara ulaşırken, bunların değişen paradigmaları ve yenilikleri yansıtan, güncel çalışmalar olmalarına dikkat edilmiştir.

6.1 Akreditasyona Yönelik 'İyileştiren Hastane' Tasarımında Tasarım Kalitesinin Değerlendirilmesi

Tasarım kalitesinin değerlendirilmesi, genellikle, bir binanın performansının, söz konusu binanın çeşitli yönlerine değerler verilerek, sayısal anlamda değerlendirilmesi olarak anlaşılır. Bu, bina içindeki hizmet ve işlevlerin verimliliği ve etkinliğinin test edilmesinden, bireylerin binaya olan duygusal tepkilerinin değerlendirilmesine kadar değişen çeşitlilikte bir değerlendirmedir. Tasarım kalitesini değerlendirme çabaları ve bunlara nicel değerler vermek, başarmanın çok zor ve önemli olduğu bir konudur. Tasarım kalitesini değerlendirmek için, tasarım veya yapının ihtiyaç listesi veya programını kontrol etmek tek başına yeterli değildir. Değerlendirme çalışmaları, işlevsel, sağlık, güvenlik ve psiko-sosyal kriterler gibi diğer kriterleri de göz önünde bulundurmalıdır.

Tasarım kalitesinin gelişimi, bölüm 4.2.2’de açıklanmış olan döngüsel bir süreç gerektirir. Bu süreçte, amaç doğrultusunda oluşturulan tasarımın uygulanmasıyla, kullanımda olan binanın değerlendirilme süreci de başlamaktadır. Bu değerlendirilme süreci ise, başta sahip olunan tasarım amaç ve fikirlerini değerlendirip, gerekirse değiştirerek bir üst düzeye taşımakta ve geliştirmektedir.

1970’li yıllardan bu yana KSD (Kullanım Sonrası Değerlendirme) çalışmalarında önemli bir artış görülmektedir (Voordt ve Wegen, 2005). KSD, kullanımda olan tasarlanmış mekan ve çevrelerin, kullanıcıları için etkili ve tatmin edici olma yoklaması olarak açıklanabilir. Kernohan’a (Kernohan ve diğ., 1982) göre, binaların ‘tümünün’ değerlendirilebilmesi için, hem fiziksel hem de sosyal özellikler göz önünde bulundurulmalıdır. Değerlendirme, temel plan şeması ve tek ölçekte mekanların plan şemaları, genel biçimin algılanma şekli, iç mekan etkisi ve davranışsal faktörler (mekanın kullanımı, mahremiyet, sosyal ilişkiler, mekansal oryantasyon vb.) gibi konulara değerler atamaktadır. Teknik yönler, (strüktür, teknik hizmetler vb.), sadece, eğer kullanımı etkiliyorsa, veya kullanıcıların iyi-olma hali üzerinde bir etkisi bulunuyorsa göz önüne alınmaktadır. KSD çalışmalarında genel olarak, tasarımcının yaklaşımı ve tasarım, aynı birey tarafından, farklı projelerle karşılaştırılmaktadır (Voordt ve Wegen, 2005).

KSD çalışmalarında, kullanıcıların fikir ve deneyimlerine başvurulmakta, sonuç olarak toplanan bilgiler ve varılan noktanın gelecek tasarımlar veya kullanımda olan binaların iyileştirilmeleri için yol gösterici bir niteliğe dönüştürülmesi amaçlanmaktadır. Varılan bu tasarım kararları, zamanla yasal karar ve düzenlemelere de temel oluşturacak nitelikte kararlardır. (Bkz. Şekil 4.2)

KSD çalışmaları yürütülürken, değerlendirilecek olanın ne olduğu, neden, nasıl, ne zaman, kim için ve kim tarafından bu çalışmanın gerçekleştirileceği açık şekilde ortaya konmuş olmalıdır.

Değerlendirme çalışmalarının amaçları, Voordt ve Wegen (2005) tarafından aşağıdaki şekilde listelenmektedir:

Proje ile ilgili olanlar:

1. Beklentilerin karşılanıp karşılanmadığını tesbit etmek;
2. Amaçlara ulaşıp ulaşılamadığını tesbit etmek;
3. Öngörülemeyen ve önceden amaçlanmayan etkilere dikkat çekmek;
4. Gelişmelere temel oluşturabilecek malzeme sağlamak.

Proje ile ilgili olmayanlar:

1. Kuramsal gelişme;

2. Araçların geliştirilmesi;
3. Tasarım kılavuzları;
4. Yasa ve düzenleme önerileri;
5. Referans oluşturabilecek projelerin bilgi tabanını oluşturmak.

Bu çalışmada, gelişmelere temel olabilecek bilgi sağlanması, hasta odaklı iyileştiren hastane için tasarım kılavuzu oluşturulması, akreditasyona yönelik yasa ve düzenleme önerileri getirilmesi, yürütülen KSD çalışmasının hedefleri olarak gösterilebilir.

Araştırmanın değerlendirmeye yansımalarının sonuçları, müşteri, tasarımcı, yasa ve düzenlemelerden sorumlu kişiler, planları kontrol etmekten sorumlu kişiler gibi, aslında yapı ile ilgili herkes tarafından kolayca ve çabuk erişilip anlaşılabilir bir biçime dönüştürülmelidir. Sonuçlar çoğunlukla, kontrol listeleri ve kılavuzlar biçiminde sunulmaktadır. Bu tip araçlar, yapı planlarını geliştirmek ve kontrol etmek, felaketlerden korunmak, düzenlemeleri geliştirmek ve yasalara yol gösterici nitelikte olmak için oldukça uygundur (Voordt ve Wegen, 2005).

KSD çalışmaları farklı şekillerde yürütülebilmektedir. KSD uygulanan binada, kontrol listeleri, anketler, kullanıcıyla yapılan görüşmeler ve gözlem çalışmaları gibi KSD türlerinden biri veya birkaçı birlikte yürütülebilmektedir. KSD yöntemlerinin tam bir çerçevesi çizilemez; çünkü her duruma, bina tipine ve zamana uygun farklı yöntemler kullanılabilir ve bu yöntemler araştırmacının bakış açısı ve yaratıcılığıyla da doğrudan ilgilidir. Örneğin, bir hastane binasında, diğer bina türlerinden farklı olarak, hasta iyileşme oranları ve tıbbi bulguları, KSD çalışmalarında kullanılabilir. KSD çalışmaları yöntemlerinin ne kadar çeşitlendirilebileceğine başka bir örnek ise, binanın yapım-onarım masraflarının takip edilmesi ve en çok vandalizmle karşılaşılan veya en çok değişime uğrayıp sürekli tadilat gören mekanların araştırılarak bir sonuca varılmasının mümkün olabilmesidir. Ayrıca, istatistiksel göstergeler de kalite düzeyi, geliştirilmesi ve daha sonraki araştırmalar için fikir verebilir. İstatistikler kesin mesajlardan çok göreceli mesajlar verirler. Ancak yorumlanmalarıyla ilgili oldukça dikkatli olunması gerekmektedir, çünkü bu göstergelerden çıkacak hastane performansı ve kalitesi ile ilgili veriler, hastanenin kontrolünün dışında birçok sosyal ve ekonomik değişkene dayanır.

Voordt ve Wegen'e (2005) göre, değerlendirme yöntemleri; anketler, bireysel görüşmeler, grup görüşmeleri, gözlem çalışmaları, dökümantasyon çalışmaları, atölye çalışmaları, alan

gezileri ve sanal gerçeklik olarak sıralanabilir.

Harvard Tıp Okulundaki araştırmacılar, hastaların düşünce ve deneyimlerini ölçmek için standardize edilmiş bir araç geliştirmişlerdir. Bu, ilk olarak ABD’de hastanelerde yatan hastalarla ve yakınlarıyla telefonla görüşme şeklinde ulusal düzeyde uygulanmıştır. Daha sonra da Picker Anketi (teftiş–survey) adıyla Avustralya, Kanada ve farklı Avrupa ülkelerinde uygulanmıştır. Olumlu Picker skorları Michigan hastanelerinde şikayetleri ve beklenmedik ölümleri belirgin biçimde azaltmıştır. Picker anketi(teftiş –survey) ve skorları, bölüm 6.3.2’de geniş olarak incelenmektedir. İngiltere’de bütün hastanelerin her yıl kendi yerel anketlerini yaptırmaları şart koşulmaktadır. Bu anketler, ulusal performansın izlenmesi ve referans oluşturulması için standart soru setini içerir. Sonuçlar ulusal performans değerlendirilmesinde kullanılmak için sağlık birimlerine gönderilir. Birleştirilen sonuçlar internette yayınlanmakta ve bu sonuçlar hastaların tercihlerini belirlemekte etkili olmaktadır. Fransa,Yunanistan, Hollanda, İsveç ve İngiltere gibi ülkelerdeki çalışmalar, hastaneler arası karşılaştırmaların yerel veya bölgesel seviyede etkili olduğunu göstermiştir [49].

Hastane binalarında günümüzde oldukça yaygın ve güçlü bir akım olan ve KSD’ye verilen örneklerin bir uygulaması ise, Bölüm 5’de ayrıntılı olarak açıklanmış olan. binanın belirli bir akreditasyon sisteminin standartlarına uygunluğunun ölçülmesidir. Bağımsız kuruluşlarca yapılan değerlendirmelerde, bu sistemler, ziyaretler, anketler, değerlendirmeler veya denetimler yoluyla bir sonuca varabilmek için belirli standartları kılavuz olarak kullanmaktadırlar.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, sağlık bakımının kalitesini geliştirebilmek için çeşitli yöntemler geliştirmekte ve yeni çalışmalar yapmaktadır. Bakanlığa bağlı hastanelerde, 2004 yılı başından itibaren uygulanmaya başlayan “performansa dayalı ek ödeme” sistemi devam etmektedir.

2005 yılında “kurumsal kaliteyi geliştirme ve kurumsal performans” kavramı gündeme alınarak uygulamaya yeni bir boyut getirilmiştir. Bu çerçevede hastane hizmetleri iyileştirme çalışmalarının izlenmesi açısından ‘Hastane Performansının Ölçülmesi Konusunda Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi’ raporları ve bu konunun uygulandığı ülke örnekleri analiz edilerek belirlenmeye çalışılmaktadır. Bu çalışmalarda, ölçmenin, kalite geliştirme konseptinin temeli olarak kabul edildiği, ölçme yöntemiyle, hastanelerin sağlık hizmetlerini iyileştirmesi konusunda gerçekte ne yaptıklarının tanımlanması ve hastanelerin iyileştirmeler konusunda yaptıklarının belirlenmiş hedeflerle karşılaştırılması mümkün

olacaktır [49].

Sağlık Bakanlığı'nca, hastane performans ölçüm yöntemleri olarak, mevcut mevzuatlar çerçevesinde yapılan denetimler ve incelemeler, hasta ve hasta yakınlarına yönelik anket-saha araştırmaları, bağımsız kuruluşlarca yapılan değerlendirmeler, istatistiksel göstergeler ve özdeğerlendirme süreçleri sayılmaktadır. Bu yöntemler, doğrudan veya dolaylı olarak hastane tasarım kalitesini ilgilendiren konuları da kapsayıp değerlendirmektedir. Ancak bu anketlerin yapılıp yapılmadığı ve sonuçlarına ilişkin bir bilgi elde edilememiştir. Mevcut mevzuatlar çerçevesinde yapılan denetimler ve incelemelerde, hastanelerin genel olarak yayınlanmış düzenlemelere uygunluğunu izlemek için yasalarla belirlenmiş inceleme mekanizmaları bulunmaktadır. Bu denetimler çerçevesinde, tasarım kalitesi konusunu da ilgilendirmekte olan yangın, hijyen, radyasyon, enfeksiyon kontrolü, tıbbi alet ve ilaç denetimleri de bulunmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarına yönelik anket-saha araştırmaları yapılırken, standardize edilmiş anketlerin hastane tasarım kalitesinin belirlenmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Bakanlıkça, hastaların algılayışlarına yönelik sistematik değerlendirmelerin yapılmasının önem kazanmakta olduğu kabul edilmeye başlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölge Ofisi 2003 yılında hastanelerin gönüllü oto-değerlendirme ve diğerleriyle karşılaştırma yapabilmeleri için 6 alanda performans ölçütlerini belirlemeye başlamıştır. Bunlar; klinik etkinlik, hasta merkezli hizmet, üretimde etkinlik, güvenlik, personelin gelişimini sağlamak ve hesap verebilir yönetim alanları olarak belirlenmiştir [49]. Oldukça karmaşık bir süreci içinde barındıran hastane hizmetlerinin tanımlanması, ölçülmesi, değerlendirilip, yorumlanması, ortaya çıkan çıktılarından sağlık politikalarının oluşturulup varılmaya çalışılan amaç olan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet sunumunun sağlanması konusunda ülke olarak henüz işin başında olduğumuz görülmektedir. Bir başlangıç olarak, performans ölçüm yöntemlerinden bazılarının Türkiye'deki hastaneler tarafından uygulanması için "Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" hazırlanarak yürürlüğe konulmuştur. Yönergede kurumsal performans ölçüm yöntemleri üç başlık altında toplanmıştır. Bunlar; Poliklinik Hizmetlerine ilişkin olarak uygulanan,

- Kurum Kalite Ölçütleri,
- İl İdare Kurulu Değerlendirmesi,
- Hasta ve Hasta Yakınları Memnuniyet Anketleridir.

Poliklinik Hizmetleri Katsayısı, hasta talebini karşılama ve hastanın hekim tercihinine cevap verebilmek açısından poliklinik hizmetleri yapabilecek tabip sayısının, poliklinik oda sayısına oranı bir ölçüm yöntemi olarak kullanılmıştır. Kurum Kalite Ölçütleri Katsayısı kapsamında Ulusal akreditasyon kurumlarının kurulması ile bir değerlendirme süreci de başlamış olacaktır. İl İdare Kurulu Değerlendirme Katsayısı kapsamında, İl Sağlık Müdürlüğü, hastanenin fiziki, personel, yönetim, cihaz, hizmet süreçleri gibi hususları içeren bir değerlendirme formu ile hastaneleri değerlendirerek il idare kuruluna sunacaktır. İl idare kurulu raporu inceleyerek karara bağlayacaktır. Hasta ve hasta yakınlarına uygulanan anketlerden elde edilen ‘Hasta ve Hasta Yakınları Memnuniyet Anket Katsayısı’, bu sürece dahil edilmiştir. Bu şekilde kamuoyu ve hastaların neye değer verdikleri ile sağlık bakım ve sonuçlarının hastalar ve aileleri tarafından nasıl algılandığı ortaya konmuş olacaktır.

Bir başlangıç olarak belirlenen bu ölçütler ile Sağlık Bakanlığına bağlı bütün hastaneler bulundukları sınıflara göre karşılaştırılabilecektir. Sağlık kurumlarının, “kurumsal kaliteyi geliştirme ve kurumsal performans” uygulaması ile sağlık bakımını daha nitelikli karşılar hale geleceğine inanılmaktadır [49].

Sonuç olarak, KSD çalışmaları, yapay çevre hakkındaki bilgileri zenginleştireceğinden, elde edilen bu güncel ve güvenilir verilerle, tasarımcılar yeni tasarımların sonuçlarını büyük olasılıkla daha iyi belirleyebilecektir.

6.2 Kontrol Listesi Amacı ve Tanımı

Jones, bilimsel veriler ve KSD çalışmaları değerlendirmelerinin sonuç ürünü olarak kabul edilebilecek kontrol listelerinin, tasarım düşüncesinde ortaya çıkmış en basit ve en çabuk faydası görülen yardımcı olarak tanımlamakta ve tasarımla ilgili daha önce gözden kaçırılan gerekliliklerin tekrar gözden kaçırılacağı varsayımıyla hazırlandığını anlatmaktadır. Aynı zamanda, yeni tasarımcıların, rutinleşmiş tasarım sorunlarıyla görevlendirildiklerinde bu varsayımın kesinlikle doğru olduğunu belirtmektedir. Jones’a göre, konfor, güvenilirlik veya işlevsellik standartları yükseltildiğinde ve tasarımcıların yeni standartlara ulaşmaları için yinelenen soruların yardımına ihtiyaç duyduklarında da varsayım aynı şekilde doğrudur (Jones, 1970).

Sanoff’a (1977) göre, bilgi kontrolünün en fazla kullanılan yöntemi belki de kontrol listeleridir. Kontrol listeleri kullanılması en uygun olduğu durumlar, mekan içindeki aktivitelerin tekrarlanan biçimde veya alışkanlık biçiminde olmasıdır. Kontrol listeleri,

rutinleşmiş çalışmalar için standart hale gelmiştir. Sıkça kullanılan bir kontrol listesi, tasarımıyla ilgili kuralların kontrol edildiği bir listedir. Eğer, yeni yapılacak olan yapı önceden belirlenen gereklilikleri yerine getiremiyorsa, inşa edilmeyebilir (Sanoff, 1977).

Tasarımıyla ilgili kuralların gerekliliklerini yerine getirebilmek karmaşık ve zor bir görevdir. Bu görev, belirlenmiş olan kuralın derinlemesine bilinmesi, sınırlarının, amacının ve zayıflıklarının neler olduğunun anlaşılmasını gerektirir. Bu görevin karmaşıklığının bir sonucu olarak birçok mimarlık bürosu bu ihtiyacı tamamen karşılayabilmek için kontrol listeleri oluşturmuştur. Bir mimari büro, kuralların gerekliliklerini önceden göz önüne alarak ileride olabilecek zor durumlardan korunmuş olur (Sanoff, 1977). Jones (1970), kontrol listelerinin amacını, benzer durumlarda birbiriyle ilgili olan gereksinimlerin bilgisini tasarımcıların kullanmasına imkan vermek olarak açıklamaktadır.

Bu çalışmada hazırlanan kontrol listesi de, Jones'un sözünü ettiği durumlardan ikincisi ile örtüşmektedir. 'İyileştiren hastane' terimi ve akreditasyona yönelik arayışlar, aslında, tasarım kalitesini etkileyen birçok parametrenin standardının yükseltilmesi ve bu standartların belirlenip açık hale getirilmesi çabalarıdır.

6.2.1 Kontrol Listesi Oluşturma Yöntemlerinde Yeni Yaklaşım ve Anlayışlar

Jones (1970), kontrol listesinin oluşturulması için iki adım belirlemiştir:

1. Benzer durumlarda önemli bulunan soruların bir listesini hazırlamak,
2. Bu soruların hepsini ya da bir bölümünü, değerlendirilecek yapı ile ilgili olarak sormak.

Hastaların eğilimlerini öğrenebilmek için kullanılan ortak bir strateji, hasta görüşmeleri yapmaktır. Hasta memnuniyetini ölçen sayısız çalışmanın varlığına rağmen hastanelerde, beklenen düzeyde bir kalite geliştirilmesinin mümkün olamadığı görülmektedir. Cleary (1999), bu çalışmaların başarısız olmalarının temel sebeplerinden birinin, çalışmalarda hastalardan alınan cevapların sübjektif oluşları ve hastadan hastaya büyük oranda değişen beklentilerin karmaşık bir birleşimi olmaları olarak göstermektedir.

Hastaların aldıkları bakımın kalitesiyle ilgili görüşlerini ayırt edebilmek için daha net yöntemlere ihtiyaç olduğu anlaşılmıştır. Bu sebeple, bakım kalitesini yansıtan deneyimler ile ilgili raporların ayırt edilebilmesine yarayan ölçüm yöntemlerinin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi için daha fazla çaba sarf edilmeye başlanmıştır. 'Bu tür yöntemler, hasta özelliklerinden daha az etkilenir, yorumlanmaları daha kolaydır ve böylece kalite geliştirilmesi amacıyla kullanılmaları mümkün olmaktadır' (Cleary, 1999).

Bu yeni gözlem ve görüşme (sörvey) araçları, hasta ve doktorların, kaliteyi temsil ettiğini düşündükleri, bakımın farklı yönleriyle ilgili objektif sorular soran geçerli ve güvenilir araçlardır. Yorumlanması kolayca yapılabilen ve kalite geliştirme çabaları için belirli alanları işaret eden sonuçlar sağlamaktadırlar (Cleary, 1999).

Avrupa'daki Picker Enstitüsü, bu tür yeni ölçme araçlarını Amerika ve Avrupa'da kullanmak üzere geliştirmiş ve kullanmıştır. Ayrıca Amerika'da CAHPS benzer bir yaklaşımı hayata geçirmiştir. Bu yeni araçlar, önceki birçok gözlem ve görüşme çalışmalarından daha kalitatif özellikte veri sağlamış ve hasta, doktor ve sağlık bakımında kaliteden sorumlu olan kişilerin yanıtları etkileyici olmuştur (Cleary, 1999).

6.3 Avrupa ve Amerika Çapında Hastanelerde Kalite Geliştirmeye Yönelik Çalışma Yapan Kurumların Yaklaşımları

6.3.1 İngiliz NHS Kurumunun Yaklaşımı: AEDET

İngiltere'de, NHS kurumuna bağlı olarak çalışan Centre of Healthcare Architecture and Design (Sağlık Bakımı Mimarlık ve Tasarım Merkezi, CHAD), sağlık bakımı yapılarını değerlendirmek amacıyla AEDET (Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit- Mükemmel Tasarım Değerlendirme Araç Seti) isimli bir araç seti geliştirmiştir. NHS, bu aracı İngiltere'de öneri sağlık yapısı projesi aşamasından, kullanımda olan sağlık yapılarına kadar uzanan bir yelpazedeki sağlık yapılarına uygulamaktadır. Yapılması planlanan bir sağlık yapısı için karar verilme aşamasında, birden fazla tasarım önerisinin yarıştığı durumlarda, tasarımlar arasında karşılaştırma yapmak amacıyla kullanılmasının da mümkün olduğu belirtilmektedir. Geliştirilen bu sistemin, önerilen sağlık bakımı yapılarını geliştirmesi ve gelecekte de sağlık yapılarının tasarımında ulusal bir benchmarking (performans karşılaştırması) sistemi kurulması amaçlanmaktadır.

Sistemdeki tasarım değerlendirme kriterleri birçok farklı kaynaktan derlenmiştir. Bu kriterler; işlevsellik, etki ve yapı standardı ana başlıkları altında toplanmıştır.

İşlevsellik ana başlığının altında;

1. Kullanım;
2. Ulaşım;
3. Mekanlar

alt başlıkları yer almaktadır.

Etki ana başlığının altında;

4. Karakter ve buluş;
5. Vatandaş memnuniyeti;
6. İç mekan
7. Kentsel ve Sosyal Entegrasyon

Alt başlıkları yer almaktadır.

Yapı standardı ana başlığının altında ise;

1. Performans;
2. Mühendislik;
3. Konstrüksiyon

alt başlıkları bulunmaktadır.

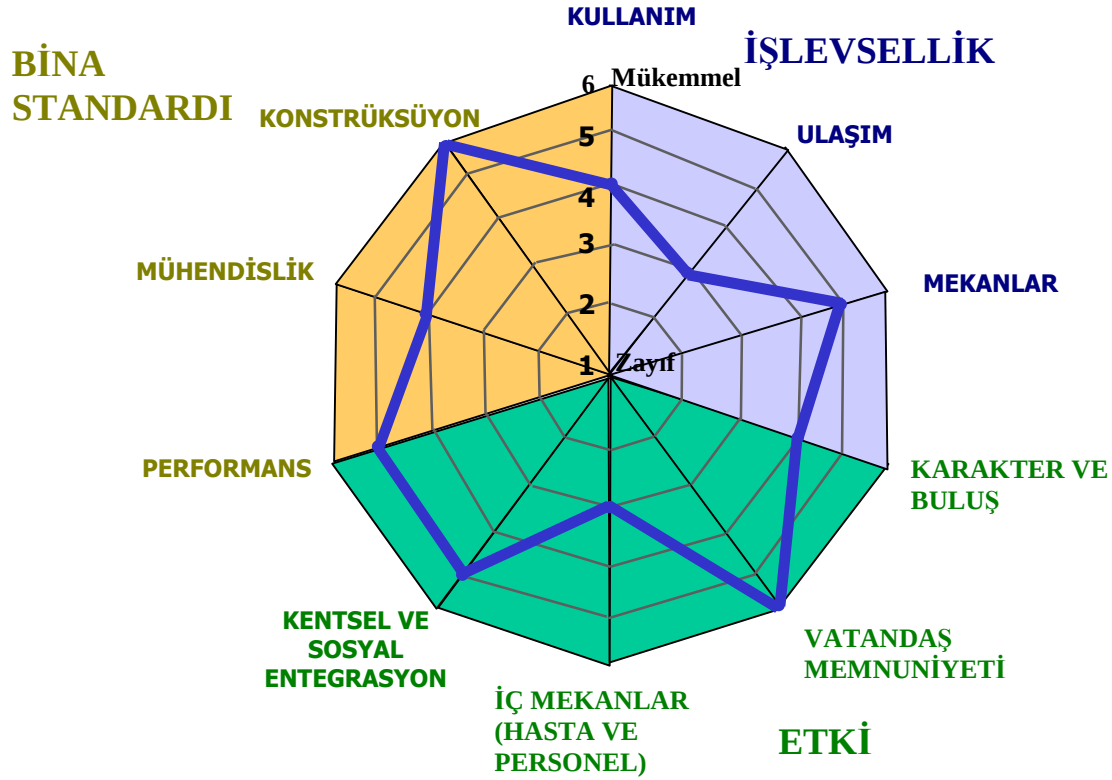
Bu üç ana başlığın kesişim noktaları ise ‘mükemmellik’ olarak tanımlanmıştır. Sürdürülebilirlik için değerlendirme ise, NHS tarafından geliştirilen bir diğer değerlendirmeye yapılmak üzere burada kapsam dışı bırakılmaktadır.

Tasarım Değerlendirme araç seti; kullanım için yapılmış olan açıklamalar, tasarım sürecini ve değerlendirme aşamalarını gösteren bir tabloyu, anket föylerini, Excel programında hazırlanmış bir anket puanlama sistemini ve bir örnek puanlama tablosunu içermektedir.

Değerlendirme araç seti, kendileriyle bağlantılı bir dizi konu ile desteklenen anahtar soruları içermektedir. Gruplara ayrılmış olan sorular 6’lı bir değerlendirme skalasıyla ölçülmektedir. Belirlenmiş olan 10 adet soru grubu, kendi içinde bu sayısal değerlendirmeye göre numaralandırılmakta ve bu gruplar sonuç olarak bir radar tablosuna dönüştürülmektedir. Bu numaralandırma ve radar tabloları, ‘Tasarım Değerlendirme Profili’ olarak adlandırılmaktadır. Tablo 6.1’de örnek bir puanlama tablosu ve Şekil 6.1’de örnek bir radar tablosu görülmektedir. Ek 4’de ise örnek bir soru formu verilmiştir.

Tablo 6.1 NHS AEDET değerlendirme sonucu - örnek puanlama tablosu (Kaynak: http://design.dh.gov.uk/content/connections/aedet_evolution.asp)

	TASARIM DEĞERLENDİRME PROFİLİ Her bir kriter açısından puanlama
Kullanım	4
Ulaşım	3
Mekanlar	5
Karakter ve Buluş	4
Vatandaş Memnuniyeti	6
İç Mekanlar (Hasta ve Personel)	3
Kentsel ve Sosyal Entegrasyon	5
Performans	5
Mühendislik	4
Konstrüksiyon	6



Şekil 6.1 NHS AEDET değerlendirme sonucu - örnek radar tablosu (Kaynak: http://design.dh.gov.uk/content/connections/aedet_evolution.asp)

6.3.2 Avrupa Picker Enstitüsünün Yaklaşımı

Avrupa'daki Picker Enstitüsünün amacı; tedavi ve bakım standartlarını geliştirerek toplum yararına halk sağlığının gelişmesine yardımcı olmak, sağlık bakımı profesyonellerini eğiterek, gözlem ve görüşme çalışmaları, araştırma araçları geliştirerek, hasta bakış açısından sağlık bakımı hakkında görüşlerini de kapsayacak araştırmalar yürüterek ve sonuçları toplumla

paylaşarak sağlık bakımındaki eğitimi geliştirmek olarak belirlenmiştir. Özel ve devlet hastaneleri ve gönüllü kurumlar için gözlem ve görüşme çalışmaları yürütmektedir. İngiltere’de NHS hastaları ve personeline yapılacak gözlem ve görüşme çalışmalarını resmi olarak Picker Enstitüsü yürütmektedir. Picker gözlem ve görüşme (sörvey) çalışmaları;

8. konunun uzmanlarıyla yapılan görüşmeler;
9. literatür araştırmaları;
10. hasta ve aileleriyle yapılan görüşmeler;
11. pilot çalışmalar;
12. düzenleme çalışmaları

aşamalarını içeren standart bir metodoloji kullanmaktadır [47].

Bu sörveyler 1987’den beri Amerika’daki hastanelerde, 1994’ten beri İngiltere’de ve 1997’den beri Almanya, İsveç ve İsviçre’de uygulanmaktadır. Picker Enstitüsü, hasta memnuniyetini ölçmenin geleneksel yönteminin yanlış olduğunu savunmaktadır.

Geleneksel yöntemde, hastaların, sağlık bakımı hakkındaki görüşlerini öğrenmenin temel yolu, hasta memnuniyetinin ölçülmesi olmuştur. Memnuniyet, doğasında çok-boyutlu bir kavram olmasının yanında, ölçülmesi sırasında hangi konuların en önemli olduğu ve hangilerinin ise kapsama alınması gerektiği konusunda tam bir karar birliğine varılamamaktadır. Toplum görüşü, medya, ticari güçler ve hastanın, sağlık personeli ve doktorlarla olan etkileşimi gibi birçok faktörden etkilenir. Beklentilerin etkilerini, deneyimleri ve memnuniyeti birbirinden ayırmak, hasta/toplum görüşleri performans ölçülmesinde kullanıldığında oldukça zor olmaktadır. Hastalar, içinde bulundukları duruma göre, görüş farklılıkları ve memnuniyet düzeylerinde değişiklikler yaşamaktadırlar. Henüz hasta olmamış sağlıklı bir insan, sık sık hasta olan bir kişi veya uzun süre hastanede yatmak zorunda kalan bir hasta ile hastalığın akut veya kronik oluşu hasta memnuniyetini farklılaştırabilmektedir.

Hasta memnuniyeti çalışmalarından, özellikle de hoş giden ve gitmeyen konular başta olmak üzere, bazı bilgiler edinmek mümkündür. Fakat bu çalışmaların, hasta bakış açısını yansıtıp yansıtmadığından emin olunamamaktadır. Avrupa ve Amerika’da sağlık bakımı sağlayıcıları, yıllardır hasta memnuniyetini ölçmektedirler. Fakat bu ölçümler, yeteri kadar hasta-merkezli olmaktan öte, daha çok yönetici ve sağlıkçıların bakış açılarından gelen soruları içermekte ve genel olarak memnuniyeti sorgulamaktadır.

Hasta memnuniyeti yerine hasta deneyimlerini sorgulamak ise, araştırmacılara daha net bilgiler sağlamaktadır. Bir Likert ölçeğinden faydalanmak yerine, belirli bir sağlık kurumunun belirli bir servis veya alanında, belirli bir işlem veya aktivite sırasında hastanın deneyimlerinin, sorularla detaylı olarak belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu tür sorulara verilecek cevaplar, değerlendirmeye yönelik olmaktan çok, gerçek olaylara dayalı cevaplar olacaktır.

Hasta memnuniyeti yerine hasta deneyimlerinin ölçülmesi, gelecekte çok daha kullanışlı bir ölçüm yöntemi haline gelecektir. Hasta deneyimlerini ölçme araçları, Harvard Tıp Okulu'ndaki araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Harvard araştırma ekibi, hastanın, hastane deneyiminde en çok ne gibi konuları önemli bulduklarını ve ne gibi konuları kabul edilemez bulduklarını belirlemek için tasarlanmış bir kalitatif araştırmadan türeyen bir hasta geribesleme programı tasarlamıştır. Hasta deneyimlerini ölçmeye yönelik bu yaklaşım, Amerika'da CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) gözlem ve görüşme çalışmalarında (sörvey), Kanada, Avusturalya ve birçok Avrupa ülkesinde ve İngiltere'de WHO ve NHS sörveylerinde kullanılmaktadır.

Coulter (2005a), Picker Enstitüsünün, İngiltere'de, Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Bakımı Geliştirme Komisyonu için yürüttüğü incelemelerde, hastalara memnuniyet düzeylerinin sorulması yerine, hastaların hastane deneyimleriyle ilgili gerçeklere dayanan bilgiler alınması yönteminin benimsendiğini belirtmektedir. Sağlık Bakımı performansının ölçülmesinin geleneksel olan başlıca yolu, hasta memnuniyeti değerlendirmeleri olmuştur. Memnuniyet soruları üç bileşeni yansıtmaktadır: hastanın kişisel tercihleri, beklentileri ve sağlık bakımı hizmetinin gerçekleri. Tercihler, parasal durum veya hastanın doktorla olan iletişimi gibi birçok faktörden etkilenmektedirler. Beklentiler ise, kültürel değerler ve sağlık durumundan etkilenmektedir. Beklentiler, deneyim ve memnuniyetin etkilerinin birbirinden ayrılması, belirli bir hastanede performans ölçümünde hasta görüşleri kullanıldığında büyük bir sorundur.

Picker Enstitüsü, daha sağlıklı ve güvenilir bilgi toplayabilmek amacıyla hastalara yönelttiği sorularda, memnuniyet derecelerini ölçen çizelgeler kullanmaktan çok, hastane deneyimleri sırasında yaşadıklarını öğrenme amacı taşıyan sorular geliştirmiştir. Sorular, hastalara, hastane deneyimleri sırasında, belirli bir süreç veya olayın gerçekleşip gerçekleşmediği konusunda hazırlanmaktadır. Bu tip sorular, hastanın yaşadıklarıyla ilgili değerlendirmelerinin öğrenilmesini değil, hastanın yaşadıklarının öğrenilmesini

hedeflemektedir. Her iki durumda da sonuçta hastanın algılamasıyla ilgili bir soru sorulmuş olsa da, soru, ‘deneyiminizi nasıl değerlendirirsiniz? Yerine ‘deneyiminiz nedir? şeklinde olmaktadır.

Coulter’e göre (2005a), bu tip araştırmalar genelde kalite problemlerini çözmek için gerekli hareketlerin neler olduğunun belirlenmesi için daha kullanışlıdır. Hastaların, aldıkları hizmeti ‘iyi’ veya ‘kötü’ olarak tanımlamaları ters giden yönlerin belirlenmesine yardımcı olmazken, ters giden konuların neler olduğunun detaylandırılması, sorunların çözümüne gerçekçi bir yaklaşım oluşmasını sağlayabilir.

Hastalara uygulanan görüşmeler (sörvey) hasta deneyimlerinin 8 boyutu olarak tanımlanan aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır [47]:

- bakıma ulaşım: hastaneye kayıt için beklenen süre ve hastaneye kayıt işlemiyle hasta koğuşuna yatış arasında geçen süreyi kapsamaktadır;
- hasta seçimlerine saygı: yaşam kalitesine hastalığın ve tedavinin etkileri, karar almada söz sahibi olma, ihtiyaçlar ve özerkliği kapsamaktadır;
- bakımın koordinasyonu: klinik bakım, destek hizmetler ve ‘ön’ bakımı kapsamaktadır;
- bilgilendirme ve eğitim: klinik durum, gelişim, bakım süreçleri, özerklik sağlanması, kendi kendine bakım ve sağlığın daha iyiye götürülmesi konularını kapsamaktadır;
- fiziksel konfor: ağrı yönetimi, günlük yaşamdaki faaliyetlerde yardım, hastane ortamı ve çevresini kapsamaktadır
- duygusal destek: klinik durum, tedavi ve teşhis, hastalığın hasta ve ailesi üzerindeki etkileri, hastalığın maddi etkilerini kapsamaktadır;
- aile ve arkadaşların bakıma katılımı: sosyal ve duygusal destek, karar verme sürecine katılım, aile dinamikleri ve işleyişi üzerine etkilerini kapsamaktadır;
- süreklilik ve geçişlilik: hastaneden ayrıldıktan sonra ilaç kullanma ve tehlike işaretlerinin tanınması hakkında bilgilendirilme, taburcu edilmenin planlanıp koordine edilmesi, klinik, sosyal, fiziksel ve finansal destek konularını kapsamaktadır.

Görüşmeler (sörvey), yatan hasta, ayakta tedavi gören hasta, kaza ve acil, doğum, temel bakım, rehabilitasyon, evde bakım gibi birçok farklı ortam için ayrı ayrı hazırlanmıştır. Ayrıca, kanser ve kalp hastalıkları gibi belirli bazı hastalıklar için de ayrı görüşmeler (sörvey) tasarlanmıştır. Ayrıca, hastane personeline yönelik görüşmeler (sörveyler) de uygulanmaktadır [47].

2004 yılında Oxford Trust hastanesi için yürütülen Picker Sörveyi örnek olarak incelendiğinde, sörveyin ana başlıklarının;

- hastaneye kayıt;
- hastane ve koğuş;
- doktorlar;
- hemşireler;
- bakım ve tedavi;
- ağrı;
- operasyonlar ve prosedürler;
- hastaneden taburcu olma;
- genel;
- hasta bilgileri;
- diğer yorumlar,

ana başlıkları altında toplandığı görülmektedir [47] .

Bu ana başlıklardan, ikincisi olan ‘hastane ve koğuş’ başlığının dışındaki diğer başlıklar altında, hastanenin fiziksel ortamıyla ilgili herhangi bir soru bulunmadığı gözlenmektedir. ‘Hastane ve koğuş’ ana başlığının altındaki sorular ise; hasta koğuşlarının tipi, koğuşların ve tuvaletlerin her iki cins tarafından paylaşılıp paylaşılmadığı ve bu durumun hasta üzerindeki etkileri, koğuşlarda ses ve temizlik ile tuvaletlerde temizlik konularını kapsamaktadırlar. Bu sörveye ilgili örnek frekans tablosu sayfaları Ek 3’te verilmektedir [47] .

Örnek olarak, Oregon Üniversitesi ve Picker Enstitüsünün 2005 yılında İngiltere, İskoçya ve Kuzey İrlanda’da yürüttüğü ulusal bir çalışma (Ellins ve Coulter, 2005) ve Picker Enstitüsünün İngiltere Sağlık Komisyonu (Commission for Healthcare Audit and Inspection) ile yürüttüğü bir çalışma (Howell ve Reeves, 2005) incelendiğinde, fiziksel ortam hakkında herhangi bir soru yöneltilmediği görülmüştür. Hasta memnuniyeti yerine deneyiminin ölçülmesini temel ilke edinen bu çalışmalarda, fiziksel özelliklerin ölçülmesi amaçlanmasa da, uygulanan yöntemin, net soru ve sonuçlara yer vermesi açısından, bu tür konularda da rahatlıkla uygulanabileceği görülmüştür.

6.3.3 CAHPS Programı

Daha önce bahsedilen CAHPS programı ise, hastalara sağlık bakımıyla ilgili deneyimlerini bildirmeleri ve değerlendirmeleri amacıyla sorular yönelten geniş çaplı ve sürekli evrim geçiren, standartlaşmış sürveylerin kullanılmasını desteklemek amacını taşımaktadır. CAHPS, Birleşik Devletler Sağlık Bakımı Araştırma ve Kalite Bürosu (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) tarafından finanse edilmekte ve yönetilmektedir. CAHPS, 1995 yılından bu yana, sürveylerin ve ilgili araçların geliştirilmesine kılavuzluk etmek amacıyla bir temel dizgeler seti (prensi) oluşturmaktadır. CAHPS, kamu ve özel kurumların ortaklaşa çalıştıkları bir programdır. Amerikan Hükümetinin Medicare ve Medicaid Hizmetleri (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) , 1996 yılından bu yana CAHPS'nin ana ortaklarından biri durumundadır. Diğer ortaklar arasında, Birleşik Devletler Sağlık ve İnsan Hizmetleri Biriminin birer parçası olan; Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi ve Engelli ve Rehabilitasyon Araştırması Ulusal Enstitüsü sayılmaktadır. Harvard Tıp Okulu da bu programın ortaklarından [7].

CAHPS, aşağıdaki hedeflerin yerine getirilmesini amaçlamaktadır:

- CAHPS Sağlık Planı sürveyini oluşturup düzeltmek;
- CAHPS sürveylerini geliştirip test etmek;
- Daha ileri aşamalarındaki sürvey ürünlerini geliştirip test etmek (davranışsal sağlık sürveyi, hemodiyaliz sürveyi, engelli sürveyi gibi)
- CAHPS bulgularının kalite geliştirme amaçlı kullanımının değerlendirilmesi;
- CAHPS sürvey ürünlerinin uygulanan bölgelerde etkinliğinin değerlendirilmesi;
- Alternatif bilgi toplama tekniklerinin değerlendirilmesi;
- Anket ve raporların diğer dillere çevrilmesi için kılavuzlar hazırlanması;
- Kültürel karşılaştırmalar üzerine araştırma yürütmek [7].

CAHPS sürveyleri de, Picker sürveyleri gibi, hasta memnuniyeti sürveylerine benzemekle birlikte, aynı özellikte değildir. CAHPS sürveyleri, memnuniyet sürveyleri gibi, sağlık planı ve doktorlar gibi konularda ratingler içermektedirler. Fakat, hastaların, sağlık bakımı deneyimlerini bildirmeleri istenerek, bu tür soruların ötesine geçilmektedir. Bakımla ilgili deneyimlerin bildirilmesi memnuniyet ölçümlerine göre daha belirli, anlaşılır, objektif ve bir sonraki aşamada nasıl hareket edileceğini gösterir biçimde olmaktadır. Bu programdaki sürveyler, her çeşit kullanıcıya hitap etmek üzere genel ilkeler doğrultusunda çeşitlendirilmişlerdir. Çocuklar, yetişkinler, kronik hastalıklara sahip olanlar ve engelliler için

tasarlanmış sörveyler mevcuttur. CAHPS programı Amerika’da yerel, bölgesel ve ulusal çaplarda, performans karşılaştırması da yapmaktadır [7].

CAHPS, 2006 yılında tüm ülke çapında kullanmaya başladığı Hastane Sörveyi (CAHPS Hospital Sörvey, H- CAHPS) adı altında yeni bir sörvey geliştirmiştir. Bu sörveyin sonuçları 2007 yılının son aylarında açıklanacaktır. Bu araç, CMS tarafından talep edilmiş ve AHRQ tarafından geliştirilmiştir. Bu aracın geliştirilmesi ve uygulanmasında Hastane Kalite Birliği (Hospital Quality Alliance) adında bir kurumla da işbirliği yapılmaktadır [7].

CAHPS Hastane Sörveyinin içerdiği konular aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

- Hemşirelerle iletişim;
- Doktorlarla iletişim;
- İlaçlar konusunda iletişim;
- Hastane personelinin yanıt verme durumu;
- Taburcu etme bilgisi;
- Ağrı kontrolü;
- Fiziksel çevrenin temizliği ve sessizliği [7].

Söz konusu sörvey incelendiğinde görülmüştür ki; soruların çoğunluğunun cevapları 4’lü bir skala oluşturacak şekilde düzenlenmiş ve skala, memnuniyet derecelerinden değil ‘hiçbir zaman’, ‘bazen’, ‘genelde’ ve ‘her zaman’ yanıtlarından oluşan, belirlenmiş bazı olay ve prosedürlerin gerçekleşip gerçekleşmediğini sorgulayan şekilde oluşturulmuştur. Bazı soruların cevapları da ‘evet’ veya ‘hayır’ olacak şekilde düzenlenmiştir. Sorular 7 ana başlık altında toplanmıştır:

- Hemşirelerden Alınan Bakım;
- Doktorlardan Alınan Bakım;
- Hastane Ortamı;
- Hastanın Hastanedeki Deneyimleri;
- Hastaneden Taburcu Olduktan Sonraki Takip;
- Hastanenin Genel Değerlendirilmesi;
- Hasta bilgileri.

Hastane ortamı başlığı altındaki sorular sadece oda ve banyonun temizliği ve geceleri oda çevresinin sessizlik derecesi ile sınırlı tutulmuştur.

Sörvey, hastalar taburcu olduktan sonra, hasta ve/veya yakınlarıyla, telefon veya posta yoluyla yürütülmektedir. Örneklem seçiminde aşağıdaki kriterlere dikkat edilmektedir:

- Hastanın 18 yaş veya üstü olması;
- Hastanın hastanede en az 1 gece yatmış olması;
- Taburcu edilme sırasında psikiyatrik bir hastalık teşhisi konulmamış olması;
- Taburcu edilme sırasında yaşıyor olması. Hasta yakınlarının tepkilerinin farklılaşabileceği düşünülerek ölen hastaya ilişkin hastane deneyimleri

sorgulanmamaktadır [19].

6.4 Bölüm Sonucu

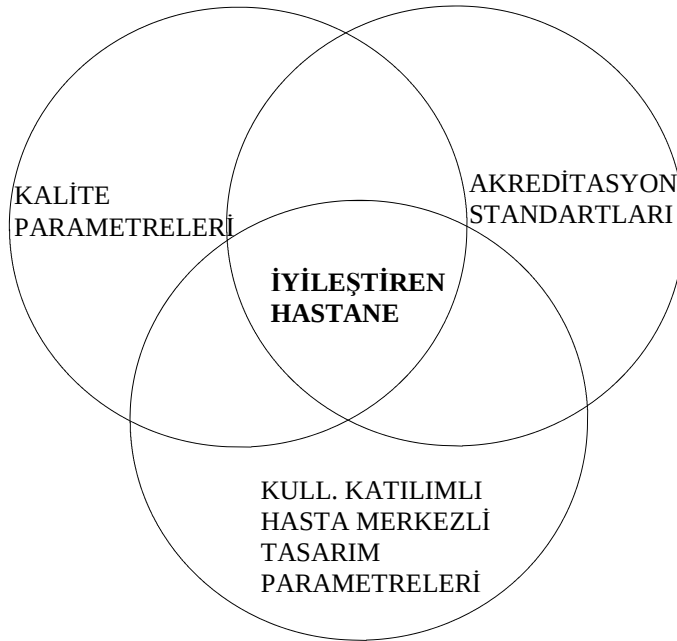
Tasarım kalitesi konusundaki bilgi eksiklikleri, son yıllarda artan oranda fark edilmiş ve gelecek bina projelerine veri sağlamak amacıyla tasarım kalitesinin ölçülmesi konusunda çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Tasarım kalitesini değerlendirmek amaçlı oluşturulan Kullanım Sonrası Değerlendirme Çalışmaları (KSD), birçok farklı biçimde karşımıza çıkmaktadır. Kontrol listeleri, anketler, kullanıcıyla yapılan görüşmeler ve gözlem çalışmaları gibi KSD türlerinden biri veya birkaçı değerlendirme için kullanılmaktadır. KSD yöntemlerinin anahatlarını ortaya koymak mümkündür fakat kesin sınırlar çizilemez; çünkü her çalışmaya özgü özellikler ve farklılıkların yanında, çalışmayı oluşturan ve yürüten araştırmacıların bakış açıları ve koşullar, KSD çalışmalarının çeşitlenmesine sebep olmaktadır.

Tasarım kalitesinin daha iyi değerlendirilebilmesi amacıyla, daha gelişmiş tekniklerin kullanılması ve bu tekniklerin sürekli geliştirilmesi ve eksiklerin giderilmesi gerekmektedir.

7 SAĞLIK KURUMLARININ İYİLEŞTİREN HASTANE ANLAYIŞI VE AKREDİTASYON BAĞLAMINDA TASARIMI VE DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK KONTROL LİSTESİNİN OLUŞTURULMASI

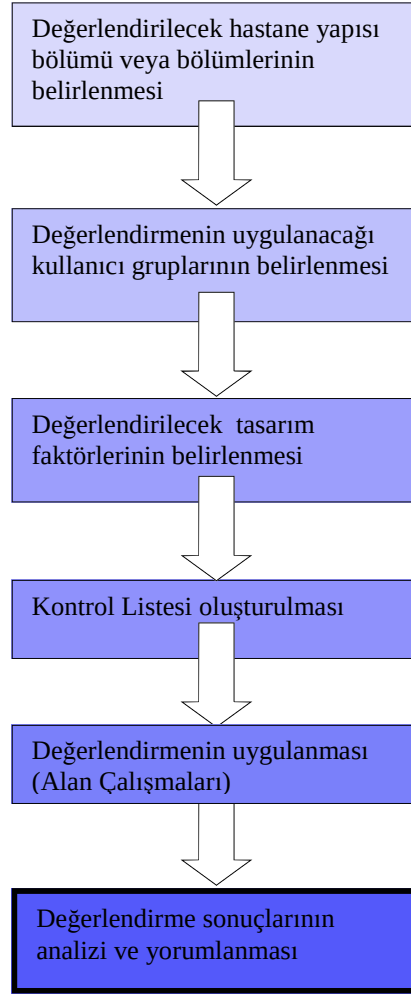
Bu bölüm, doktora tezinin amacı olan, değişen paradigmlar ve JCI akreditasyon sisteminin getirdiği yönetsel ve fiziksel gereksinimler yanında, akreditasyonun amaçlarında belirtilen maddelerin tam anlamıyla yerine getirilmesinde gerekli olan bazı ek maddelerin geliştirilmesi gerektiği düşünülerek oluşturulmuştur.

Akreditasyona yönelik 'iyileştiren hastane' tasarımında tasarım kalitesinin ölçülmesinin ne anlama geldiği ve ölçme tekniklerinin bölüm 6'da araştırılmasının sonucunda, gerek işletme kalitesini hedefleyen akreditasyon standartları ve kalite parametreleri, gerekse paradigmlar ve hasta eğilimlerine ilişkin çalışmalar sonucu elde edilmiş bilgiler doğrultusunda, iyileştiren bir hastanede olması gereken özelliklerin (Şekil 7.1), bir kontrol listesi şekline dönüştürülmesi amaçlanmış ve bütün bu bilgilerin ışığında bir kontrol listesi oluşturulmuştur.



Şekil 7.1 İyileştiren hastaneyi oluşturan özellikler

7.1 Öneri Kontrol Listesinin Oluşturulması



Şekil 7.2 Öneri kontrol listesi oluşturulmasında temel adımlar ve süreçler

Tezde önerilen kontrol listesi, hastane yönetimi, tıbbi personel, hasta ve ziyaretçilerden oluşan kullanıcıların, hastane ortamlarının kalitesini değerlendirmeleri amacını taşımakta ve gelecekte akreditasyon sistemine de uyum sağlayacak şekilde hastane binası yaptıracak, yönetecek, tasarlayacak ve sürekli kalite denetimlerini yapacak olan kişi ve kurumlara bir yardımcı araç niteliğinde olacağı düşünülmektedir. Bu kontrol listesi, günümüzde, iyileştiren bir hastane binasında, kullanıcıların önem verdiği noktaları ve ihtiyaçlarını yansıtmaktadır. Bu konunun gelecekte daha fazla öğrenilmesi ve araştırılması gerekmektedir birlikte, bugünkü bilgiler de azımsanmayacak noktadadır.

Bölüm 6.2 ve 6.3'te kısaca özetlenen araştırmaların sonuçlarına göre, hastane tasarımına ve kalite ölçülmesine yönelik çalışmalarda;

- Hastane binası veya bölümlerinin;
- Kullanıcı gruplarının;
- Ölçülmesi beklenen kriterlerin,

saptanması öncelikle gerekmektedir. Şekil 7.2'de öneri kontrol listesinin oluşturulmasına ilişkin temel adımlar ve akış gösterilmiştir.

7.1.1 Değerlendirilecek hastane binası bölümü veya bölümlerinin belirlenmesi

Bölüm 6.3.3'de ayrıntılı olarak anlatılan CAHPS programında, hastanelerde kalite geliştirilmesini amaçlayan temel bir kontrol listesi (çekirdek olarak adlandırılan) oluşturulmuş, daha sonra farklı kullanıcı tipleri ve durumlarına göre ek kontrol listeleri hazırlanmıştır. Böylece Birleşik Devletler çapında bütün hastanelerin, 'çekirdek' bölüm sabit kalmak üzere, diğer ekleri kendi durumlarına göre seçerek 'çekirdeğe' dahil etmeleri sağlanmıştır. Bu şekilde oluşturulan kontrol listeleri herhangi bir sorun yaratmadan, kurumun büyüklüğü ve özelliği ne olursa olsun uygulanabilmekte ve ülke çapında sağlık bakımı hizmetlerinin kalitesinin artırılması mümkün olabilmektedir.

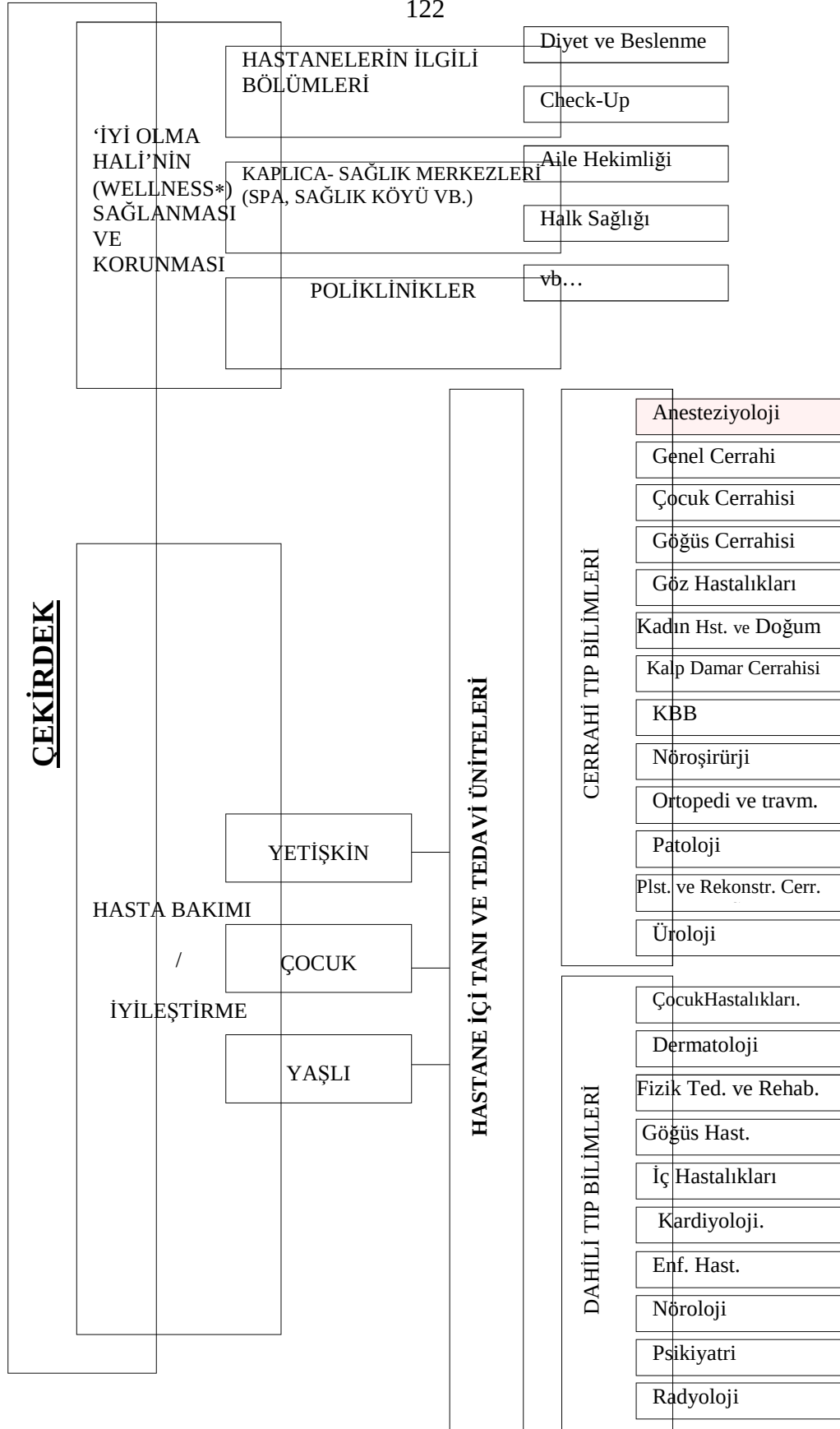
Hastane binalarının tümünde 'bulunması şart olan' maddelerden oluşması öngörülen psikososyal ve mekansal kalite parametrelerini sorgulayan kontrol listesinin, hastane binaları ve içi tanı ve tedavi ünitelerinin birbirinden farklı olabileceği göz önüne alınarak, gelecekte geliştirilecek kontrol listelerine bir temel 'çekirdek' oluşturması amaçlanmıştır. Öneri kontrol listesi oluşturulurken, listedeki maddelerin güncel olması ve oluşturulan bu sisteme ait açıklayıcı şekildeki (Şekil 7.3 Sağlık sisteminde uygulanacak hasta odaklı kontrol listesi çekirdeği ve alt ilişkiler ağı) Tıp Bilimlerine ait olan bölümün sınıflandırması Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nin [12], kendi içindeki Bilim Dalları sınıflandırmasına göre yapılmıştır.

Bir binayı değerlendirirken, 3 ölçek düzeyi önemli hale gelmektedir: çevresi içindeki bina, bir birim olarak bina ve tek ölçekte mekanlar (Voordt ve Wegen, 2005). Öneri kontrol listesi oluşturulurken ise, sağlık binası, aynı prensip çerçevesinde, dış mekanlar, binanın bütünü ve iç mekanlar olarak ayrılmıştır. Bu sınıflandırma sağlık binaları için düşünüldüğünde aşağıdaki liste ortaya çıkmaktadır:

- Dış mekanlar ve yeşil alanlar;
- Hastane ve iç mekanları;
- Hastane geneli, bina kabuğu ve biçimlenişi;
- Genel olarak iç mekanlar;
 - Ortak Alanlar (Giriş Holü, Resepsiyon, Bekleme ve Dolaşım Alanları);
 - Hasta Odaları;
 - Tanı, Konsültasyon ve Tedavi Odaları;

Bu listedeki mekanlar, hasta odaları hariç, gerek hasta bakım amaçlı sağlık kurumlarında, gerekse iyi olma halinin sağlanması ve korunmasını hedef olarak belirlemiş diğer kurumlarda var olan ortak ana mekanlardır.

Kontrol listesinin, var olan akreditasyon standartlarının geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmekle birlikte, bu kontrol listesi hasta odaklı eğilim belirleme için bir başlangıç noktası olarak kabul edilmelidir. Gelecekte bu kontrol listesi çekirdeğinden hareket edilerek, sistemde yer alan kurumun amaçlarına ve bölümlerin özelliklerine göre genişletilip detaylandırılarak, sürekli gelişen ve değişen sağlık binalarının hasta odaklı tasarımının sağlanmasına yardımcı olacaktır.



*‘Wellness’ kelimesi günümüzde sıkça kullanılmakta olup, Miller ve Swensson (2002), bu kelimeyi bir terim olarak ifade etmektedir. .

Şekil 7.3 Sağlık sisteminde uygulanacak hasta odaklı kontrol listesi çekirdeği ve alt ilişkiler

7.1.2 Değerlendirmenin uygulanacağı kullanıcı gruplarının belirlenmesi

Kontrol listesi ve anketlerin oluşturulmasında yetişkin hasta profili temel alınmıştır. Yaşlı, çocuk ve uzun süreli bakım gerektiren hastaların psiko-sosyal kalite beklentilerine ilişkin parametrelerin, hasta odaklı parametreler bölümüne araştırmalarla desteklenerek eklenmesi gerekmektedir. Bu eklemeler gerçekleştirildikten sonra, söz konusu kullanıcı gruplarının dahil olduğu hastane bölümlerine ait kullanıcılar değerlendirmeye alınmalıdır.

Değerlendirmenin hasta odalarına ilişkin bölümü ile ilgili olarak, örneklem seçiminde aşağıdaki kriterlerin bulunması gerekmektedir.

- Hastanın 18 yaş veya üstü olması;
- Hastanın hastanede en az 1 gece yatmış olması;
- Hastanın psikiyatrik bir hastalığının bulunmaması.

Kontrol listesi, hasta ve yakınlarının yanında, doktor ve tıbbi personel de değerlendirmeye alınacak biçimde hazırlanmıştır.

7.1.3 Değerlendirilecek Tasarım Faktörlerinin Belirlenmesi:

Kullanım sonrası değerlendirme çalışmalarının genelinde, değerlendirilecek belirli bazı faktörler seçilmektedir. Değerlendirmenin amacı, bina fonksiyon veya özelliklerinin belirlenmiş bir kısmı için kılavuz oluşturulması ise, sözkonusu özelliklerle ilgili faktörlere odaklanmak en uygun yöntemdir. Binanın bütün özellik ve kalite şartlarını değerlendiren çalışmalara literatürde rastlanmamaktadır (Voordt ve Wegen, 2005'den özetlenerek alınmıştır).

Bu çalışmadaki öneri kontrol listesinde yer alan maddeler, çeşitli kaynaklardan elde edilmiştir. Bunlar; literatür araştırması sonucunda elde edilen, daha önce yapılmış kullanım sonrası değerlendirme ve alan çalışmaları sonucunda ortaya çıkarılmış bulguların analizi ve derlenmesi, bilimsel araştırma sonuçları, hasta odaklı iyileştiren hastane paradigmasına yönelik olarak gelecekteki sağlık sektörünün alacağı yön ve eğilimlerden çıkan sonuçlar ile JCI akreditasyon sisteminde öngörülen tasarımı ilgilendiren standartların (bkz. Bölüm 5.7) yorumlanmasından oluşmaktadır.

JCI Akreditasyon sisteminin gönderme yaptığı AIA Hastane ve Sağlık Binaları Tasarım ve Yapım Kılavuzu'nda ise, bölüm büyüklükleri ve mekanların net yüzey alanlarının söz konusu hastanenin içinde yer alan hizmetlerin organizasyonu ve programın gerekliliklerine bağlı

olduğu belirtilmektedir (madde 7.1.C). Ancak, öneri kontrol listesinde yer alan maddelerin doğrudan programlama sürecine yönelik olmadığından dolayı, bölüm büyüklükleri, mekansal organizasyon ve mekanların boyutsal özelliklerine ilişkin değerler bu çalışmada kapsam dışı bırakılmıştır.

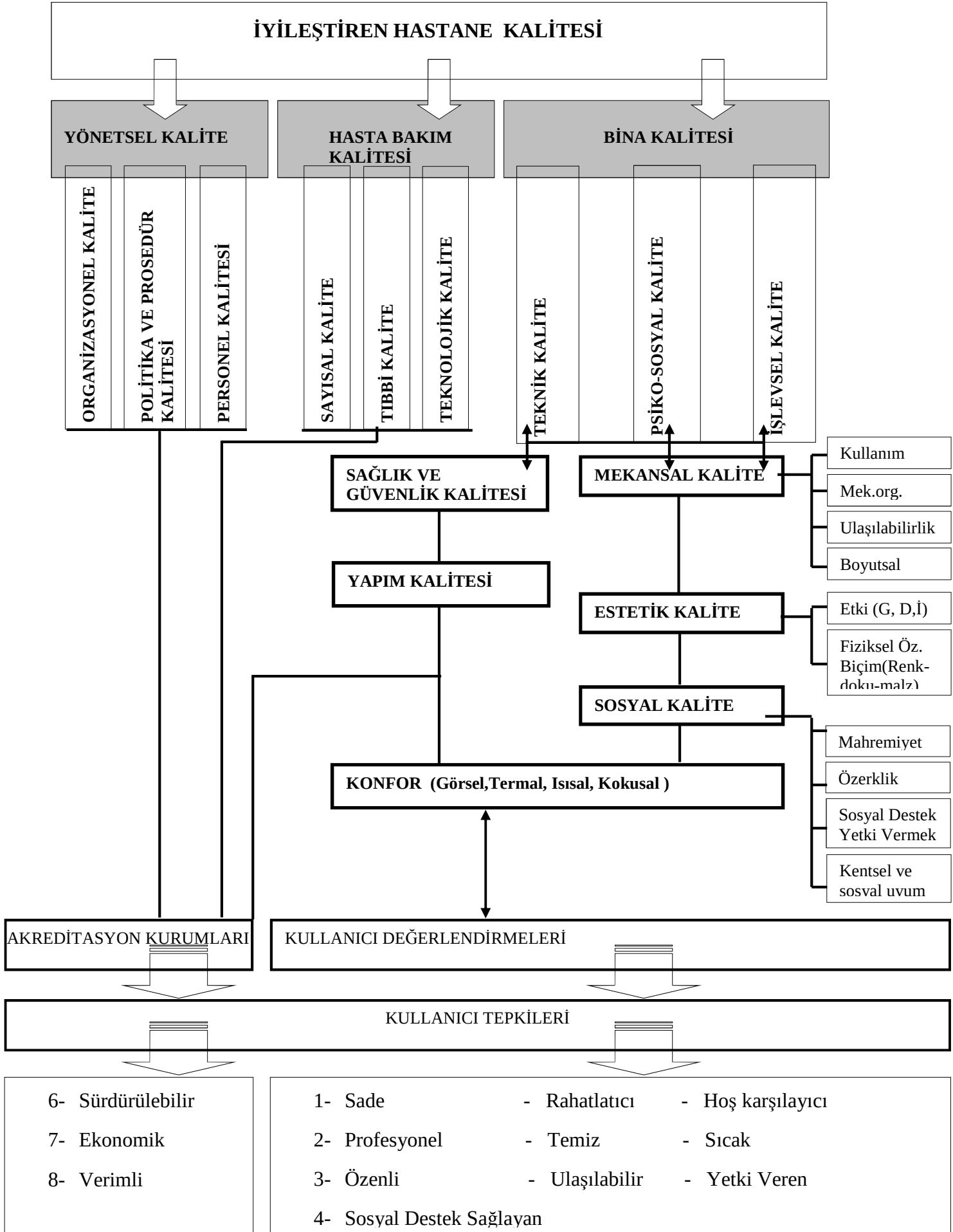
Değerlendirmeye tabi tutulan konular Tablo 7.1’de listelenmiştir. Söz konusu tablo, Voordt ve Wegen’in (2005), binaların değerlendirilmesinde göz önüne alınacak konuları listelediği benzer bir tablo ve AEDET sistemindeki gruplandırma temel alınarak hazırlanmıştır. AEDET sisteminde ele alınan konularda ‘kullanım’ ve ‘ulaşım’ başlıkları, listede yer almakla birlikte, ‘mekanlar’ başlığı altındaki konulardan boyutsal özellikler ve yerel yasa ve yönetmeliklere atıfta bulunan maddeler kapsam dışı bırakıldığından, listede yer almamıştır. ‘Bina standardı’ başlığı altındaki mühendislik, HVAC (ısıtma-havalandırma) performansı ve konstrüksüyon konuları ise, bu konuların ayrı uzmanlık görüşü gerektirmesinden dolayı kapsama alınmamıştır. Etki başlığı altındaki konular ise psiko-sosyal kaliteyle bağlantılandırılarak listeye dahil edilmiştir. Sürdürülebilirlik konusu ise gerek çalışmada oluşturulan değerlendirme sisteminde, gerekse AEDET sisteminde kapsam dışı bırakılmıştır. AEDET sisteminde bu konuyla ilgili değerlendirmelerin ayrı bir değerlendirme sistemi ile yapılmakta olduğu belirtilmektedir. Şekil 4.1’de oluşturulmuş olan iyileştiren hastane kalitesine ait bileşenler, değerlendirmeye tabi tutulan konuları da ana hatlarıyla ortaya koymaktadır.

Değerlendirmede ayrıca, AEDET sisteminde yer alan sorulara da yer verilmiş ve böylece, değerlendirilen hastanelerin bu sisteme göre de sorgulanması sağlanmıştır. Bu sisteme ait sorular kontrol listesinde işaretlenerek karışıklığın önlenmesi sağlanmıştır.

Tablo 7.1 Değerlendirmeye alınan konuların listesi

İŞLEVSEL KALİTE • Kullanım (fonksiyonel ihtiyaçlar, iş akışı, plan şeması, malzeme, yol- yön bulma) • Ulaşılabilirlik
PSİKO-SOSYAL KALİTE • Estetik (renk, doku, Işık-gölge, biçim, uyum, oran, ölçek vb. etkisi: görsel, işitsel estetik) • Konfor (termal, akustik, görsel, kokusal vb konfor) • Mahremiyet ve özerklik • Sosyal destek ve yetki vermek
TEKNİK KALİTE • Sağlık ve güvenlik

Bölüm 4.2.1’de belirtilmiş olan tasarım kalitesinin faktörleri ile tablo 4.1’de belirtilen iyileştiren hastane kalitesine yönelik ana başlıklar ve şekil 6.5’de belirtilen konular birlikte değerlendirilerek, tezde değerlendirme amacıyla oluşturulacak kontrol listesinde yer alacak temel faktörler Tablo 7.1’de gösterilmiştir. Faktörlerin belirlenmesinde, iyileştiren hastanenin ve hasta merkezli tasarımın bölüm 2.3, 4.1 ve 4.2’deki araştırılan ve belirtilen özellikleri, ve JCI akreditasyon sisteminin hedefleri doğrultusundaki tanımlar göz önüne alınmıştır.



Şekil 7.4 İyileştiren hastane kalitesini oluşturan bileşenler ve ölçülme yolları

Bu çalışmadaki kontrol listesi şekil 7.4'deki faktörler doğrultusunda ihtiyaç ve isteklerin toplanabileceği 3 ana madde ve altında bu maddelerin çalışma kapsamına alınan bileşenlerinden oluşturulmuştur.

İŞLEVSEL KALİTE

- **Kullanım (fonksiyonel ihtiyaçlar, iş akışı, plan şeması, malzeme, yol- yön bulma)**

JCI kılavuzunda sağlık binası veya kurumunun işlevselliğinden bahsedilmemekle birlikte, kılavuz ağırlıklı olarak yönetsel konularla ilişkilendirilmiş ve bu konuların kendi anlayışları çerçevesinde işlevsellik, mimari açıdan olmasa da vurgulanmıştır. Mimarlık açısından hiçbir binada göz ardı edilemeyecek bu temel konu, hasta merkezli tasarım açısından, öneri kontrol listesinin temel bileşenlerinden biri olarak belirlenmiştir.

Sağlık binalarında, özellikle kullanıcıların mümkün olan en kısa ve kolay biçimde bakıma ulaşma gerekliliği, yol yön bulma kavramını öne çıkan temel gerekliliklerden biri haline getirmektedir. Yol-yön bulma ve oryantasyonun sağlanmasının, hasta ve yakınlarının endişe ve gerginliği üzerinde büyük etkilerinin olduğu bilinmektedir.

JCI kılavuzunda bu konuyla ilgili doğrudan bir ifade yer almamakla ve bir madde bulunmamakla birlikte, ACC başlığında, 'hizmetlere ulaşımında engellerin azaltılması' ve 'sağlık kurumu içindeki her tür engelin etkilerini sınırlamak' ifadesi kullanılmaktadır. Yol-yön bulma ile ilgili yaşanan zorlukların sınırlandırılması çalışmalarının bu ifadelerin amaçları doğrultusunda olduğu düşünülmektedir.

Sağlık kurumlarında temel olarak yol-yön bulmaya yardımcı olmak üzere aranacak özelliklerin öneri kontrol listesine yansıtılması ile, bina içinde ve dışında, düğüm noktaları ve karar verme noktalarında harita ve işaretleme sisteminin, binaya yaklaşım, giriş ve bina parçaları bütününde, binanın doğru okunabilmesi ve kullanıcıya mekanların işlevlerine ait algıyı doğru sağlayabilmesi için gereklilikler ve oryantasyon için fiziksel mekanın kullanıcıya yardımcı olması ile mimari açıdan gerekliliği tesbit edilen diğer yol-yön bulma özellikleri sorgulanmaktadır.

- **Ulaşılabilirlik**

Ulaşılabilirlik başlığı altında toplanan konular, JCI kılavuzunda, ACC (Bakıma ulaşım ve bakımın sürekliliği) başlığı altında toplanan ve sağlık kurumunun, hastanın hizmetlere ulaşım

ve hizmetleri alımında fiziksel, dil, kültürel ve diğer farklılıkları azaltmaya çalışması gerekliliğini belirten maddesi temel alınarak oluşturulmuştur.

Bu amaç ve hasta merkezli iyileştiren hastane özellikleri doğrultusunda, ulaşılabilirlik, binaya ulaşım imkan ve yolları, binaya yaklaşım, yeterli park alanlarının varlığı ve mekanlardaki tüm işlev ve donatıların, acil durumlar, çocuklar, bebekli aileler ve engelliler de dahil olmak üzere tüm kullanıcılar için uygunluğu, kolaylığı ve güvenliği sorgulanmaktadır.

PSİKO-SOSYAL KALİTE

- **Estetik (Görsel, İşitsel vb estetik)**

Sağlık binalarında estetik ve fiziksel çevrenin hasta sağlığına etkileri bölümler 2.3 ve 4.3. bölümlerde ayrıntılı olarak anlatılmış ve iyileştiren hastanenin vazgeçilmez özelliklerinden biri olarak ortaya konmuştur. JCI akreditasyon sisteminde, sağlık binalarında estetik ve sanatla ilgili bir şart bulunmamakla birlikte, standartlar geliştirilip hasta merkezli iyileştiren hastane kavramına vurgu arttıkça, gelecekte bu konuda aşama kaydedileceği varsayılmaktadır.

Estetik olmak başlığı altında, binanın işlevini ve rahatlatma duygusunu iletip iletmediği, bina çevresinde ve iç mekanlarda manzaralar (doğal ve yapay) oluşturulup oluşturulmadığı ve bunlardan ne derece yararlandığı, pozitif dikkat çekici elemanların kullanılması, hasta ve ziyaretçi psikolojisine fiziksel mekanın estetik özelliklerinin katkısı, mekanların rahatlatıcılığı ve sıcaklığı sorgulanmıştır.

- **Konfor (Termal, Akustik, Görsel, Kokusal vb konfor)**

Konfor da estetik gibi, JCI akreditasyon sisteminde standart olarak bulunmamakla birlikte, sağlık binalarının vazgeçilmez özellikleri arasında yer alması ve mimari açıdan oldukça önemli bir kavram olması açısından, öneri kontrol listesinde yer alan temel konulardan biri olarak seçilmiştir.

Özellikle hasta odaları ile tanı konsültasyon ve tedavi odaları için ayrıntılandırılmış olan bu konu, hasta ve ziyaretçilerin hastane deneyimleri sırasında, ev ortamından uzak geçirdikleri bu zamanlarını rahat geçirmelerini sağlayacak özelliklerin, görsel ve işitsel konfor koşulları ve ergonomik tasarımın binada var olup olmadığını sorgulamaya yöneliktir.

- **Mahremiyet ve özerklik**

Mahremiyet, toplumdan topluma derecesi değişmekle birlikte, oldukça önem verilen bir kavram olarak, gerek hasta merkezli tasarım özelliklerinde, gerekse akreditasyon koşullarında

karşımıza çıkmaktadır. PFR (Hasta ve Aile Hakları) bölümünde, kuruluşun, hastanın mahremiyet ihtiyacına saygılı olması şartından bahsedilmektedir. Aynı bölümde, hasta bilgilerinin gizliliği de ifade edilmektedir. Öneri kontrol listesinde, hasta odaları, muayene ve tedaviye ayrılmış mekanlar için görsel ve işitsel mahremiyet sağlanması için sorgulama yapılmaktadır.

Özerklik ise, hasta merkezli tasarım kavramıyla birlikte ortaya çıkan, gün geçtikçe önem kazanan ve uygulama alanları genişleyen bir konudur. Mekanı kişiselleştirebilme ve mekanları kurumsal olan tarzdan çıkarma ile ilgili maddeler bu konu başlığı altında toplanmıştır.

- **Sosyal destek ve Yetki vermek**

Sosyal destek sağlama konusu, hasta merkezli yaklaşımın önemli bileşenlerinden biridir. JCI'da ise, akreditasyon anlayışının giderek daha fazla hasta merkezli bir temele oturtulmasıyla birlikte, bu konuda net bir belirlemeye gidilmediği tesbit edilmiştir.

Öneri kontrol listesinde bu konu altında, çeşitli faaliyetlerin yer alacağı mekanlar sağlanarak binanın sosyal iletişimi desteklemesi, dini mekanlar ve bu mekanlarda huzur ve rahatlığın oluşturulması, hastalar ve yakınlarının çocukları için mekanlar ve hastalara kişisel bakım sağlayacak mekanlar tasarlanması yolu ile hastaların dini ve sosyal alışkanlıklarını devam ettirerek kendilerini daha az izole edilmiş hissetmelerine ve dış dünyayla bağlarını kopartmamalarına yardımcı olmak amaçlanmaktadır.

Hastaya kendi sağlığıyla ilgili kararlar konusunda yetki vermek kavramı oldukça yeni ve gelişen bir kavramdır. JCI kılavuzunda geniş olarak ele alınan PFR (Hasta ve Aile Hakları), hastaların bu hakları konusunda, ayıntılandırılmış standartlar getirmektedirler. Ancak bu standartlar, fiziksel mekana yönelik olmayıp, yönetsel ve prosedürlere yönelik biçimde sınırlıdır. Bununla birlikte, bu hakkın korunması ve uygulamaya konulabilmesi için, fiziksel mekanlara yapılacak bazı ekleme ve bazı düzeltmeler oldukça yararlı olacaktır.

Öneri kontrol listesinin programlama aşamasına ve hastane bölümlerinin ayrıntılarına girmemesi sebebiyle, bu başlık altında sorgulanan maddeler sayıca az olmakla birlikte, sağlık kurumlarında göz önüne alınması gereken temel gereksinimlerdenidir. Bu konuyla ilgili daha geniş sorgulamaların, gelecekte sağlık kurumlarının türleri ve bölümleriyle ilgili yapılacak olan çalışmalarda daha ayrıntılı biçimde ele alınması, bir gerekliliktir.

TEKNİK KALİTE

1. Sağlık ve güvenlik

Güvenlik konusu, sağlık binaları tasarımında, günümüzde, hiçbir dönemde olmadığı kadar önem verilen bir konu haline gelmiştir. Gerek JCI kılavuzunda, gerekse iyileştiren hastane tasarımında büyük yere sahip güvenlik, hastane içindeki enfeksiyon kontrolü, düşme ve yaralanmalar, emniyet, hırsızlık, gasp olayları, doğal ve diğer afetlere hazırlık, yangın korunması ve su-elektrik kesintileri konularını kapsamaktadır.

JCI kılavuzunda, FMS (Bina Yönetimi ve Güvenlik) başlığı altında toplanan bu konu, kurumun, hastalar, ziyaretçiler ve personel için güvenli bir fiziksel ortam sağlamak ve açık tehditleri belirleyip azaltmak için çalışması gerektiğini belirtmektedir. PCI (Enfeksiyon Korunumu ve Kontrolü) başlığı, kuruluşu, enfeksiyon riskiyle ilgili prosedür ve süreçlerin belirlenmesi ve enfeksiyon riskinin azaltılması için stratejiler uygulamaya koymakla yükümlü kılar. QPS (Kalite Geliştirilmesi ve Hasta Güvenliği) başlığı altında ise, yönetimin, hasta güvenliği programı planlanması ve takibinden sorumlu olduklarından bahsedilmektedir. QPS 3 maddesi, klinik izleme konularını kapsamakta, QPS 3.8 ise, klinik izlemenin enfeksiyon kontrolü, gözetimi ve rapor edilmesi gerekliliğini belirtmektedir. Ayrıca QPS 3'den QPS 3.20 ye kadar olan standartların amaçları arasında, düşmeler ve güvenli bir ortam yaratılmasından da bahsedilmektedir.

Kılavuzda, fiziksel mekanı iyileştirmek amacıyla, mimarlık alanından çok, yönetsel açıdan, afet planları ile kaynakların yerinde ve iyi kullanımıyla ilgili maddeler belirlenmiştir. Öneri kontrol listesinde, amaçları akreditasyon açısından açıkça belirlenen bu önemli konunun, mimariye yansıtılması ve mimarlık alanında da, belirtilen bu amaçlara ulaşılmasını hedefleyen maddeler oluşturulmuştur.

Bölüm 7.1.1'de belirlenen, değerlendirilecek hastane binası bölümleri ve bölüm 7.1.3'de belirlenen değerlendirmeye alınan tasarım faktörleri ilişkilendirilerek, hangi mekanda hangi kriterlerin sorgulanacağı belirlenmiştir. Bu ilişkilendirme JCI kriterleri, AEDET sistemi ve bilimsel araştırmalara göre, mekan-kriter ilişkilerinin işaretlenmesi ve bunların bir matris ilişkisi içinde ortaya konulması şeklinde düzenlenmiştir (Tablo 7.2). Oluşturulan kontrol listesinde yer alan sorular, bu matristeki ilişkiler temel alınarak oluşturulmuştur.

Tablo 7.2 Oluşturulan kontrol listesinin bileşenleri

İYİLEŞTİREN HASTANE TASARIMI	DIŞ	DIŞ MEKANLAR VE YEŞİL ALANLAR	●	●■	●□	●	●■	●■	●■			
	HAST. VE İÇ MEKANLARI	HASTANE GENELİ, BİNA KABUĞU VE BİÇİMLENİŞİ	●■□	●■□	●□			●■□	●■□			
		GENEL OLARAK İÇ MEKANLAR	●□	●■□	●□	●		●■	●■			
		ORTAK ALANLAR (GİRİŞ HOLÜ, RESEPSİYON, BEKLEME VE DOLAŞIM ALANLARI)	●	●	●	●	●	●	●			
		HASTA ODALARI	●	●	●	●	●	●	●			
		TANI, KONSÜLTASYON VE TEDAVİ ODALARI	●	●	●	●	●		●			
			KULLANIM	ULAŞILABİLİRLİK	ESTETİK	KONFOR	MAHREMİYET VE ÖZERKLİK	SOSYAL DESTEK VE YETKİ VERMEK	SAĞLIK VE GÜVENLİK			
		İŞLEVSEL KALİTE		PSİKO-SOSYAL KALİTE				TEKNİK KALİTE				
			JCI KALİTE PARAMETRELERİ ■							BOYUTSAL PARAMETRELER ORGANİZASYONEL PARAMETRELER TEKNOLOJİK PARAMETRELER		
			AEDET KRİTERLERİ □									
			HASTA ODAKLI PARAMETRELER ●									

7.2 Kontrol Listesi

Sağlık kurumlarının iyileştiren hastane anlayışı ve akreditasyon bağlamında tasarımı ve değerlendirilmesine ilişkin olarak oluşturulan kontrol listesi aşağıda verilmektedir. Listedeki soruların çoğunluğu, 6'lı skala ile değerlendirilmektedir. Değerlendirmede, 1:çok zayıf/çok kötü, 6:mükemmel/çok iyi olarak verilmiştir. Bazı soruların cevapları ise evet veya hayır olacak şekilde düzenlenmiştir.

HASTANE GENELİ, BİNA KABUĞU VE BİÇİMLENİŞİ

1. İŞLEVSEL KALİTE

1.1. Kullanım

1. Tasarım, hastane yönetiminin hizmet felsefesi ve stratejisine uygundur.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

2. Hastane binası, işlevsel gereklilikleri karşılar.

3. Genel olarak bina malzeme ve bitirmeleri kullanıma uygundur.

☐ Genel olarak binadaki malzemelerin tamiri kolay ve ekonomiktir.

☐evet ☐ hayır

☐ Binayı içte ve dışta temiz tutmak kolaydır.

☐evet ☐ hayır

4. Bina içinde ve dışındaki yürüme mesafeleri mümkün olduğunca kısa ve dolambasızdır.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

5. Bina içinde ve dışında iş akışı ve kullanıcı dolaşımı uygun şekilde planlanmıştır.

☐ Bina içinde birimler arasında ulaşım uygun planlanmıştır

☐evet ☐ hayır

☐ Bina içinde ve dışında araç-gereç dağıtımı uygun şekilde planlanmıştır.

☐evet ☐ hayır

☐ Bina içinde ve dışında çöp boşaltılması uygun şekilde planlanmıştır.

☐evet ☐ hayır

☐ Teşhis ve tanıya ilişkin birimler hasta ve personelin ulaşımına uygun planlanmıştır.

☐evet ☐ hayır

6. Hastanedeki tüm mekan ve odalar hedeflenen işlevleri karşılayabilecek büyüklüktedir.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

7. Bekleme ve ortak alanlar, gibi alanların büyüklük ve sayıları bina bütününde yeterlidir.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

8. Bina içindeki mekanlar kullanıma uygun boyutlandırılmıştır.

9. Bina, değişiklik ve büyümeye imkan verebilecek şekilde tasarlanmıştır.

1.2. Ulaşılabilirlik

10. Binaya bütün araçlar (taksi, toplu ulaşım, özel araç gibi) için ulaşım olanakları kolaydır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Ambulanslar için uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmıştır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Yangın araçları için uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmıştır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Toplu taşıma araçları ile uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmıştır. ☐ evet ☐ hayır

11. Girişlerin görülmesi ve ulaşımı iyi düzenlenmiştir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Sağlık kurumunun dışarıdan belirgin bir ana girişi mevcuttur. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Toplu taşıtlarla ulaşım da durak veya giriş kolayca görülebilir. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Hastaları ve ziyaretçileri park alanından veya toplu taşıtlarla ulaşımın sağlandığı noktadan sağlık kurumunun ana girişine yönlendiren tabela ve işaret sistemi mevcuttur. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Kurum bünyesinde birden fazla yapı mevcutsa her bir binanın girişi park alanlarından ve ana girişten kolayca görülebiliyor ve ayırt edilebilir. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Acil girişi kolayca bulunabilir. ☐ evet ☐ hayır

12. Girişin kullanımı herkes için kolaydır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Düzayak bir giriş vardır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Engelli insanlar ve çocuk arabalı ebeveynler için rampa vardır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Engelli kullanıcılar için otomatik kapılar vardır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Giriş kapısı tekerlekli sandalyede geçenler veya görme engelliler tarafından da kullanılabilir. ☐ evet ☐ hayır

13. Servis araçları (mal nakli ve çöp boşaltımı) için ayrı servis girişi ve yolu mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

14. Bina, bütününde, herkes için engellerden arındırılarak ulaşılabilir kılınmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Engelli insanlar ve çocuk arabalı ebeveynler için kolay ulaşım sağlanmıştır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Engelli insanlar ve çocuk arabalı ebeveynler için eğimli zeminler en aza indirilmiş, merdiven ve basamaklar kaldırılmıştır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Dışarıdaki dolaşım alanları, engelli insanlar ve çocuk arabalı ebeveynlerin rahatça geçebileceği ve manevra gerektirmeyecek ☐ evet ☐ hayır

şekilde, sokak mobilyaları, mazgallar ve benzeri engellerden arındırılmıştır.

☐ Bina aynı zamanda hareket, duyma veya görme zorlukları olan insanlar için yapılmıştır. ☐ evet ☐ hayır

☐ Hasta ve çocuk arabaları için bir sundurma veya lobi vardır. ☐ evet ☐ hayır

☐ Binaya ana giriş önünde saçaklı/korumalı bir alan sağlanmıştır. ☐ evet ☐ hayır

15. Görme engelli kullanıcılar için haritalar ve işaretleme sistemi kabartma yazılarla oluşturulmuştur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

16. Hasta, ziyaretçiler ve personel için yeterli park alanı vardır.(AEDET 2.2)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

17. Otopark alanları herkes için ulaşılabilir durumdadır. (AEDET 2.5-AEDET 2.6)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Bina girişine mümkün olan en yakın park alanları engellilerin kullanımına ayrılmıştır. ☐ evet ☐ hayır

☐ Park alanı katlı ise, kat yüksekliği ambulans girişine imkan verir. ☐ evet ☐ hayır

18. İçte ve dışta düğüm noktalarında ve yön bulma için diğer karar verme noktalarında haritalar sağlanmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Haritalar okunaklıdır. ☐ evet ☐ hayır

☐ Haritalar “buradasınız” etiketine sahiptir. ☐ evet ☐ hayır

19. İşaretler açıkça görülebilir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ İşaretlerin konumları, kullanıcıların nerelerde işaret görebileceklerini tahmin etmelerini sağlayacak şekilde bir mantık ve düzendedir. (İşaretler doğru yerleştirilmiştir.) ☐ evet ☐ hayır

☐ İşaretler okunaklıdır. ☐ evet ☐ hayır

☐ İşaretlerde kırmızı ve yeşilin kullanımından renk körü kullanıcıları yanıltmamak amacıyla kaçınılmıştır. ☐ evet ☐ hayır

☐ İşaretler gece de görülebilecek şekildedir. ☐ evet ☐ hayır

☐ İşaretler sürekli. ☐ evet ☐ hayır

☐ İşaretler çok-dildedir. ☐ evet ☐ hayır

20. Yol-yön bulmayı sağlamak için dış görünüş, alan düzenlemesi ve başka yardımcı öğelerden yararlanılmıştır. (AEDET 2.4)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Nirengi noktaları, etkin olarak kullanılmıştır. (heykel, peyzaj vb..) ☐ evet ☐ hayır

21. Kolay yol bulma için basit, açık, anlaşılabilir bir vaziyet planı şeması mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

22. Binanın dış cephesinde yol-yön bulmak için yardımcı farklılıklar (ipuçları) vardır.

- ☐ Sağlık kurumunu oluşturan yapılar ve farklı bölümler arasında ayırım yapılabilmesine yarayan, renk, doku, tasarım veya malzemeye yaratılan her yapının kendine özgü özellikleri mevcuttur.

☐ evet ☐ hayır

2. PSİKO-SOSYAL KALİTE

2.1. Estetik

23. Bina, hastaların iyi olma halini ve mükemmellik duygusunu destekleyici olarak tasarlanmıştır.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

24. Binanın işleviyle tasarımı bütünleşmiştir/uyumludur.

- ☐ Bina (içeride ve dışarıda) bir iyi-olma mesajı iletilir.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Bina güven hissi uyandırır.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Binanın dışardan hoş karşılayıcı bir görünüşü vardır.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Estetik olarak hem içte, hem dışta coşku uyandırır.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Binanın (içeride ve dışarıda) sağlık binası olduğu görsel olarak iletilir.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Görünüşü, çevresine hem işlevini, hem de bir rahatlatma duygusunu iletilir.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Binanın olumlu bir havası vardır.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Bina kaliteli görünür. (AEDET 4.6)

☐ evet ☐ hayır

25. Bina tasarımında hoş giden yenilikler/ilginçlikler vardır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

26. Bina tasarımı yeterince uyarıcı bir hava taşır. (AEDET 4.3)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

27. Bina, sağlık bakımında olumlu bir adım yaratacak ve sanat eseri olarak kabul edilecek bir tasarım değeri gösterir. (AEDET 4.7)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

28. Bina açıkça tanımlanmış bir mimari görünüm yaratır. (AEDET 4.3)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

29. Bina bölümlerinin kompozisyonu ve binanın tümü birbiriyle uyumlu tasarlanmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

30. Binanın kompozisyonu dengeli ve oranları doğru kurulmuştur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

31. Binanın insan ölçeğinde bir dış görünüşü vardır (AEDET 5.2)

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

32. Bina formu estetik duygulara hitap eder. (AEDET 5.4)

☐ Binanın biçim ve yüzeyleri açıkça algılanabilir. (AEDET 5.4)

☐ evet ☐ hayır

☐ Binanın silüeti hoş gider. (AEDET 5.4)

☐ evet ☐ hayır

☐ Bina kitlesi hoş giden bir biçime sahiptir. (AEDET 5.4)

☐ evet ☐ hayır

☐ Bina cephesindeki gölge ve ışık, tasarımı güçlendirici etki yapar.

☐ evet ☐ hayır

33. Malzeme seçimi estetik açıdan uygundur (AEDET 5.5)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

34. Bina tasarımını zenginleştiren renk ve dokular kullanılmıştır. (AEDET 5.6)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

35. Kurum, yakın çevresi ve içinde bulunduğu topluma olumlu bir katkı sağlar.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

36. Bina ve ekleri çevresine ve arsaya uygun biçimde tasarlanmıştır. (AEDET 7.4)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Topografik açıdan arsaya uygun biçimde oturur.

☐ evet ☐ hayır

☐ Bölgedeki mimari ve tarihi çevreye uyum sağlar.

☐ evet ☐ hayır

☐ Siluet/görünüm/peyzaj açısından arsaya uygundur.

☐ evet ☐ hayır

☐ Bina etrafındaki işlevler için yeterli alan bırakılmıştır.

☐ evet ☐ hayır

37. Bina çevresine katkı ve yeni yerel iş alanları sağlayarak kentsel gelişimde mekan duygusunu güçlendirir. (AEDET 7.1)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

38. Hastanenin tasarımı, altyapı, yerel çevre ile bütünleşme, kent ölçeğinde günlük ve acil ulaşım gibi kent planlama ilkelerinin gerekliliklerini yansıtır. (AEDET 7.5)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

39. Bitişik binalara iyi bir komşu olur. (AEDET 7.2)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2.4. Sosyal Destek ve Yetki Vermek

40. Tasarım bireylerin önemi ve onuruna saygı gösteren, hasta-merkezlidir. (AEDET 1.3)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. TEKNİK KALİTE

3.1. Sağlık ve güvenlik

41. İçte ve dışta güvenlik için kontrol noktaları tasarlanmıştır.(AEDET 1.8)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Bina ana girişlerinde güvenlik mevcuttur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Giriş noktalarında metal arama dedektörleri mevcuttur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Kapalı devre dijital kamera sistemi bina bütününde (CCTV) mevcuttur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ X-Ray cihazı mevcuttur. ☐evet ☐ hayır

42. Yangın planlama stratejisi çabuk ulaşım ve müdahale için kompartımanlara ayrılabilir durumdadır. (AEDET 2.7)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

43. Yangın merdiveni mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Yangın çıkışı mevcuttur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Her türlü sedyenin hastalar yatar durumdayken de taşınabileceği, hastane dışı çelik konstrüksiyon yangın merdiveninde “raylı sedye tahliye sistemi” mevcuttur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Koridorlara açılan odaların kapıları, koridorlar üzerindeki bölümlendirme kapıları, duman sızdırmaz özelliğe sahiptir. ☐evet ☐ hayır

44. Yangın söndürme sistemleri yeterli düzeyde düşünülmüştür.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Isı duman algılayıcıları mevcuttur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Manuel ihbar butonları mevcuttur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ İnteraktif adresli yangın ihbar sistemi mevcuttur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Sulu ve kuru yangın söndürücüleri mevcuttur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Söndürme tüpü mevcuttur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Otomatik yağmurlama sistemi mevcuttur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Yangın söndürme elemanları kolayca görülebilmek üzere kırmızıya boyanmıştır. ☐evet ☐ hayır
- ☐ İtfaiye su alma sistemi ve hidrant sistemi mevcuttur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Yangın suyu basınçlandırması mevcuttur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Yangın pompası mevcuttur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Yangın suyu rezervi mevcuttur. ☐evet ☐ hayır

45. Su ve elektrik kesintilerine karşı önlem alınmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Jeneratör mevcuttur.

☐ Kesintisiz güç kaynağı sistemi (UPS) mevcuttur.

☐ evet ☐ hayır

☐ Su rezervi mevcuttur.

☐ evet ☐ hayır

☐ Su depoları mevcuttur.

☐ evet ☐ hayır

46. Hasta, ziyaretçi ve personel için ayrılan park alanları güvenlidir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Park alanlarının izlenmesini sağlamak üzere park alanlarına kamera yerleştirilmiştir.

☐ evet ☐ hayır

☐ Park alanlarında yeterli aydınlatma mevcuttur.

☐ evet ☐ hayır

☐ Park alanlarında güvenlik sağlanmıştır.

☐ evet ☐ hayır

47. Bütün uyarı işaretlerinde görsellik kullanılır. (farklı dillerde konuşanlar için)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Bütün uyarı işaretlerinde ses kullanılır. (görme engelliler için)

☐ evet ☐ hayır

48. Kaldırım kaplama malzemesi, ıslakken kaygan olmayacak biçimde seçilmiştir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

DIŞ MEKANLAR VE YEŞİL ALANLAR

1. İŞLEVSEL KALİTE

1.1. Kullanım

1. Dış mekanlarda oturma birimlerinin konum ve tasarımları, topluca oturmaya elverişli birimler ve daha kişisel oturma birimleri oluşturacak şekilde tasarlanmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Uygun olduğu durumlarda kullanılmak üzere, çimenlik alanların bir kısmı kullanıma açılmıştır.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Mümkün olan yerlerde, oturma birimlerinin bazıları masalar etrafında oluşturulmuştur.

☐ evet ☐ hayır

2. Dış mekanlarda içme suyu akan çeşmeler mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. Çöp kutuları gereken yerlere dikkati çekecek şekilde yerleştirilmiştir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Kullanıcıların araçtan indikleri nokta ve giriş alanı yerel iklimden korunacak şekilde (yönlenme, saçak vb) tasarlanmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Kış aylarında yağmur, kar ve rüzgar rahatsız edici değildir.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Yaz aylarında güneş ve sıcak etkili değildir.

☐ evet ☐ hayır

5. Giriş tıkanıklığı önleyecek şekilde yeteri kadar geniştir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1.2. Ulaşılabilirlik

6. Kaldırımlar, dış mekanlardaki yollar ve yeşil alanlardaki patikalarda, kullanılan kaplama malzemesi tekerlekli sandalyelerin sarsılmadan geçmesine imkan verir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Dışarıdaki yürüme yolları, tekerlekli sandalyedekilerin de kolayca geçebileceği gibi az eğimle oluşturulmuştur.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Dışarıya açılan kapılar, engellilerin kolay ulaşımını sağlamak için, otomatiktir.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Oturma birimlerinin arasında, tekerlekli sandalyeler için de alanlar mevcuttur.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Dış mekanlardaki çeşmeleri çocuklar ve tekerlekli sandalyedekiler de kullanabilir.

☐ evet ☐ hayır

7. Mümkin olduğu durumlarda, büyük ortak mekanlardan dış mekanlara doğrudan ulaşım mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

8. Dış mekanlarda yol-yön bulmak için yardımcı ipuçları vardır.

- ☐ Yeşil alanlar kolayca ayırt edilebilecek yol-yön bulmaya yönelik ipuçları sağlayacak şekilde tasarlanmıştır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Farklı bölümler, nirengi noktaları, renkler, resimler veya diğer özellikler ile ayırt edilebilir kılınmıştır. ☐ evet ☐ hayır

2. PSİKO-SOSYAL KALİTE

2.1. Estetik

9. Dış mekanların, çevre alanların peyzaj düzenlemesi yapılmıştır.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

10. Dış mekanlar, hasta ve diğer kullanıcılara çekici gelecek şekilde tasarlanmıştır.

- ☐ Dış mekanlar ve yeşil alanların aydınlatması ve estetik duygularını tatmin edecek şekilde yapılmıştır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Dış mekan bir manzara oluşturur. (bahçe veya doğal çevre) ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Dış mekan mümkün olduğunca yeşil alanlara ayrılmıştır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Ağaç, çalı ve çiçekler, yılın her mevsiminde renkli ve çiçekli olacak şekilde düşünülmüştür. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Dış mekanlardaki oturma birimleri, 'çekici'dir. ☐ evet ☐ hayır

2.2. Konfor

11. Oturma birimlerinde kolluklar ve sırt dayama parçaları mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Oturma birimleri, rahat bir şekilde oturup kalkamayan kişilerin de buraları rahatça kullanabilmesine olanak verir. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Oturma birimleri, gerektiğinde güneşten faydalanmak veya gerektiğinde güneşten korunmak üzere farklı yönlendirmelerle yerleştirilmiştir. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ İnsanların güneşte veya gölgede oturma seçenekleri mevcuttur. ☐ evet ☐ hayır

2.3. Mahremiyet ve özerklik

12. Oturma birimlerinde mahremiyet ve bir mekan hissi yaratmak için oturma birimlerinin etrafı ağaç veya çalılarla çevrilmiştir

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2.4. Sosyal destek ve Yetki vermek

13. Bazı oturma birimleri, oturanların insanları seyredebileceği şekilde ana dolaşım alanları kenarlarında konumlandırılmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. TEKNİK KALİTE

3.1. Sağlık ve güvenlik

14. Yürüme yolları boyunca rampalarda ve düz bölümlerde, sürekli bir tırabzan tasarlanmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Eğer metal tırabzanlar kullanıldıysa, ıslandığında kaygan olmayacak bir malzemeyle kaplanmıştır.

☐ evet ☐ hayır

15. Dış mekanların aydınlatması güvenlik duygusunu tatmin edecek şekilde yapılmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Yollar geceleri iyi aydınlatılır.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Yeşil alanlar geceleri iyi aydınlatılır.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Ağaç ve çalılar, hırsızların saklanabileceği yerler oluşturmayacak şekilde seçilmiş ve konumlandırılmıştır.

☐ evet ☐ hayır

16. Dış mekanlara açılan kapılarda ağır veya kendinden kilitlenen kapıların kullanımından kaçınılmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

İÇ MEKANLAR (GENEL)

1. İŞLEVSEL KALİTE

1.1. Kullanım

1. Sosyal mekanlar ve dolaşım alanları, mekansal kaliteye sahip, iyi planlanmış ve uygundur. (AEDET 6.5)
2. Mümkün olan yerlerde, ilişkili işlevlere sahip mekanlar birbirine yakın konumlandırılmıştır.
3. Genel olarak iç mekanlarda kullanılan malzemeler kullanıma uygundur.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

- ☐ Genel olarak iç mekanlarda kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomiktir.

☐ evet ☐ hayır

1.2. Ulaşılabilirlik

4. Yol-yön bulma stratejisi yüksek kalitede ve tasarım çözümüyle tam olarak bağdaştırılmıştır. (AEDET 6.4)
5. Kolay yol bulma için plan şeması açık ve anlaşılabilir.
6. Girişe yakın bir bilgi – danışma kaynağı vardır.
7. Hastane içinde yol-yön bulmak için yardımcı öğeler vardır.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

- ☐ İç mekanda farklı bölümler, mimari detaylar, ışıklandırma, renk, doku, sanat eserleri ve bitkiler gibi öğelerle birbirinden farklı kılınmıştır.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Hastanenin birçok yerinden dış mekan görülebilir.

☐ evet ☐ hayır

8. Hastane içinde düğüm noktaları ve yön bulma için haritalar mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Haritalar okunaklıdır

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Haritalar “buradasınız” etiketine sahiptir.

☐ evet ☐ hayır

9. İşaretler açıkça görülebilir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ İşaretler okunaklıdır.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ İşaretler süreklidir.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ İşaretler çok-dildedir.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Tavana asılı tabelaları aydınlatmak için ışıklandırma elemanları kullanılmıştır.

☐ evet ☐ hayır

10. Kat numaraları ana girişin olduğu katla ilişkilendirilerek verilmiş ve katların zemin altı veya üstü olduğu belirtilmiştir.

1	2	3	4	5	6

- ☐ Binalar arası geçişler söz konusuysa, bu geçişlerin bulunduğu noktalarda, birbirine bağlanan katların numaralarının aynıdır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Mekan numaraları ait oldukları kat numarasıyla başlar. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Eğer mekan numaralandırmalarında sayı ve harfler beraber kullanılmışsa, sayı gibi algılanabilecek harflerin kullanımından kaçınılmıştır. (I, O gibi) ☐ evet ☐ hayır

11. Eğer renkli yer çizgileri yol bulma sisteminin bir parçası olarak kullanılıyorsa, bu renkler birbiriyle karışıklık oluşturan renklerdir.

1	2	3	4	5	6

- ☐ Eğer renkli yer çizgileri yol bulma sisteminin bir parçası olarak kullanılıyorsa, bu çizgiler dekorasyonun bir parçası olarak kullanılan diğer desen ve çizgilerden rahatça ayrılabilir. ☐ evet ☐ hayır

2. PSİKO-SOSYAL KALİTE

2.1. Estetik

12. Kurum iç mekanlarda yüksek kalitede bir hasta çevresi sağlar. (AEDET 6.1)

1	2	3	4	5	6

13. İç mekanlarda renk ve ışık, personel ve hasta için uygun kullanılmıştır. (AEDET 6.2)

1	2	3	4	5	6

14. İç mekanlarda manzara, personel ve hasta için uygun kullanılmıştır. (AEDET 6.3)

1	2	3	4	5	6

15. İç mekanların tasarımı rahatlatıcı/sakinleştiricidir.

1	2	3	4	5	6

- ☐ İç mekan tasarımı kurumsal olmayan ve evi andıran bir duygu verir. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Ferahlık duygusu hissedilir. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Renk seçimleri konforlu ve sıcak bir ortam yaratacak şekildedir. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Gerçek doğal manzaraların olmadığı yerlerde resimler ve sanat eserleri kullanılmıştır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Akvaryum, heykeller, TV gibi pozitif uyarı vardır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ İç avlular varsa peyzaj düzenlemesi yapılmıştır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Doğal mekan, iç mekana su öğeleri veya bitkiler kullanılarak taşınmıştır. ☐ evet ☐ hayır

16. Genel olarak iç mekanların doğal ışık alması sağlanmıştır.
(AEDET 8.1)

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

17. İç mekanlarda profesyonel bir görüntü oluşturacak şekilde detaylara ve işçiliğe dikkat edilmiştir.

2.2. Konfor

18. Genel olarak iç mekanlarda konfor ve mahremiyet için akustik tasarım yapılmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

19. Genel olarak iç mekanların hava kalitesi, hasta, personel ve halk için uygundur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

20. Genel olarak iç mekanlarda pasif termal konfor düşünülmüştür.
(AEDET 8.4)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Yazın pasif olarak serinlik sağlanabilir. (gölgeleme, stor, yönlendirme vb..)

☐ evet ☐ hayır

☐ Sera etkisinden kaçınılmıştır.

☐ evet ☐ hayır

2.4. Sosyal destek ve Yetki vermek

21. Yatan hastaların gidebileceği bir ortak salon mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Salon çeşitli faaliyetlerin yer almasına uygun tasarlanmıştır.

☐ evet ☐ hayır

☐ Salon gerektiğinde bölünebilir.

☐ evet ☐ hayır

☐ Salona girişten önce içerinin görülebilmesini sağlayan saydam bir duvar veya bölüm düşünülmüştür.

☐ evet ☐ hayır

22. Yemek yenen alanların dışarıyı gören manzaraları mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Yemek yenen alanlardaki masalar tekerlekli sandalyedeki kişilerin kullanımına da uygundur.

☐ evet ☐ hayır

☐ Tekerlekli sandalye kullananlar yemekleri rahatça görebilir, sıraya girebilir ve ödeme yapabilirler.

☐ evet ☐ hayır

23. Hasta ve yakınlarının dinlerinin gereklerini yerine getirebilecekleri mekan/mezanlar mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Dini mekan, farklı inançlara bağlı kullanıcılar tarafından kullanılabilir.

☐ evet ☐ hayır

☐ Dini mekan, sessiz ve huzurlu bir atmosfere sahiptir.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Dini mekan, tekerlekli sandalyedekilerin de rahatça kullanabileceği şekilde tasarlanmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**

24. Hastalar ve yakınlarının çocukları için çocuk bakım hizmeti mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

25. Hastaların kişisel bakımlarını sağlayacak bir mekan (kuaför gibi) mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

26. Hasta eğitim fonksiyonu gören bir mekan mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Mesaj veya ilan panosu gibi bilgi sağlayan sistemlere yer verilmiştir. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Hasta eğitim odası, yeterli görsel malzeme ve açıklamayla donatılmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Hasta eğitim odası girişimsel olmayan bazı müdahaleleri ve teşhis tekniklerinin uygulanışlarını gözlemlemeye imkan verir. ☐ **evet** ☐ **hayır**

27. Hasta ve ziyaretçiler için kütüphane mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Kütüphane iyi tasarlanmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Kütüphane sessiz ve konforlu bir atmosfere sahiptir. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Kütüphane tekerlekli sandalyedekilerin de kullanabileceği şekilde tasarlanmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Kütüphanede hasta eğitimi için ayrılmış bir bölüm vardır ve bu bölüm bilgisayar vb araç-gereçle donatılmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Kütüphane kolayca bulunacak, ana dolaşım alanlarına yakın bir konumdadır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Kütüphane yatan hastalara kitap sağlama hizmeti verir. ☐ **evet** ☐ **hayır**

3. TEKNİK KALİTE

3.1. Sağlık ve güvenlik

28. Belirli yerlerde güvenlik noktaları tasarlanmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Personel, bulunduğu bölümlerdeki hareketleri kolayca izleyebilir. ☐ **evet** ☐ **hayır**
(hemşire ünitelerinden vs)

29. Döşeme kaplamaları, ıslakken kayganlaşmayan, göz almayan ve sessiz malzemedir seçilmiştir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

ORTAK ALANLAR (GİRİŞ HOLÜ, RESEPSİYON, BEKLEME ve DOLAŞIM ALANLARI)

1. İŞLEVSEL KALİTE

1.1. Kullanım

1. Ortak alanlarda kullanılan malzemeler kullanıma uygundur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Ortak alanlarda kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomiktir. ☐evet ☐ hayır

☐ Koridor duvarlarında, dokulu alçı duvar yüzeyler gibi kolayca zarar görebilecek yüzey kaplamalarından kaçınılmıştır. ☐evet ☐ hayır

2. Bütün kullanıcılar için yeterli alan mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. Danışma bankosundaki personel, girişi açıkça görebilir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Danışma bankosundaki personel, bekleme alanını açıkça görebilir. ☐evet ☐ hayır

☐ Dolaşım ve bekleme alanının tıkanmaması için, banko etrafındaki alan yeterlidir. ☐evet ☐ hayır

☐ Bankonun girişten görülmesi kolaydır. ☐evet ☐ hayır

☐ Banko yüksek/alçak değildir. ☐evet ☐ hayır

☐ Banko uzunluğu evraklı ve özel hastalar için uygun şekilde düzenlenmiştir. ☐evet ☐ hayır

4. Oturma alanları yeterli miktardadır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Resmi olmayan görüşmeler için mekanlar mevcuttur. ☐evet ☐ hayır

☐ Oturma birimleri farklı işlevler göz önüne alınarak farklılaşır. ☐evet ☐ hayır

5. Yakında tuvalet mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Tuvaletlere bekleme alanından değil, holden veya koridordan girilir. ☐evet ☐ hayır

☐ Hem erkek hem de kadın tuvaletlerinde bebek bakımı için alan ayrılmıştır. ☐evet ☐ hayır

☐ Tuvaletlerde priz mevcuttur. ☐evet ☐ hayır

☐ Her tuvalette elbise asacağı mevcuttur. ☐evet ☐ hayır

6. Bekleme alanlarında ve etrafında ihtiyaçlar düşünülmüştür.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Giriş holünde kullanıcıların beklemeleri için yeterli alan mevcuttur. ☐evet ☐ hayır

- ☐ Bekleme alanlarının dışında fakat yakınında, hasta ve ziyaretçilerin kullanımına açık telefonlar mevcuttur. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Telefonların çevresi yarı-kapalı biçimde tasarlanmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Her telefonun yanında yazı yazmak için bir raf veya eleman tasarlanmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Bekleme alanlarında içme suyu mevcuttur. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Bekleme alanlarında yiyecek alınabilecek makineler mevcuttur. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Bekleme alanlarında içecek alınabilecek makineler mevcuttur. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Bekleme alanlarında çöp kutusu mevcuttur. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Bekleme alanında dergi, broşür ve diğer materyaller için uygun ve çekici bir sergi alanı tasarlanmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**

7. Koridorlar işlevsel tasarlanmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Hastalar tarafından izlenen rotalar mümkün olduğunca kısadır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Koridorlar işlevler arası bağlantıda verimlidir. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Koridorlar insanların dolaşımında ve gereçlerin dağıtımında verimlidir. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Koridorlarda, araç-gereçten tıkanıklık yaşamamak üzere, yeterli miktarda, uygun ve kolay ulaşılabilen depolama alanları tasarlanmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Uzun koridorlarda yer yer oturma birimlerinin yer aldığı nişler mevcuttur. ☐ **evet** ☐ **hayır**

8. Personel dolaşımının bekleme alanlarından geçmesi tasarımla engellenmiştir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

9. Asansörler doğru tasarlanmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Asansör kapıları yeterli büyüklüktedir. (hasta yatağı, ilgili personel ve aracın geçmesine yetecek kadar) ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Asansör kapılarının açıldığı noktaların karşısına rastlayan duvarlarda, kat numaralarını belirten levhalar mevcuttur. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Temiz ve sıhhi malzeme taşımak için servis amaçlı asansör mevcuttur. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Çöp ve tıbbi atık malzeme taşımak için servis amaçlı asansör mevcuttur. ☐ **evet** ☐ **hayır**

☐ Hasta asansörü mevcuttur.

☐evet ☐ hayır

☐ Ziyaretçi asansörü mevcuttur.

☐evet ☐ hayır

10. Asansör beklerken hastaların kullanımı için oturma birimleri mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1.2. Ulaşılabilirlik

11. Bekleme alanı engellerden arındırılmıştır. (içecek makineleri-sandalyeler veya diğer tür mobilyalar)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Geçişleri ve akışı aksatmayacak bir biçimde tekerlekli sandalyelerin konulduğu bir bölüm ayrılmıştır.

☐evet ☐ hayır

12. Bekleme alanında ve dolaşım alanlarında engellilerin rahatça dolaşabilmesi ve bu alanlara ulaşabilmesi mümkündür.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Bekleme alanındaki oturma birimlerinin aralarında yer yer tekerlekli sandalyelerin girebileceği alanlar bırakılmıştır.

☐evet ☐ hayır

☐ Oturma birimleri, çocuklar, yaşlılar, hamile kadınlar ve fiziksel olarak zayıf durumdaki insanları da içine alan geniş bir kullanıcı yelpazesine hizmet verebilecek şekilde tasarlanmıştır.

☐evet ☐ hayır

☐ Yüzey kotundaki değişiklikler tekerlekli sandalye ile geçilebilecek şekilde tasarlanmıştır.

☐evet ☐ hayır

13. Danışma bankosunun yaşlılar ve tekerlekli sandalyeler için alçak bir bölümü var mı?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Danışma bankosunun bir bölümü yaşlılar ve engellilerin oturarak yazmalarına imkan verir.

☐evet ☐ hayır

14. Bekleme alanındaki hizmetler ulaşılabilir kılınmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Bazı telefonlar yürüme engellilerin kullanabileceği, bazıları ise işitme zorluğu yaşayanların kullanabileceği şekilde düşünülmüştür.

☐evet ☐ hayır

☐ İçme suyuna çocuk ve tekerlekli sandalyedekiler de ulaşabilir.

☐evet ☐ hayır

☐ Tuvaletler tekerlekli sandalyelerin de girişine ve kullanımına olanak verir.

☐evet ☐ hayır

15. Hastaneye ilk girişte, kullanıcılar bilgilendirme ve yardım için nereye başvuracaklarını açıkça görebilir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Girişe yakın bir danışma kaynağı vardır.

☐evet ☐ hayır

- ☐ Kullanıcılar, danışma bankosunu, mekanda bulunan diğer banko veya pencerelerden kolayca ayırt edebilir. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Danışma bankosu, oturma birimleri ve dolaşım alanları, hastanın bir sonraki adımda nereye yönleneceğini görmesine imkan verecek şekilde konumlandırılmış ve tasarlanmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Bankodan girişe görüş alanı açıktır. ☐ **evet** ☐ **hayır**

16. Hastaneye ilk girişte, kullanıcıların yol-yön bulmalarını kolayca sağlamaları ve bilgilendirilmeleri için iç işaretleme sistemleri mevcuttur.

1	2	3	4	5	6

- ☐ İşaretler açıkça görülebilir. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ İşaretler okunaklıdır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ İşaretler sürekli dir. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ İşaretler çok-dildedir. ☐ **evet** ☐ **hayır**

17. Yön bulma için haritalar sağlanmıştır.

1	2	3	4	5	6

- ☐ Haritalar okunaklıdır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Haritalar “buradasınız” etiketine sahiptir. ☐ **evet** ☐ **hayır**

18. Yol-yön bulma için başka yardımlar vardır.

1	2	3	4	5	6

- ☐ Farklı bölümler, mimari detaylar, ışıklandırma, renk, doku, sanat eserleri ve bitkiler gibi öğelerle birbirinden farklı kılınmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Koridorlar, mimari detaylar, ışıklandırma, renk, doku, sanat eserleri ve bitkiler gibi öğelerle birbirinden farklı kılınmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Ana koridor(lar), ana bekleme salonundan işlevsel olarak ayrı fakat görsel olarak bağlıdır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Koridorlardan dış manzaranın görülmesine imkan verilmiştir. ☐ **evet** ☐ **hayır**

19. Asansörler herkesin kullanımına uygun tasarlanmıştır.

1	2	3	4	5	6

- ☐ Asansörlerde kat numaraları yazıyla belirtilmenin yanında görme engelliler için kabartma yazıyla da belirtilmiştir. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Asansör kontrol düğmeleri, tekerlekli sandalye kullanıcıları tarafından da ulaşılabilir konumdadır. ☐ **evet** ☐ **hayır**

2. PSİKO-SOSYAL KALİTE

2.1. Estetik

20. Hoş karşılayan/estetik bir giriş ve danışma alanı mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Bekleme alanı, bitirmeler, sanat eserleri, manzara ve diğer elemanlarla, sıcak ve kurumsal olmayan ortam sağlayacak şekilde tasarlanmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Doğrudan olmayan ve kurumsal bir hava vermeyecek şekilde tasarlanmış ışıklandırma elemanları mevcuttur (masa lambaları ve nişlere yerleştirilmiş spotlar gibi). ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Floresan lambalardan kaçınılmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Doğal ışık, hasta ve personel için sempatik bir ortam yaratır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Bekleme odaları ve açık alanlar hasta ve ziyaretçi psikolojisine duyarlıdır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Bekleme alanlarından dışarıdaki manzara görülebilir. ☐ **evet** ☐ **hayır**

21. Bekleme alanı karışıklıktan uzaktır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Danışma ve bekleme alanıyla ilgili olmayan diğer bütün çalışma alanları ve araç-gereç görüntüden saklanmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Kullanılan renkler dinlendiricidir. ☐ **evet** ☐ **hayır**

22. İnsanların konsültasyon için çağrılma sistemleri kullanıcı-dostudur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

23. Giriş ve danışma alanında hasta ve yakınlarının beklemesi için oturma alanları iyi düzenlenmiştir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Oturma birimleri rahattır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Oturma birimleri iç tasarımla uyumludur. ☐ **evet** ☐ **hayır**

24. Dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ İlgi çekicilik kazandırmak amacıyla, sanat eserleri, bitkiler gibi öğeler kullanılmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Hastaların yataklarda taşındıkları ve bekledikleri mekanların tavanlarını da ilgi çekici kılmak üzere, bu mekanların tavanlarında da sanat eserleri ve görsel öğeler kullanılmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Merdiven kovalarını ilgi çekici kılmak üzere, bu mekanlarda da sanat eserleri ve görsel öğeler kullanılmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**

25. Dolaşım alanları rahatsızlık verici etkilerden arındırılmıştır.

- ☐ Koridorlarda tünel etkisinden kaçınılmıştır.
- ☐ Tıbbi ekipman kullanımda değilse görüntüden saklanmıştır.
- ☐ Doğal ışık mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

2.2. Konfor

26. Isısal konfor sağlanmıştır.

27. Aşırı sıcaklık yayan aydınlatmalardan kaçınılmıştır.

28. Rahatsız edici kokuların (ilaç, tuvalet, yemek vb) bulunmaması sağlanmıştır.

29. Yer ve tavan kaplamaları gürültüyü azaltan malzemelerle oluşturulmuştur.

30. Bazı yetişkin oturma birimleri oyun alanını görmeyecek şekilde (tamamen sırtını dönmüş şekilde) konumlandırılmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2.3. Mahremiyet ve özerklik

31. Mahremiyet hem görsel, hem de işitsel açıdan sağlanmıştır.

- ☐ Kayıt yaptırmakta olan hastaların kişisel bilgilerinin duyulmasını engelleyici bir tasarım veya mekanda bu amaca hizmet eden elemanlar mevcuttur.
- ☐ Sesi azaltmak ve mahremiyeti arttırmak üzere, özel odalar ve mekansal bölüntüler mevcuttur.
- ☐ Oturma birimlerinin birbirine göre olan konum ve uzaklıkları, oturanları rahat ettirecek ve konuşmanın rahat gerçekleşmesine olanak verecek biçimde tasarlanmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

32. Kullanıcıların kaldıkları süre boyunca kişisel eşyalarını koymaları için kilitli dolaplar, vestiyer veya palto çengelleri gibi elemanlar mevcuttur.

- ☐ Danışma ve kayıt alanında çalışan personelin özel eşya ve fotoğrafları gibi kişisel malzemelerini koymalarına ve çalıştıkları mekanı kişiselleştirmelerine tasarımla imkan verilmiştir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ evet ☐ hayır

2.4. Sosyal destek ve Yetki vermek

33. Hasta, aile ve sağlık bakımı sağlayıcıları arasında etkileşim ve iletişim için mekanlar vardır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

34. Ortak alanlardaki oturma birimleri, farklı sosyal gruplar ve farklı grup büyüklüklerine hitap edebilecek şekilde farklılaşır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

35. Bekleme alanında çocuklar için oyun alanı mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Oyun alanı, etrafı çevrilmiş bir oyun çukuru oluşturacak biçimde tasarlanmıştır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Oyun ekipmanı mevcuttur. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Oyun alanı sesi perdelemek üzere bölünmüştür. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Oyun alanında yer alan oyuncaklar sağlam malzeme ve yapıdadır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Oyun alanında yer alan oyuncaklar birden fazla çocuk tarafından kullanılabilir. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Oyun alanı güvenlidir. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Oyun alanı ana bekleme salonundan görülür. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Oyun alanında yer alan aktiviteler, görsel ve işitsel açıdan danışma alanından kolayca denetlenebilir. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Oyun alanında yer alan oyuncakların kolayca yutulabilecek veya kaybedilebilecek kadar küçük parçalar içermesinden kaçınılmıştır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Oyun alanı, dolaşım hareketlerinden uzakta konumlandırılmıştır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Bazı yetişkin oturma birimleri oyun alanına bakar. ☐ evet ☐ hayır

3. TEKNİK KALİTE

3.1. Sağlık ve güvenlik

36. Danışma bankosu güvenlidir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Banko sivri köşelere sahip olmayan bir biçimde tasarlanmıştır. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Banko göz kamaştırmayan/parlamayan bir malzemedendir. ☐ evet ☐ hayır

37. Mobilyalar güvenli olacak şekilde seçilmiştir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Oturma birimleri ve diğer mobilyalar sabittir. ☐ evet ☐ hayır
- ☐ Mobilyalarda sivri ve çıkıntılı köşelerden kaçınılmıştır. ☐ evet ☐ hayır

- ☐ Oturma birimlerinde sivri ve çıkıntılı köşelerden kaçınılmıştır.

☐evet ☐ hayır

38. Mekanda sivri ve çıkıntılı köşelerden kaçınılmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Yüzeyde kaymayı önleyen bir kaplama kullanılmıştır.

☐evet ☐ hayır

- ☐ Yer ve duvar renkleri, zayıf görme yeteneğine sahip olanlar düşünülerek birbirine zıt renklerde oluşturulmuştur.

☐evet ☐ hayır

- ☐ Aydınlatma, yer kaplamaları ve diğer yüzeyler arasındaki etkileşim, parlamayı ve göz alıcılığı engelleyecek şekilde düzenlenmiştir.

☐evet ☐ hayır

39. Kapalı devre yayın mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

40. Girişler, çıkışlar, koridor birleşimleri, basamaklar, asansörlere yaklaşılacak alanlar, rampalar ve yüzey kotundaki her türlü değişiklikte farklı renkler kullanılarak dikkat çekilmiştir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

41. Kenarlarda, yer ve duvarlar arasındaki ayrımı kesinleştirmek için tamamen zıt bir renkte süpürgelik veya bant gibi bir öğe kullanılmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

42. Koridorlar güvenlidir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Koridorlar, mobilya, sağlık araç-gereci ve duvardan çıkan musluklar gibi engellerden arındırılmıştır.

☐evet ☐ hayır

- ☐ Koridorlar, görme bozukluğu yaşayanların güvenliği açısından birbirleriyle dik açıyla kesişirler.

☐evet ☐ hayır

- ☐ Dolaşım alanlarında duvarlar boyunca yürüme sorunu yaşayanlar için korkuluklar yerleştirilmiştir.

☐evet ☐ hayır

- ☐ Koridorlarda, duvar ve tavanların renkleri, birbirinden en az 2 ton farklı olacak şekilde boyanmıştır.

☐evet ☐ hayır

- ☐ Koridorlarda, parlak olmayan yüzeyler kullanılmıştır.

☐evet ☐ hayır

- ☐ Göz kamaşmasını önlemek için, koridorlardaki pencereler, koridorun en sonu yerine koridor boyunca yan duvarlara konulmuştur.

☐evet ☐ hayır

- ☐ Koridorlarda ışıklandırma, hasta yatağıyla geçen hastaların gözüne girmeyecek şekilde tasarlanmıştır.

☐evet ☐ hayır

- ☐ Koridorlardaki cam kapı ve duvarlar, belli olacak şekilde işaretlenmiştir.

☐evet ☐ hayır

43. Merdivenler güvenlidir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Merdiven basamaklarının kenarları kolayca ayırt edilebilir.

☐evet ☐ hayır

- | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Renkler, köşe ve kenarlar, çizgiler, mekandaki öğelerin birbirleriyle komşulukları, yüzey ve dokular, merdiven kovasını daha belirli kılmak üzere tasarlanmıştır. | ☐ evet | ☐ hayır |
| ☐ Merdiven kovasının rengi, merdivene yaklaşmakta olan kişiye uyarı niteliği taşıması açısından, en üstteki basamağın üstüne kadar devam eder. | ☐ evet | ☐ hayır |
| ☐ Merdiven kovalarında, sahanlıklar sık aralıklarla kullanılmıştır. | ☐ evet | ☐ hayır |
| ☐ Merdiven kovalarında, parlama veya gölge olmaksızın, yeterli ve uygun aydınlatma sağlanmıştır. | ☐ evet | ☐ hayır |
| ☐ Merdiven basamakları, görüntü kirliliğinden arındırılmıştır. (canlı çiçek desenleri, geometrik desenler, çizgiler ve görsel karmaşa yaratabilecek diğer dokular gibi). | ☐ evet | ☐ hayır |
| ☐ Merdiven basamakları kaymayacak malzemeye kaplanmıştır. | ☐ evet | ☐ hayır |
| ☐ Merdiven kovalarında olduğu kadar, uzun koridorlarda da tutunacak uygun elemanlar tasarlanmıştır. | ☐ evet | ☐ hayır |
| ☐ Tutacak veya korkuluklar, birkaç basamaklık kısa merdivenlerde de mevcuttur. | ☐ evet | ☐ hayır |
| ☐ Tutacak veya korkuluklar, merdivenlerin her iki tarafına da yerleştirilmiştir. | ☐ evet | ☐ hayır |
| ☐ Korkuluklar, merdiven kovalarının ilk ve son basamaklarının dışına kadar ilerler. | ☐ evet | ☐ hayır |

HASTA ODALARI

1. İŞLEVSEL KALİTE

1.1. Kullanım

1. Hem özel, hem de yarı-özel odalar mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Özel odalarda, ziyaretçilerin gece kalabilmelerine olanak sağlayan çekyat veya yatak mevcuttur.

☐ evet ☐ hayır

☐ Hasta yatağı, gardırop, yatak başında duran bir raf veya komodin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan vardır.

☐ evet ☐ hayır

2. Kullanılan malzemeler kullanıma uygundur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomiktir.

☐ evet ☐ hayır

3. Yatak kontrolü, hemşire çağırma düğmesi, ışık ve televizyon kontrol düğmelerinin kullanımı kolay ve anlaşılabilir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Yatak kontrolü, hemşire çağırma düğmesi, ışık ve televizyon kontrol düğmelerine hasta tarafından kolayca erişilebilir.

☐ evet ☐ hayır

☐ Düğmeler gece kullanılmak için ışıklandırılmıştır.

☐ evet ☐ hayır

☐ Düğmeler her iki elle de kullanılabilir.

☐ evet ☐ hayır

☐ Telefon, her iki elle de ulaşılabilir ve kullanılabilir durumdadır.

☐ evet ☐ hayır

☐ Yatak üstündeki masa rahat kullanılır.

☐ evet ☐ hayır

☐ Yatak üstündeki masanın yüksekliği hastaların kişisel durumlarına göre ayarlanabilir.

☐ evet ☐ hayır

4. Oda içindeki gardıroplar her mevsime uygun giysileri, ayakkabıları ve diğer küçük eşyaları da alabilecek büyüklüktedir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Gardırobun içinde küçük kilitli bir bölüm mevcuttur.

☐ evet ☐ hayır

☐ Gardırobun konumu dolaşımı ve odadaki diğer işlevleri engellemeyecek şekildedir.

☐ evet ☐ hayır

5. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ Odaların banyolarındaki batarya ve düğmeler kolayca anlaşılabilir.

☐ evet ☐ hayır

☐ Banyodaki raflar, hastaların temizlik malzemelerini kolayca alabilecek büyüklüktedir.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Duşta havlu ve elbise askıları duş teknesinin hemen yanında fakat su gelmeyecek bir konumdadır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Banyo tezgahı, hastanın klozette otururken de kullanabileceği gibi tasarlanmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Banyoda, gerekli tıbbi malzemelerin depolanacağı bir alan mevcuttur. ☐ **evet** ☐ **hayır**

6. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüştür.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Duş alanı, hastanın tekerlekli sandalyeden direk duş taburesine geçebileceği şekilde tasarlanmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Ele alınabilen duş başlığı mevcuttur. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Duş bataryaları ve duş başlığına hem ayakta hem de oturur pozisyonda ulaşılır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Duşta sabun ve şampuan hem oturan hem de ayaktaki hastanın rahatça ulaşabileceği konumdadır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Duş için ayrılan alanda, hastaya yardımcı olmak üzere iki kişilik daha yer mevcuttur. ☐ **evet** ☐ **hayır**

1.2. Ulaşılabilirlik

7. Tekerlekli sandalye, serum askısı ve yürüteçlerin oda içinde rahatça dolaşması ve dönmesi mümkündür.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Oda ve banyodaki aynalar, oturan veya tekerlekli sandalyedeki hastalar tarafından da kullanılabilir. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Oda ve banyodaki elektrik prizleri tekerlekli sandalyedeki hastalar tarafından da ulaşılıp kullanılabilir. ☐ **evet** ☐ **hayır**

8. Banyoda tekerlekli sandalyedeki hastalar için kullanım düşünülmüştür.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Banyo ve lavabodaki bataryalar güçsüz veya kavrama kabiliyeti düşük hastalar tarafından da ulaşılıp kontrol edilebilir. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Banyolardaki raflar, tekerlekli sandalyedeki hastaların da kullanabileceği gibi konumlandırılmıştır. ☐ **evet** ☐ **hayır**
- ☐ Tuvalet girişi ve klozete kadar olan alanda, tekerlekli sandalyedeki bir hastaya yardımcı olmak üzere iki hemşirenin hareket edebileceği alan mevcuttur. ☐ **evet** ☐ **hayır**

9. Odalarda haritalar sağlanmıştır.

- ☐ Haritalar okunaklıdır.
- ☐ Haritalar “buradasınız” etiketine sahiptir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

2. PSİKO-SOSYAL KALİTE

2.1. Estetik

10. Odalarda dışarıyı görüş/manzara düşünülmüştür.

- ☐ Yarı-özel odalar için yatakların yan yana olduğu bir düzen seçilmişse, yatağı koridor tarafına yakın olan hasta pencereden dışarıyı görebilir.
- ☐ Hasta odalarının pencereleri mümkün olduğunca büyüktür.
- ☐ Mümkünse, sokak kotunda yer alan aktiviteler pencerelerden görülebilir.
- ☐ Perdeler hasta ve ziyaretçiler tarafından kolayca idare edilebilir.
- ☐ Perdeler, odanın geceleri tamamen karanlık olmasını sağlar.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

11. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde ve yeterince kullanılmıştır.

- ☐ Odalardaki sanat eserlerinin konumları, yataktan rahatça görülebilecek şekildedir.
- ☐ Kullanılan sanat eserleri, soyut eserler olmaktan çok natüremortlar ve diğer tasvirlerden mi oluşmaktadır.
- ☐ Kullanılan sanat eserlerinde fotoğraflar ve resim reproduksiyonları mevcuttur.
- ☐ Kullanılan sanat eserlerinde şehir manzaraları, portreler, koyu renkler ve yazılı posterlerden kaçınılmıştır.
- ☐ Doğa odalarda canlandırılmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

2.2. Konfor

12. Yarı-özel odalarda iki televizyon mevcuttur.

- ☐ Televizyon ve radyolar için kişisel kulaklıklar sağlanmıştır.

13. Aydınlatma doğru ve yeterli düzeyde tasarlanmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ evet ☐ hayır

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Aydınlatma düzeyleri, günün farklı zamanlarına, odadaki gün ışığına ve odadaki farklı işlevlere göre ayarlanabilir. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Aydınlatma düğmeleri, hem hasta hem de personel için kolay ulaşılabilir. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Hasta yatağının yakınında gece lambası mevcuttur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Odada gölge oluşturan veya hasta tenine doğal olmayan bir ton veren ışıklandırmadan kaçınılmıştır. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Hasta ve ziyaretçilerin çok parlak ışıktan rahatsız olmamaları için dolaylı aydınlatma sağlanmıştır. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Eğer ayakuçları birbirine bakan yataklarla bir oda tasarlanmışsa, hastaların yatak başlarındaki ışıkların birbirinin gözlerini almaması sağlanmıştır. ☐evet ☐ hayır

14. Banyo havalandırması iyi yapılıdır.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

15. Isısal konfor sağlanmıştır.

16. Odalarda rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmıştır.

2.3. Mahremiyet ve özerklik

17. Hasta odaları mahremiyete önem verecek şekilde tasarlanmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Hasta odasının koridora bakan duvarında bir pencere mevcutsa, hasta bu pencerenin görsel olarak kapanmasını kontrol edebilir. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Eğer ayakuçları birbirine bakan yataklarla bir oda tasarlanmışsa, hastaların birbirini görüşleri mümkündür. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Oda kapısı, baş tarafı yerine ayakucu tarafında mı konumlandırılmıştır. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Hasta odalarındaki malzemelerin sesi yutan malzemeler olmasına dikkat edilmiştir. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Hasta odalarının yakınlarındaki mekanlar sessiz işlevlere sahiptir. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Hastaların tekli veya ikili oda seçenekleri vardır. ☐evet ☐ hayır

18. Hasta odalarını, örneğin küçük nesneler, resimler veya çiçekler ile kişiselleştirilebilmek için raflar veya panolar mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

19. Banyo, mahremiyeti sağlamak üzere akustik olarak izole edilmiştir.

20. Banyo, dışarıya bakan duvar yerine koridor tarafındaki duvarda mı konumlandırılmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2.4. Sosyal destek ve Yetki vermek

21. Uzun süreli kalacak olan hastalar ve sosyal iletişime ihtiyaç duyanlar için, 3 veya 4 yataklı odalar mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Ziyaretçiler, hastalarıyla yemek yerken oturacak bir yer, bir masa veya tepsi sağlanmıştır.

☐ evet ☐ hayır

3. TEKNİK KALİTE

3.1. Sağlık ve güvenlik

22. Odalardaki donatılar sivri köşelerden arındırılmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Gece kullanımı için, odada ve banyoda gece ışığı ve ışıklandırılmış düğmeler mevcuttur.

☐ evet ☐ hayır

23. Banyo kapısı dışardan açılabilir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Banyoda dışarıdan geçen borular yanık ve diğer yaralanmaları engelleyecek şekilde izole edilmiş ve konumlandırılmıştır.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Banyodaki raflar sivri köşelerden arındırılmıştır.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Banyo küveti/duş teknesi yerler kaymayan bir malzemeyle kaplanmıştır.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Duş alırken ayakta duramayanlar için bir duş taburesi mevcuttur.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Duş taburesi kaymayan bir malzemedendir.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Banyoda tutunma barları mevcuttur.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Tutunma barları hasta duş taburesinden kalkarken, tekerlekli sandalyeden tuvalete veya duş taburesine geçerken ve ayakta dururken, hastanın ağırlığını taşıyabilecek güçte ve tasarımdadır.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Klozette oturan bir hasta tarafından ulaşılacak acil durum düğmesi mevcuttur.

☐ evet ☐ hayır

24. Çöpler, hasta odalarından uzaktır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

TANI, KONSÜLTASYON VE TEDAVİ ODALARI

1. İŞLEVSEL KALİTE

1.1. Kullanım

1. Soyunma odaları işlevseldir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Soyunma odalarındaki en az bir kabin, içeriye bir hastayla beraber bir kişinin daha girmesine olanak verebilecek büyüklükte tasarlanmıştır.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Soyunma odalarındaki aydınlatma yeterlidir.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Ayakkabılarını giymek ve bağlamak için eğilemeyenler için yardımcı olması amacıyla küçük bir mobilya düşünülmüştür.

☐ evet ☐ hayır

2. Bekleme alanları işlevseldir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Bekleme alanlarının yakınında tuvaletler ve içme suyu mevcuttur.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Bekleme odasındaki oturma birimleri yeterli ve rahattır.

☐ evet ☐ hayır

3. Konsültasyon odalarında doğal ışık mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Hasta ihtiyaçları yeterli düzeyde düşünülmüştür.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ Tekerlekli sandalye kullanıcıları için de ulaşılabilir olan tuvaletler ve içme suları hasta ve yakınları için mevcuttur.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Tekerlekli sandalyeler için tasarlanmış tuvalet, içme suyu ve telefonların konumlandırılmaları, önlüklü insanların halka açık mekanlara çıkmasını gerektirmeyecek, hasta yakınlarının da tedavi alanlarına geçmesini gerektirmeyecek şekilde tasarlanmıştır.

☐ evet ☐ hayır

5. Soyunma odaları herkesin kullanımına uygun tasarlanmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- ☐ En azından bir soyunma odası veya kabin, bir tekerlekli sandalye ve yardımcı bir kişiyi alabilecek ölçülerdedir.

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Soyunma odasına konan ayna, tekerlekli sandalye kullananlar tarafından da kullanılabilir.

☐ evet ☐ hayır

6. Hastaların tıbbi malzeme ve araç-gereçle ilişkisi en aza indirilmiştir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

7. Eğer hasta yakınlarının tedavi odalarına girmesine izin verilmiyorsa, bu odaların hemen yanında bekleme alanları tasarlanmıştır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1.2. Ulaşılabilirlik

8. Muayene ve tedavi odaları, hastaların geri dönüşlerinde yollarını kolayca bulabilmeleri açısından açıkça belirlenmiştir.
9. Rota ve gidilecek yerler açıkça işaretlenmiştir.
10. Dolaşım alanlarına çıkışlar rahat anlaşılabilir şekilde tasarlanmıştır.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

2. PSİKO-SOSYAL KALİTE

2.1. Estetik

11. Tıbbi ekipman kullanımda değilse görüntüden saklanmıştır.
12. Muayene ve tedavi odalarının duvar ve tavanlarında doğal öğeler veya rahatlatıcı sanat eserleri mevcuttur.
13. Muayene ve tedavi odasının dekorasyonu, sıcak, rahatlatıcı bir imaj yaratır.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

2.2. Konfor

14. Soyunma odası, muayene odası, tedavi odası ve hastaların önlükle beklediği bütün alanlar, kurumun geri kalanından biraz daha sıcak olacak şekilde tasarlanmıştır.
15. Mevcut ışıklandırma gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde tasarlanmıştır.
- ☐ Işıklandırma, tedavi gören hastanın gözünün içine girmesini önleyecek şekilde konumlandırılmıştır.
- ☐ Muayene ve tedavi işlemlerinin stresli olacağının öngörüldüğü durumlar için, direk olmayan, yumuşak ışıklandırma sağlanmıştır.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

16. Mümkün olduğunca, her muayene ve tedavi odasında iki rahat sandalye mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ evet ☐ hayır

17. Hastaları rahatlatmak için pozitif uyaranlar düşünülmüş tür.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

☐ evet ☐ hayır

- ☐ Muayene odasında, dışarının gürültülerini maskelemek ve rahatlamaya yardımcı olmak amacıyla, hastanın kontrol edebileceği müzik mevcuttur.

- ☐ Muayene ve tedavi işlemlerinin uzun sürebileceği durumlarda, televizyon, radyo, müzik ve dergiler mevcuttur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Görsel mahremiyetin gerekli olmayacağı durumlar için, dış mekanlar ve holü görmeye imkan verecek pencereler mevcuttur. ☐evet ☐ hayır

18. Rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmıştır.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

19. Termal konfor ve havalandırma sağlanmıştır.

2.3. Mahremiyet ve özerklik

20. Tıbbi personelin ailelerle özel görüşmeler yapabileceği, yeterli sayıda konsültasyon odası mevcuttur.

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

21. Muayene ve tedavi odaları, mahremiyeti sağlayacak şekilde tasarlanmıştır.

- ☐ Muayene ve tedavi odalarında mahremiyeti sağlayacak perdeler uygun yerlere konulmuştur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Muayene ve tedavi odaları işitsel olarak mahremiyeti sağlar. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Muayene ve tedavi odaları görsel olarak mahremiyeti sağlar. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Muayene ve tedavi odalarının yanlarında, tedaviden sonra dinlenmeye ihtiyaç duyan hastaların kullanması için, ayrı bir derlenme odası tasarlanmıştır. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Soyunma-giyinme odalarının kilitlenebilir kapıları vardır. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Soyunma kabinlerindeki perde veya duvarlar tam bir görsel mahremiyet sağlar. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Soyunma odalarında giysilerin asılması ve kişisel eşyaların saklanması için ulaşılması kolay kancalar, raflar mevcuttur. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Eğer hastalar muayene odasında soyunuyorlarsa, kapı açık olduğunda mahremiyeti sağlamak üzere perde veya başka bir malzemeden bir ayırıcı sağlanmıştır. ☐evet ☐ hayır
- ☐ Hastalar, soyunma alanından önlükle bekleme alanına, oradan da muayene veya tedavi odasına, diğer insanların görüş alanında olmaksızın geçebilir. ☐evet ☐ hayır

- ☐ Eğer hastaların önlükle bir bekleme odasında beklemeleri ☐ **evet** ☐ **hayır** gerekiyorsa, oda, cinsiyetle göre ayrılmış iki bölümden oluşur.

3. TEKNİK KALİTE

3.1. Sağlık ve güvenlik

22. Bütün bekleme alanları, personelin sürekli gözetimi altında olacak şekilde tasarlanmıştır.

1	2	3	4	5	6

7.3 Bölüm Sonucu

Bu bölümde oluşturulan kontrol listesi, sağlık kurumlarının değerlendirilmesinde, çekirdek olarak tanımlanan bir bölümde uygulanmak üzere tasarlanmıştır. Değerlendirmenin uygulanacağı kullanıcı grubu ise, yetişkinler olarak düşünülmüştür. Değerlendirilecek tasarım faktörleri, işlevsel kalite, psiko-sosyal kalite ve teknik kalite başlıkları altında toplanmıştır. Kullanım, ulaşılabilirlik, estetik, konfor, mahremiyet ve özerklik, sosyal destek ve yetki vermek ve sağlık ve güvenlik konularını sorgulayan parametreler irdelenmiştir.

Oluşturulan kontrol listesinin, hastane yönetimi, tıbbi personel, hasta ve ziyaretçilerden oluşan kullanıcıların, hastane ortamlarının kalitesini değerlendirmelerinin yanı sıra, sağlık kurumu tasarlayan mimarlara ve kalite denetimlerini yapacak olan kişi ve kurumlara bir yardımcı araç niteliğinde olacağı düşünülmektedir.

8 ÖNERİ KONTROL LİSTESİNİN UYGULANMASI, ANKET ÇALIŞMASI VE DEĞERLENDİRME

Anket çalışması, İstanbul ilinde, JCI kurumu tarafından akreditasyon belgesi verilmiş olan, Florence Nightingale, Amerikan ve Memorial Hastanelerinde yürütülmüştür. Yapılan çalışmalar sonucunda akreditasyonda hasta görüşlerinin büyük oranda yer almadığı, psiko-sosyal kriterlerin tam anlamıyla gözetilmediği, daha çok prosedür, iş akışı ve yönetsel konulara yönelik olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle, söz konusu hastaneler akredite olmuş olsalar dahi, hastanelerde hasta odaklı tasarım kriterlerinin ne ölçüde yerine getirildiğinin, hastaneler arasındaki tasarım farkları ve kullanım açısından farklılıkların bulunup bulunmadığının araştırılmasına çalışılmıştır. Bir diğer araştırma konusu ise, hastane kullanıcıları olan hasta ve tıbbi personel arasında görüş farklılıkları bulunup bulunmadığının anlaşılmasıdır.

Gözlem ve anket çalışmaları sırasında elde edilen bilgi her alan çalışması için şu şekillerde analiz edilmiştir.

- 1) Anketler ve gözlemlerden elde edilen veriler ortak ve farklı olan noktaları ortaya çıkarmak için kullanılmıştır
- 2) Sorulara verilen yanıtlar farklı kullanıcı tipleri (tıbbi personel -doktor/hemşireler ile hastalar) arasında ölçülmüştür.

Bu amaçla, oluşturulan kontrol listesinin, araştırmacının kendisi tarafından uygulanmasının yanında, hastane kullanıcılarına yönelik anket formu hazırlanmıştır.

7. Bölümde oluşturulmuş olan kontrol listesinin uzun ve kapsamlı bir liste olması sebebiyle, listedeki her madde anket formlarına soru şeklinde alınmamıştır. Kontrol listesinde bulunmakla birlikte anket formlarına alınmayan sorular, araştırmacı tarafından gözlemle belirlenebilecek ve göreceli olmayan sorular olmuştur. Kullanım, ulaşılabilirlik, sağlık ve güvenlik başlıkları altında toplanmış olan, fonksiyonel ihtiyaçları, iş akışı, plan şeması, malzeme, yol-yön bulma, engelli, yaşlı, çocuk ulaşımı ve kurumda hasta sağlık-güvenliği için alınan önlemler gibi fiziksel konuları kapsayan soruların çoğunluğuna gözlem çalışması yoluyla yanıt aranmıştır. Göreceli sorular ise, daha çok kullanıcıların işlevsel ve psiko-sosyal kaliteye ilişkin yargılarının sorgulandığı maddeler olup anket formlarında yer almaktadırlar.

Tıbbi personel ve hastalara uygulanan anket formlarında birçok soru ortak kullanılmış, ancak tıbbi personelin konuları gereği daha kolay algılayıp cevap verebileceği sorular tıbbi

personel anketine ayrıca dahil edilmiştir. Aynı şekilde, hasta anketine de, hastaların hastanede kalışları boyunca deneyimledikleri mekanların işlevsel ve psiko-sosyal kalitesi ile ilgili yargılarına ait verileri elde etmek amacıyla yönelik sorular eklenerek, bazı bölümler daha geniş tutulmuştur.

Anket formları, en fazla 20 dakikada yanıtlanabilecek şekilde düzenlenmiştir. Oluşturulan hasta ve tıbbi personel anket formları Ek 6 ve Ek 7’de verilmiştir.

Hasta anketinin uygulanacağı hastaların, hastanede en az 1 gece yatmış, 18 yaş veya üstü, lise eğitimi veya yükseköğrenim almış, orta ve orta-üst gelir grubuna ait olması ve psikiyatrik bir hastalığının bulunmaması şartı aranmıştır. Hastalar arasından rasgele seçim (random) esasına göre her bir hastaneden 25’er kişi seçilmiştir.

Oluşturulan anket ve kontrol listesi, çekirdek bir listeyi kapsadığından, çalışmanın sonraki aşamalarında oluşturulabilecek yaşlı, çocuk ve uzun süreli bakım almakta olan hastalar gibi kullanıcı gruplarının dahil olduğu hastane bölümlerine ait kullanıcılar anket çalışmasına dahil edilmemiştir.

Yukarıdaki kriterleri sağlayan hasta ve yakınlarının yanında, personel anketini uygulamak üzere, söz konusu üç hastanede çalışan tıbbi personel arasından da, rasgele seçim esasına göre her bir hastaneden 25’er kişi seçilmiştir. Daha önceki bölümlerde bahsedilmiş olan AEDET sisteminde uygulandığı gibi 6’lı skala kullanılmıştır. Böylece, sonuçların, AEDET sistemiyle de ilişkilendirilmesi amaçlanmıştır.

8.1 Alan Çalışması 1: V.K.V. Amerikan Hastanesi

İstanbul Nişantaşı’ndaki Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi, 7000 m2 alan üzerine kurulu, toplam 42.500 m2 kapalı alana sahip bir sağlık kompleksidir. 1920 yılında kurulan hastane, 279 uzman doktor ve 1.038 sağlık ve destek personeli ile hizmet vermektedir.

43500 m2 toplam kapalı alanı olan hastanede, 273 doktor, 763 personel, 112 hasta odası, 10 kalp cerrahisi yoğun bakım ünitesi yatağı, 4 kalp cerrahisi ara yoğun bakım ünitesi yatağı, 17 yoğun bakım ünitesi yatağı, 4 ara yoğun bakım ünitesi yatağı, 12 koroner yoğun bakım yatağı, 56 toplam yoğun bakım yatağı, 12 ameliyathanesi ve 300 toplam yatak ile, yılda 88482 hastaya hizmet vermekte ve yılda 7300 ameliyat gerçekleştirilmektedir.

Amerikan Hastanesi; hasta katları, yoğun bakımlar, ameliyathaneler, sterilizasyon, acil servis, tıbbi görüntüleme, laboratuvarlar, poliklinikler, bilgi işlem merkezleri, cafe, yemekhane,

amaşırhane ve idari bölümlerden oluşmaktadırdır.

Hastane, ilk olarak 15 aralık 2002 tarihinde, ardından 16 Aralık 2005 tarihinde JCI tarafından akredite olmuştur.

8.2 Alan alışması 2: Florence Nightingale Hastanesi

İstanbul ağlayan'daki Florence Nightingale Hastanesi, 1989 yılında 50 yataklı bir yapılanma ile Türk Kardiyoloji Vakfı'nın ilk hastanesi olarak faaliyete başlamıştır. Yılda yaklaşık 2400 kalp ve 3500 cerrahi operasyon gerçekleştirilen hastanede, 25 suit, 66 özel oda, 30 cerrahi yoğun bakım yatağı, 8 cerrahi ara yoğun bakım yatağı, 17 dahili yoğun bakım ve 156 kurum yatağı olmak üzere, toplam 302 yatakla hizmet verilmektedir. 8 ameliyathane, 3 cerrahi yoğun bakım nitesi, 30 cerrahi yoğun bakım yatağı, biyokimya laboratuvarı, sterilizasyon odası ve 166 kişilik kadro çalışılmaktadır.

Hastanedeki cerrahi ünitelerde, özellikle kalp hastalarının ameliyat ve sonrası bakımında zelleşilmiştir. Yılda yaklaşık 2400 açık kalp ameliyatı ve çeşitli branşlarda 3500'e yakın genel cerrahi operasyon gerçekleştirilmektedir. Hastanede, 350 kişilik konferans salonu, çatı restoranı, helikopter pisti ve bağlı olduğu niversitenin öğrencilerine hizmet veren bir kütüphane de mevcuttur.

Florence Nightingale Hastanesi, 17 Nisan 2004 tarihinde JCI tarafından akredite olmuştur.

8.3 Alan alışması 3: Memorial Hastanesi

kmeydanı'nda yer alan Memorial Hastanesi binası inşaatı 1999 sonunda tamamlanmış ve ilk hasta şubat 2000'de kabul edilmiştir. Hastanede 6 ameliyathane bulunmaktadır. Hastanedeki hasta odası sayısı 136, toplam yatak sayısı ise 184'tür. Hastanede ayrıca, konferans salonu, restoranı ve konukevi de mevcuttur.

Memorial Hastanesi, ilk olarak 29 Mart 2002 tarihinde, ardından 29 Mart 2005 tarihinde JCI tarafından akredite olmuştur.



Şekil 8.1 Amerikan Hastanesi



Şekil 8.2 Florence Nightingale Hastanesi



Şekil 8.3 Memorial Hastanesi

8.4 Değerlendirme sonuçlarının analizi ve yorumlanması

Hastanelerin değerlendirilmelerinde kurumsal bazı bilgilerin hastane ismi verilerek açıklanmaması amacıyla, hastaneler karışık bir sıra içinde A Hastanesi, B hastanesi ve C Hastanesi olarak adlandırılmışlardır. Adlandırma, alan çalışmalarında hastane özelliklerinin anlatıldığı bölümdeki sıradan farklı yapılmıştır.

Hasta anketlerinde yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach's alfa değeri 0.9663 olarak bulunmuş ve böylece hasta anketleri sonuçlarında %96 güvenilirliğin bulunduğu tespit edilmiştir. Personel anketlerinde yapılan güvenilirlik analizinde ise Cronbach's alfa değeri 0.9801 olarak hesaplanmış, %98 güvenilirlik oranının bulunduğu tespit edilmiştir.

8.4.1 Hasta ve personel yanıtları ortalama tabloları

Üç hastaneye ilişkin hasta ve personel yanıtlarının ortalamaları aşağıdaki tablolarda görülmektedir:

Tablo 8.1 Hasta yanıtlarının ortalamaları

Hastane adı	A	B	C	Toplam
1. Hastane binası, işlevsel gereklilikleri karşılıyor mu?	4,56	3,84	4,48	4,29
2. Bina içinde ve dışında yürüme mesafeleri mümkün olduğunca kısa ve dolambaçsız mı?	4,52	3,48	3,48	3,83
3. Bina içinde ve dışındanda iş akışı ve kullanıcı dolaşımı uygun şekilde planlanmış mı?	4,24	3,2	3,96	3,8
4. Bina içindeki mekanlar kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?	4,28	4,48	4,96	4,57
5. Binaya bütün araçlar (taksi, toplu ulaşım, özel araç gibi) ile ulaşım kolay mı?	4,88	3,72	4,68	4,43
6. Girişlerin görülmesi ve ulaşımı iyi düzenlenmiş mi?	4,76	3,8	4,96	4,51
7. Bina, bütününde, herkes için engellerden arındırılarak ulaşılabilir kılınmış mı?	3,6	4,2	4,52	4,11
8. Hasta ve ziyaretçiler için yeterli park alanı var mı?	4,68	3,24	4,48	4,13
9. İç ve dışta yön bulma için haritalar varsa, haritalar okunaklı mı?	2,56	3,12	3,28	2,99
10. İşaretleme sistemi var ise, işaretler açıkça görülebiliyor mu?	3	2,76	3,52	3,09
11. Yol-yön bulmayı kolaylaştırmak için peyzaj, heykel gibi öğelerden yararlanılmış mı?	2,04	2,16	1,88	2,03
12. Dış cephede yol-yön bulmak için renk, doku, tasarım, malzeme farklılıkları var mı?	2,28	3,2	2,08	2,52
13. Binanın işleviyle tasarımı bütünleşmiş mi/uyumlu mu?	2,84	3,84	3,4	3,36
14. Bina tasarımında hoşya giden yenilikler/ilginçlikler var mı?	2,6	3,36	2,48	2,81
15. Bina, sanat eseri olarak Kabul edilecek bir tasarım değeri gösteriyor mu?	2,04	1,6	1,84	1,83

16.	Bina bölümleri birbiriyle uyumlu tasarlanmış mı?	4,28	3,36	2,8	3,48
17.	Binanın kompozisyonu dengeli ve oranları doğru kurulmuş mu?	4,48	3,76	3,16	3,8
18.	Bina formu estetik mi?	2,44	3,52	2,6	2,85
19.	Malzeme seçimi estetik mi?	3,96	4,44	3,8	4,07
20.	Bina ve ekleri çevresine ve arsaya uygun biçimde tasarlanmış mı?	4,6	3,96	3,64	4,07
21.	Park alanları güvenli mi?	4,32	4,36	2,88	3,85
1.	Dış mekanlarda oturma birimleri, topluca oturmaya elverişli birimler ve daha kişisel birimler oluşturacak şekilde tasarlanmış mı?	2,68	1,4	2,68	2,25
2.	Araçtan inilen nokta ve giriş, iklimden korunacak şekilde (saçak vb) tasarlanmış mı?	5,32	4,36	4,92	4,87
3.	Giriş tıkanıklığı önleyecek şekilde yeteri kadar geniş mi?	5,08	4	4,8	4,63
4.	Kaldırımlar, dış mekanlardaki yollar ve yeşil alanlardaki patikalarda, kullanılan kaplama malzemesi tekerlekli sandalyelerin sarsılmadan geçmesine imkan veriyor mu?	3,08	3,96	4,12	3,72
5.	Dış mekanlarda yol-yön bulmak için yardımcı ipuçları (heykel, resim, peyzaj özellikleri vb) var mı?	2,08	3,52	2,16	2,59
6.	Dış mekanlar, hasta ve diğer kullanıcılara çekici gelecek şekilde tasarlanmış mı?	2,4	2,44	2,68	2,51
7.	Oturma birimleri, rahat bir şekilde oturup kalkamayan kişilerin de buraları rahatça kullanabilmesine olanak veriyor mu?	2,4	2,08	4,08	2,85
8.	Dış mekanların aydınlatması güvenlik duygusunu tatmin edecek şekilde yapılmış mı?	4,52	3,56	3,28	3,79
1.	Sosyal mekanlar ve dolaşım alanları, mekansal kaliteye sahip ve iyi planlanmış mı?	4,56	4,36	4,32	4,41
2.	İlişkili işlevlere sahip mekanlar birbirine yakın konumlandırılmış mı?	4,52	4	3,84	4,12
3.	Genel olarak iç mekanlarda kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?	4,84	4,6	4,64	4,69
4.	Kolay yol bulma için plan şeması basit, açık ve anlaşılabilir mi?	3,56	4,4	2,96	3,64
5.	Hastane içinde yol-yön bulmak farklı bölümler, (mimari detaylar, ışıklandırma, renk, doku, sanat eserleri ve bitkiler gibi öğelerle) birbirinden farklı kılınmış mı?	2,84	3,96	2,8	3,2
6.	Hastane içinde yön bulma için haritalar uygun yerlerde bulunuyor mu?	2,72	4,36	3,92	3,67
7.	İşaretler açıkça görülebiliyor mu?	3,28	4,32	4,28	3,96
8.	Kurum iç mekanlarda yüksek kalitede bir çevre sağlıyor mu?	4,32	4,8	4,96	4,69
9.	Size göre iç mekanlarda renk ve ışık uygun kullanılmış mı?	4,28	4,76	4,8	4,61
10.	Size göre iç mekanlarda manzara uygun kullanılmış mı?	3,4	4,16	3,48	3,68
11.	İç mekanların tasarımı rahatlatıcı mı?	2,76	4,16	3,6	3,51
12.	İç mekanlarda detaylara ve işçiliğe dikkat edilmiş mi?	3,68	4,44	4,48	4,2
13.	Gürültü ve diğer kişiler tarafından konuşmalarınızın duyulması önlenmiş mi?	2,76	4,76	4,36	3,96
14.	Size göre genel olarak iç mekanların hava kalitesi uygun	2,96	4,8	5,64	4,47

mu?				
15. Bir ibadet mekanı var ise, huzurlu bir ortama sahip mi?	1,32	1,32	2,6	1,75
16. Hasta eğitim fonksiyonu gören bir oda var ise, iyi tasarlanmış mı?	1,08	1,28	1,64	1,33
17. Hasta ve ziyaretçiler için kütüphane var ise, iyi tasarlanmış mı?	1,36	1,24	1	1,2
1. Ortak alanlarda kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?	4,72	4,56	4,64	4,64
2. Bütün kullanıcılar için ortak alanların büyüklüğü yeterli mi?	4,52	4,4	5,52	4,81
3. Banko doğru tasarlanmış mı?	5,24	4,04	5,04	4,77
4. Oturma alanları yeterli miktarda mı?	4,4	3,84	4,88	4,37
5. Bekleme alanlarında ve etrafında ihtiyaçlar düşünülmüş mü?	4,2	4,64	5,2	4,68
6. Koridorlar işlevsel tasarlanmış mı?	4,64	4,64	4,68	4,65
7. Asansörler doğru tasarlanmış mı?	3,2	4,12	5	4,11
8. Bekleme ve dolaşım alanlarında engellilerin rahatça dolaşabilmesi mümkün mü?	4,36	4,48	5	4,61
9. Hastaneye ilk girişte, hastalar nereye başvuracaklarını açıkça görebiliyor mu?	4,84	4,84	5,68	5,12
10. Hastaneye ilk girişte, kullanıcıların yol-yön bulmaları ve bilgilendirilmeleri için işaretleme sistemleri var ise işaretler okunaklı mı?	3,2	4,36	4,44	4
11. Yön bulma için haritalar var ise, haritalar okunaklı mı?	3,2	4,24	4,24	3,89
12. Yol-yön bulma için başka yardımlar var mı?	2,8	3,56	2,44	2,93
13. Asansörler herkesin kullanımına uygun tasarlanmış mı?	3,56	4,36	4,32	4,08
14. Hoş karşılayan/estetik bir giriş ve danışma alanı mevcut mu?	2,96	3,48	4,08	3,51
15. Bekleme alanı karışıklıktan uzak mı?	4,64	3,76	5,68	4,69
16. Giriş ve danışma alanında bekleme için oturma alanları iyi düzenlenmiş mi?	4,08	3,12	5,12	4,11
17. Dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?	2,16	3,44	3,44	3,01
18. Dolaşım alanları rahatsızlık verici etkilere arındırılmış mı?	4,48	4,16	4,52	4,39
19. Isısal konfor sağlanmış mı?	4,48	5,28	5,52	5,09
20. Aşırı sıcaklık yayan aydınlatmalardan kaçınılmış mı?	5,48	5,24	5,84	5,52
21. Rahatsız edici kokuların (ilaç, tuvalet,yemek vb) bulunmaması sağlanmış mı?	5,2	5,16	5,84	5,4
22. Mahremiyet hem görsel, hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?	4,36	5,08	5,32	4,92
23. Bekleme alanında çocuklar için oyun alanı var ise, oyun alanı güvenli mi?	1	1,6	1	1,2
24. Danışma bankosu güvenli mi?	5,36	4,76	5,84	5,32
25. Mobilyalar güvenli olacak şekilde seçilmiş mi?	4,88	4	5,36	4,75
26. Koridorlar güvenli mi?	5,36	4,52	5,2	5,03
27. Merdivenler güvenli mi?	5,48	4,4	4,64	4,84
1. Hasta yatağı, gardırop, yatak başında duran bir raf veya komodin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?	5,56	5,28	5,84	5,56
2. Kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?	4,92	5,24	5,48	5,21

3.	Yatak kontrolü, hemşire çağırma düğmesi, ışık ve televizyon kontrol düğmelerinin kullanımı kolay ve anlaşılabilir mi?	5,52	5,28	5,16	5,32
4.	Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?	5,08	5,32	4,84	5,08
5.	Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?	4,92	5,28	4,84	5,01
6.	Tekerlekli sandalye ve serum askısıyla oda içinde rahatça dolaşmak mümkün mü?	4,92	5,28	5,16	5,12
7.	Odalarda dışarıyı görüş/manzara düşünülmüş mü?	4,36	4,72	3,84	4,31
8.	Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde ve yeterince kullanılmış mı?	4,16	4,44	2,48	3,69
9.	Aydınlatma doğru ve yeterli düzeyde tasarlanmış mı?	4,84	4,84	4,16	4,61
10.	Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?	4,68	4,92	5,16	4,92
11.	Isısal konfor sağlanmış mı?	4,96	5,36	6	5,44
12.	Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?	4,84	5,24	5,32	5,13
13.	Banyo, ses açısından izole edilmiş mi?	4,96	5,28	4,84	5,03
1.	Soyunma odaları işlevsel mi?	4,52	4,96	4,08	4,52
2.	Bekleme alanları işlevsel mi?	4,56	5,04	4,44	4,68
3.	Hasta ihtiyaçları yeterli düzeyde düşünülmüş mü?	4,92	4,4	4,8	4,71
4.	Soyunma odaları herkesin kullanımına uygun tasarlanmış mı?	4,52	4,36	4,48	4,45
5.	Muayene ve tedavi odaları, hastaların geri dönüşlerinde yollarını kolayca bulabilmeleri açısından açıkça belirlenmiş mi?	5,04	4,36	3,84	4,41
6.	Rota ve gidilecek yerler açıkça işaretlenmiş mi?	4,96	4,2	3,48	4,21
7.	Muayene ve tedavi odalarında doğal öğeler veya sanat eserleri var mı?	4,4	3,88	2,2	3,49
8.	Muayene ve tedavi odasının dekorasyonu, sıcak, rahatlatıcı bir imaj yaratıyor mu?	3,16	4,04	2,16	3,12
9.	Işıklandırma gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?	4,92	4,92	3,6	4,48
10.	Rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmış mı?	5,32	5,2	5,12	5,21
11.	Özel görüşmeler için yeterli sayıda konsültasyon odası mevcut mu?	5,16	5,2	5,12	5,16
12.	Muayene ve tedavi odaları, görsel mahremiyeti sağlayacak şekilde tasarlanmış mı?	5,44	5,12	4,6	5,05
13.	Muayene ve tedavi odaları, işitsel mahremiyeti sağlayacak şekilde tasarlanmış mı?	5,32	5,2	3,8	4,77

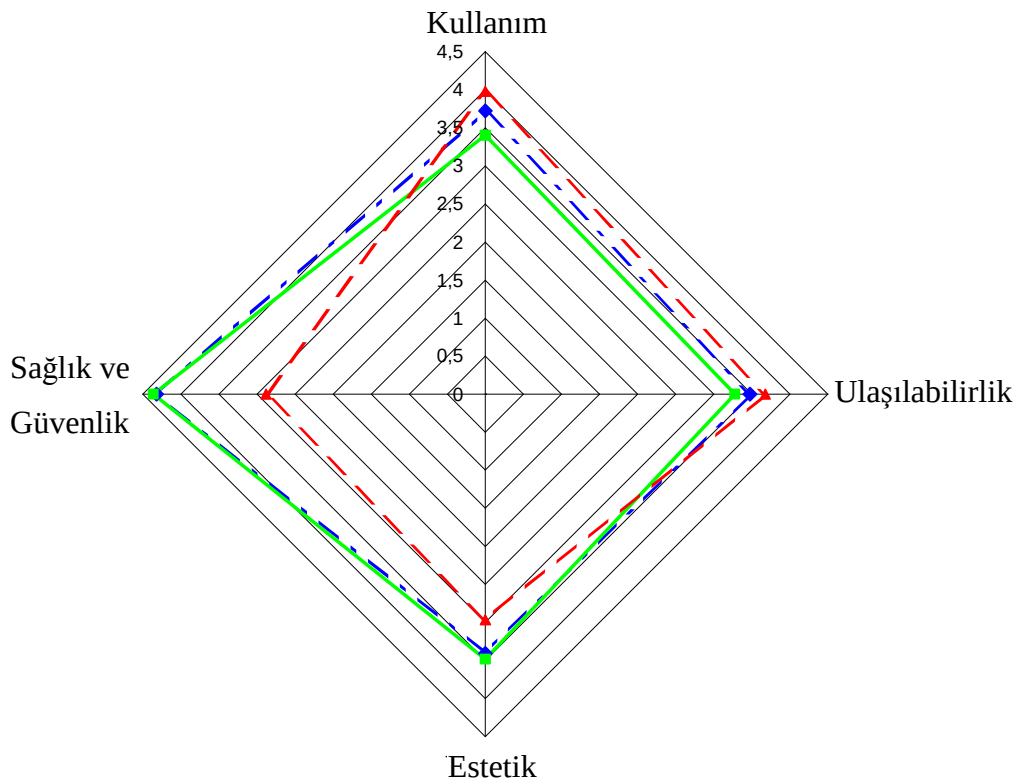
Tablo 8.2 Personel yanıtlarının ortalamaları

Hastane Adi	A	B	C	Toplam
1. Tasarım, hastane yönetiminin hizmet felsefesi ve stratejisine uygundur	3,4	4,08	3,84	3,77
2. Hastane binası, işlevsel gereklilikleri karşılıyor mu?	3,52	3,88	3,72	3,71
3. Genel olarak bina malzeme ve bitirmeleri kullanıma uygun mu?	3	4,68	3,88	3,85
4. Bina içinde ve dışındaki yürüme mesafeleri mümkün olduğunca kısa ve dolambaçsız mı?	3,84	3,8	2,48	3,37
5. Bina içinde ve dışında iş akışı ve personel dolaşımı uygun şekilde planlanmış mı?	3,32	3,44	2,92	3,23
6. Hastanedeki tüm mekan ve odalar hedeflenen işlevleri karşılayabilecek büyüklükte mi?	3,08	3,24	3,48	3,27
7. Bekleme ve ortak alanlar, gibi alanların büyüklük ve sayıları bina bütününde yeterli mi?	2,4	2,72	3,76	2,96
8. Bina içindeki mekanlar kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?	2,88	3,36	3,4	3,21
9. Bina, değişiklik ve büyümeye imkan verebilecek şekilde tasarlanmış mı?	2,84	2,96	3,32	3,04
10. Binaya bütün araçlar (taksi, toplu ulaşım, özel araç gibi) için ulaşım olanakları kolay mı?	4,6	1,48	4,24	3,44
11. Girişlerin görülmesi ve ulaşımı iyi düzenlenmiş mi?	4,36	3,6	4,48	4,15
12. Girişin kullanımı herkes için kolay mı?	4,16	4,24	4,48	4,29
13. Servis araçları (mal nakli ve çöp boşaltımı) için ayrı servis girişi mevcut mu?	4,88	4,32	4,36	4,52
14. Bina, bütününde, herkes için engellerden arındırılarak ulaşılabilir kılınmış mı?	3,16	3,92	3,96	3,68
15. Yeterli park alanı var mı?	2,4	1,76	3,64	2,6
16. İç ve dışta yön bulma için haritalar varsa, haritalar okunaklı mı?	3,64	4,24	4,44	4,11
17. Dış cephede yol-yön bulmak için renk, doku, tasarım, malzeme farklılıkları var mı?	2,52	3,08	4,4	3,33
18. Bina, hastaların iyi olma halini destekleyici olarak tasarlanmış mı?	2,44	4,28	4,2	3,64
19. Binanın işleviyle tasarımı bütünleşmiş mi/uyumlu mu?	2,88	3,88	3,72	3,49
20. Bina tasarımında hoşya giden yenilikler/ilginçlikler var mı?	2,64	3,64	3,64	3,31
21. Bina tasarımı yeterince uyarıcı bir hava taşıyor mu?	2,44	3,32	3,64	3,13
22. Bina, sanat eseri olarak kabul edilecek bir tasarım değeri gösteriyor mu?	1,48	2,28	2,44	2,07
23. Bina açıkça tanımlanmış bir mimari görünüm yaratıyor mu?	2,44	3	2,76	2,73
24. Bina bölümleri birbiriyle uyumlu tasarlanmış mı?	3	3,68	2,92	3,2
25. Binanın kompozisyonu dengeli ve oranları doğru kurulmuş mu?	2,88	3,96	2,84	3,23
26. Bina formu estetik mi?	2,24	3,76	2,76	2,92
27. Malzeme seçimi estetik mi?	2,44	4,4	3,48	3,44
28. Bina tasarımını zenginleştiren renk ve dokular kullanılmış mı?	2,36	3,8	3,64	3,27
29. Bina ve ekleri çevresine ve arsaya uygun biçimde	3,32	3,92	3,4	3,55

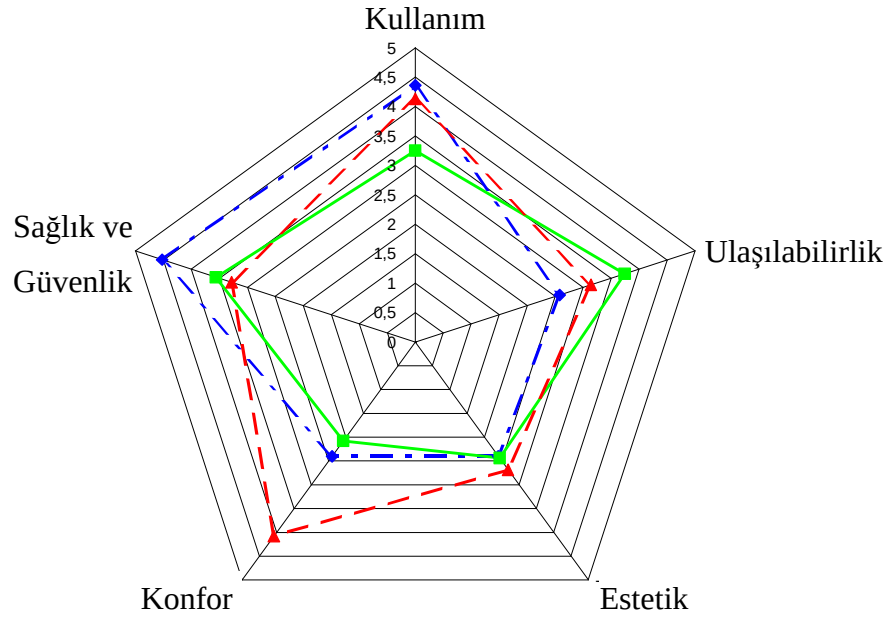
	tasarlanmış mı?				
	Bina çevresine katkı ve yeni yerel iş alanları sağlayarak				
30.	kentsel gelişimde mekan duygusunu güçlendiriyor mu?	3,12	3,6	4	3,57
31.	Bitişik binalara iyi bir komşu oluyor mu?	3,24	3,16	4,08	3,49
	Bu binada görev yapmak statü açısından sizce bir farklılık				
32.	yaratıyor mu?	3,16	4,68	3,96	3,93
33.	Park alanları güvenli mi?	2,68	3,12	3,76	3,19
	Dış mekanlarda oturma birimlerinin konum ve tasarımları,				
	topluca oturmaya elverişli birimler ve daha kişisel oturma				
1.	birimleri oluşturacak şekilde tasarlanmış mı?	2,68	2,24	2,68	2,53
	Araçtan inilen nokta ve giriş iklimden korunacak şekilde				
2.	(saçak vb) tasarlanmış mı?	3,16	3,6	3,44	3,4
3.	Giriş tıkanıklığı önleyecek şekilde yeteri kadar geniş mi?	3,2	2,68	3,56	3,15
	Kaldırımlar, dış mekanlardaki yollar ve yeşil alanlardaki				
4.	patikalarda, kullanılan kaplama malzemesi tekerlekli				
	sandalyelerin sarsılmadan geçmesine imkan veriyor mu?	3,24	3,52	3,56	3,44
	Dış mekanlar, hasta ve diğer kullanıcılara çekici gelecek				
5.	şekilde tasarlanmış mı?	2,72	2,44	3,4	2,85
	Dış mekanların aydınlatması güvenlik duygusunu tatmin				
6.	edecek şekilde yapılmış mı?	3,08	4	4,44	3,84
	Sosyal mekanlar ve dolaşım alanları, mekansal kaliteye				
1.	sahip ve iyi planlanmış mı?	2,96	4,12	3,56	3,55
	İlişkili işlemlere sahip mekanlar birbirine yakın				
2.	konumlandırılmış mı?	3,52	3,88	3,64	3,68
	Genel olarak iç mekanlarda kullanılan malzemeler				
3.	kullanıma uygun mu?	3,84	4,52	4,08	4,15
4.	Yol-yön bulma stratejisi yüksek kalitede mi?	3,6	3,64	3,12	3,45
	Kolay yol bulma için plan şeması basit, açık ve				
5.	anlaşılabilir mi?	3,6	3,28	3,56	3,48
	Hastane içinde yön bulma için harita ve işaretler mevcut				
6.	mu?	4,04	3,68	4,6	4,11
	Kurum iç mekanlarda yüksek kalitede bir hasta çevresi				
7.	sağlıyor mu?	3,24	4,6	3,88	3,91
8.	İç mekanlarda renk ve ışık uygun kullanılmış mı?	2,88	4,36	4,32	3,85
9.	İç mekanlarda manzara uygun kullanılmış mı?	2,76	4,04	3,36	3,39
10.	İç mekanların tasarımı rahatlatıcı mı?	3,08	4,08	3,52	3,56
11.	İç mekanlarda detaylara ve işçiliğe dikkat edilmiş mi?	2,6	4,16	4,04	3,6
	Genel olarak iç mekanlarda konfor ve mahremiyet için				
12.	akustik tasarım yapılmış mı?	2,64	3,64	4,04	3,44
	Genel olarak iç mekanların hava kalitesi, hasta, personel				
13.	ve halk için uygun mu?	2,32	4,36	4,08	3,59
14.	Hasta eğitim odası varsa, iyi tasarlanmış mı?	2,04	3,24	3,76	3,01
15.	Kütüphane var ise, kütüphane iyi tasarlanmış mı?	1,92	4,72	2,04	2,89
	Personel bulunduğu bölümlerdeki hareketleri kolayca				
16.	izleyebiliyor mu?	2,24	3,72	3,28	3,08
	Ortak alanlarda kullanılan malzemeler uygun mu?	2,96	4,36	4	3,77
	Bütün kullanıcılar için ortak alanların büyüklüğü yeterli				
2.	mi?	2,72	3,24	3,4	3,12
3.	Banko doğru tasarlanmış mı?	3,32	3,32	3,8	3,48
4.	Oturma alanları yeterli miktarda mı?	2,32	2,8	3,32	2,81

5.	Bekleme alanlarında ve etrafında ihtiyaçlar düşünülmüş mü?	2,24	3,24	3,68	3,05
6.	Koridorlar işlevsel tasarlanmış mı?	3,2	3,96	3,56	3,57
7.	Personel dolaşımının bekleme alanlarından geçmesi tasarımıyla engellenmiş mi?	2,16	2,92	2,88	2,65
8.	Asansörler doğru tasarlanmış mı?	2,64	4,2	2,88	3,24
9.	Bekleme alanında ve dolaşım alanlarında engellilerin rahatça dolaşabilmesi ve bu alanlara ulaşabilmesi mümkün mü?	3,04	4,36	3,8	3,73
10.	Hastaneye ilk girişte, hastalar nereye başvuracaklarını açıkça görebiliyor mu?	3,28	3,6	4,6	3,83
11.	Hastaneye ilk girişte, kullanıcıların yol-yön bulmaları ve bilgilendirilmeleri için işaretleme sistemleri var ise işaretler okunaklı mı?	3,44	3,4	4,28	3,71
12.	Yön bulma için haritalar sağlanmış ise, haritalar okunaklı mı?	3	3,64	4,8	3,81
13.	Yol-yön bulma için başka yardımlar var mı?	3,28	3,32	4,32	3,64
14.	Asansörler herkesin kullanımına uygun tasarlanmış mı?	2,68	4,44	3,8	3,64
15.	Hoş karşılayan/estetik bir giriş ve danışma alanı mevcut mu?	3,16	3,48	4,24	3,63
16.	Bekleme alanı karışıklıktan uzak mı?	2,36	3,36	3,96	3,23
17.	İnsanların konsültasyon için çağırılma sistemleri kullanıcı-dostu mu?	2,88	4,36	4,08	3,77
18.	Bekleme alanlarında oturma alanları iyi düzenlenmiş mi?	3	3,76	3,92	3,56
19.	Dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?	2,36	3,52	4,12	3,33
20.	Dolaşım alanları rahatsızlık verici etkilere arındırılmış mı?	2,92	3,88	3,8	3,53
21.	Isısal konfor sağlanmış mı?	2,96	4,44	4,24	3,88
22.	Rahatsız edici kokuların (ilaç, tuvalet,yemek vb) bulunmaması sağlanmış mı?	3,12	4,28	4,6	4
23.	Mahremiyet hem görsel, hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?	3,64	3,76	4,2	3,87
24.	Danışmada çalışan personelin özel eşya ve fotoğrafları gibi kişisel malzemelerini koymalarına ve çalıştıkları mekan kişiselleştirmelerine imkan verilmiş mi?	2	3,36	3,12	2,83
25.	Ortak alanlardaki oturma birimleri, farklı sosyal gruplar ve farklı grup büyüklüklerine hitap edebilecek şekilde farklılaşıyor mu?	1,96	3,24	3,36	2,85
26.	Bekleme alanında çocuklar için oyun alanı var ise, oyun alanı güvenli mi?	1,24	3,08	3,36	2,56
27.	Danışma bankosu güvenli mi?	3,12	3,72	4	3,61
28.	Mobilyalar güvenli olacak şekilde seçilmiş mi?	3,48	4,04	4,12	3,88
29.	Koridorlar güvenli mi?	3,56	4,2	4,04	3,93
30.	Merdivenler güvenli mi?	3,48	4,48	3,56	3,84
1.	Hasta yatağı, gardırop, yatak başında duran bir raf veya komodin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?	4,52	4,2	3,92	4,21
2.	Kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?	3,48	4,6	4,16	4,08
3.	Yatak kontrolü, hemşire çağırma düğmesi, ışık ve televizyon kontrol düğmelerinin kullanımı kolay ve	4,72	4,88	4,4	4,67

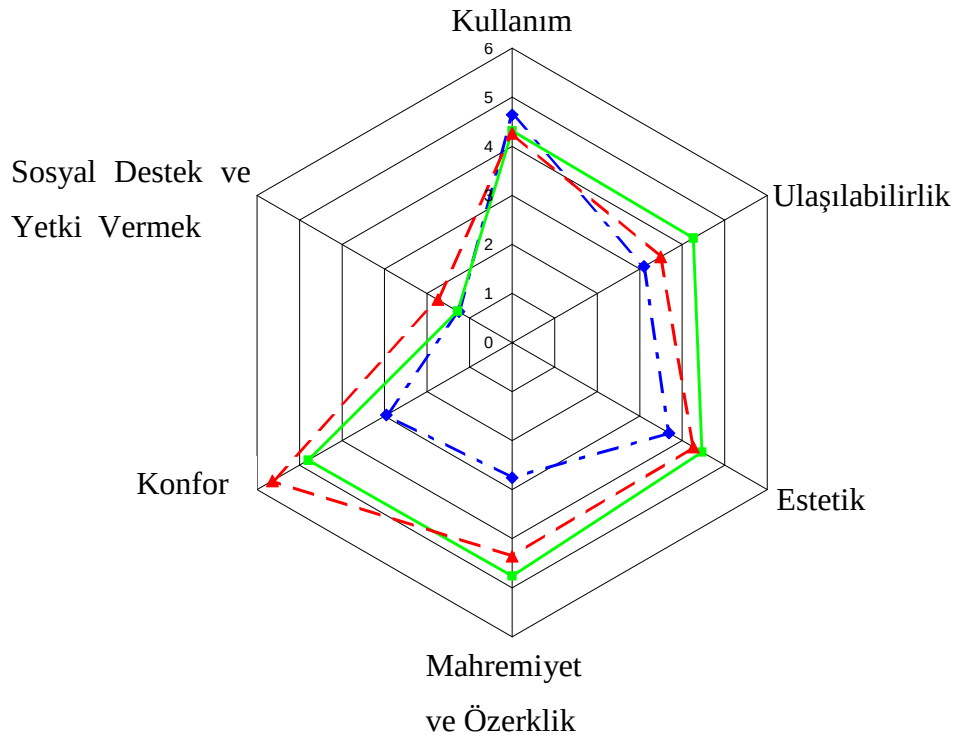
	anlaşılabilir mi?				
4.	Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?	4,32	4,72	4,48	4,51
5.	Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?	3,96	4,64	4,4	4,33
6.	Tekerlekli sandalye ve serum askısıyla oda içinde rahatça dolaşmak mümkün mü?	4,12	4,52	4,24	4,29
7.	Aydınlatma doğru ve yeterli düzeyde tasarlanmış mı?	3,88	4,8	4,24	4,31
8.	Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?	4,48	4,68	4,2	4,45
9.	Isısal konfor sağlanmış mı?	3,64	5	4,48	4,37
10.	Odalarda rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmış mı?	3,44	4,84	4,64	4,31
11.	Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?	3,36	4,48	3,88	3,91
12.	Banyo, mahremiyeti sağlamak üzere akustik olarak izole edilmiş mi?	3,48	4,52	4	4
1.	Soyunma odaları işlevsel mi?	2,84	3,28	2,92	3,01
2.	Bekleme alanları işlevsel mi?	2,8	3,16	3,56	3,17
3.	Tıbbi personel ihtiyaçları yeterli düzeyde düşünülmüş mü?	2,52	3,64	3,44	3,2
4.	Soyunma odaları herkesin kullanımına uygun tasarlanmış mı?	2,84	3,32	2,84	3
5.	Hastaların tıbbi malzeme ve araç-gereçle ilişkisi en aza indirilmiş mi?	3,64	4,28	3,76	3,89
6.	Muayene ve tedavi odaları, hastaların geri dönüşlerinde yollarını kolayca bulabilmeleri açısından açıkça belirlenmiş mi?	3,76	3,8	3,48	3,68
7.	Tıbbi ekipman kullanımda değilse görüntüden saklanmış mı?	3,04	4,2	3,52	3,59
8.	Muayene ve tedavi odalarının duvar ve tavanlarında doğal öğeler veya rahatlatıcı sanat eserleri mevcut mu?	3,64	3,56	2,68	3,29
9.	Muayene ve tedavi odasının dekorasyonu, sıcak, rahatlatıcı bir imaj yaratıyor mu?	3,52	4,08	3,2	3,6
10.	Soyunma odası, muayene odası, tedavi odası ve hastaların önlükle beklediği bütün alanlar, kurumun geri kalanından biraz daha sıcak olacak şekilde tasarlanmış mı?	3,68	3,64	3,64	3,65
11.	Işıklandırma gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde tasarlanmış mı?	3,64	4,28	3,4	3,77
12.	Rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmış mı?	3,16	4,12	3,72	3,67
13.	Tıbbi personelin ailelerle özel görüşmeler yapabileceği, yeterli sayıda konsültasyon odası mevcut mu?	2,68	2,88	3,16	2,91
14.	Muayene ve tedavi odaları, işitsel mahremiyeti sağlıyor mu?	3,52	3,68	3,4	3,53
15.	Muayene ve tedavi odaları, görsel mahremiyeti sağlıyor mu?	3,8	4,04	3,24	3,69
16.	Bekleme alanları, personelin sürekli gözetimi altında olacak şekilde tasarlanmış mı?	2,68	4,16	3,56	3,47



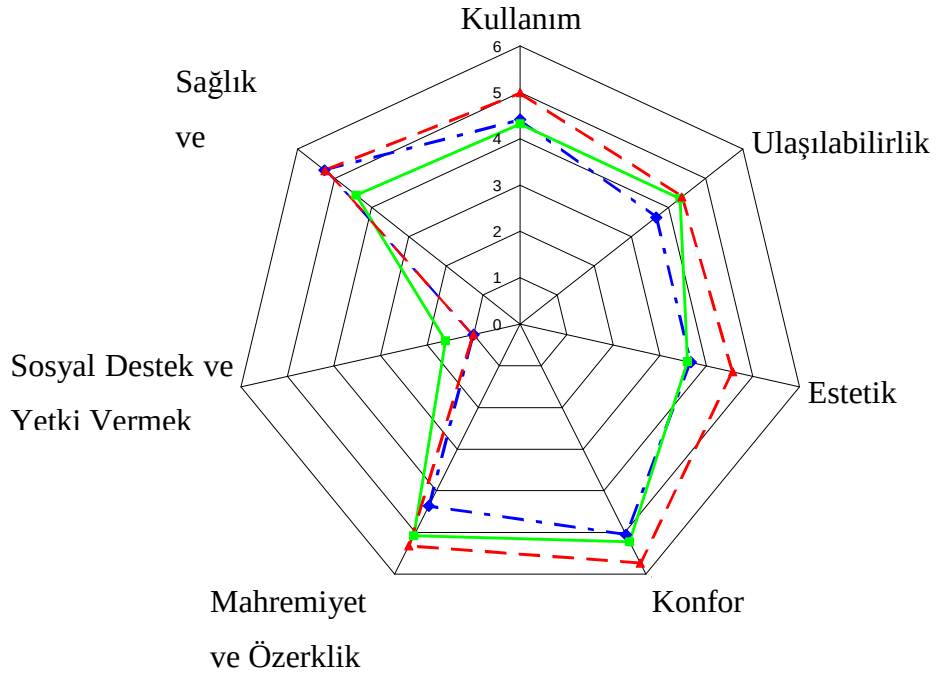
Tablo 8.4 Dış mekanlar ve yeşil alanlar hasta yanıtları radar tablosu



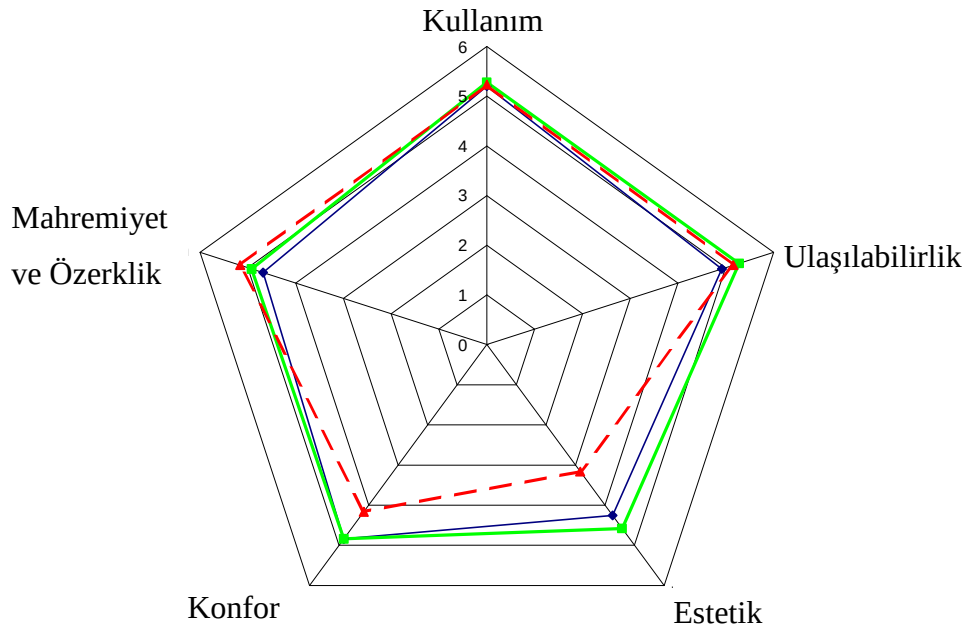
Tablo 8.5 Genel olarak iç mekanlar hasta yanıtları radar tablosu



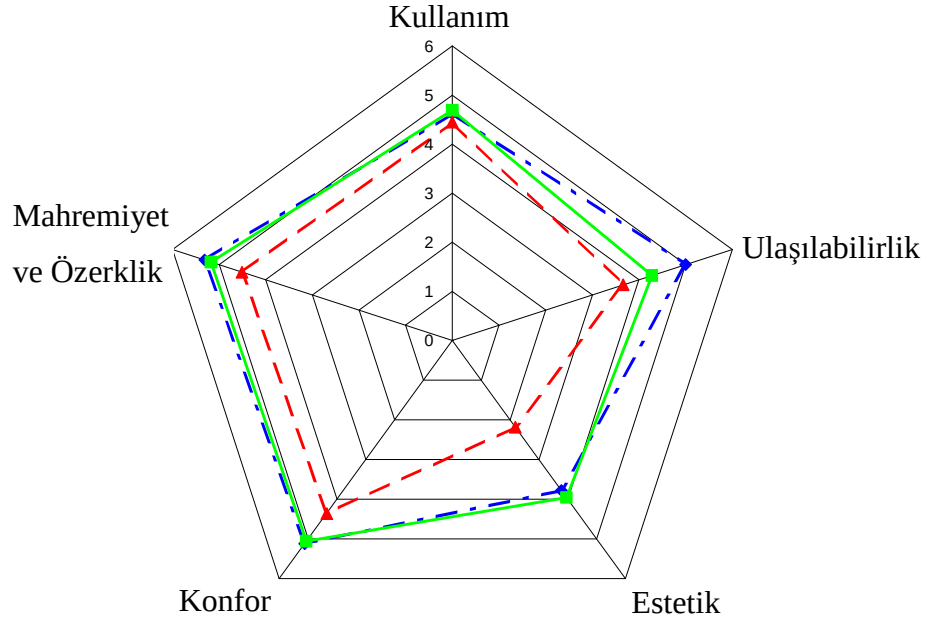
Tablo 8.6 Ortak alanlar hasta yanıtları radar tablosu



Tablo 8.7 Hasta odaları hasta yanıtları radar tablosu

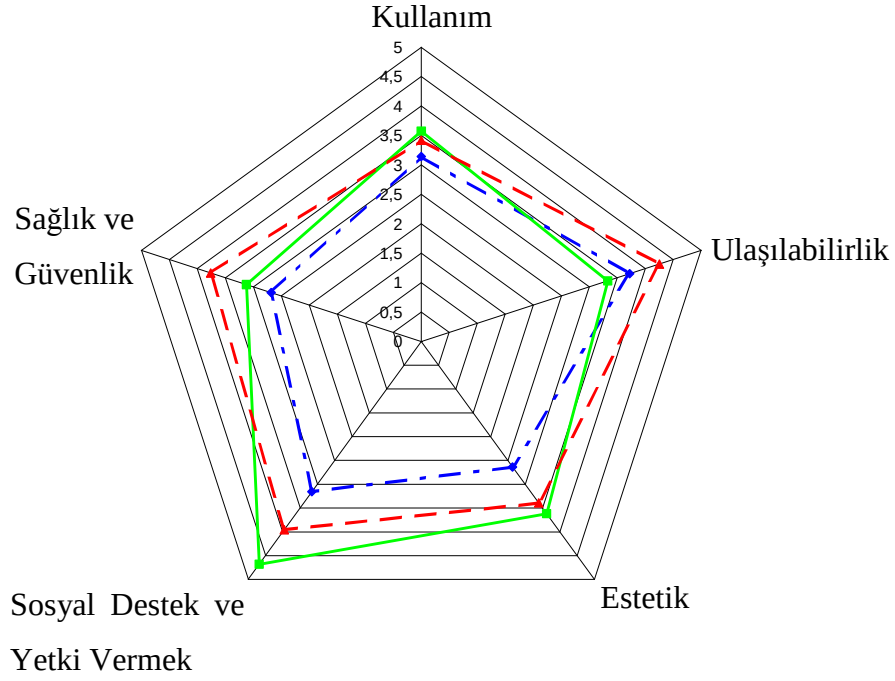


Tablo 8.8 Tanı, konsültasyon ve tedavi odaları hasta yanıtları radar tablosu

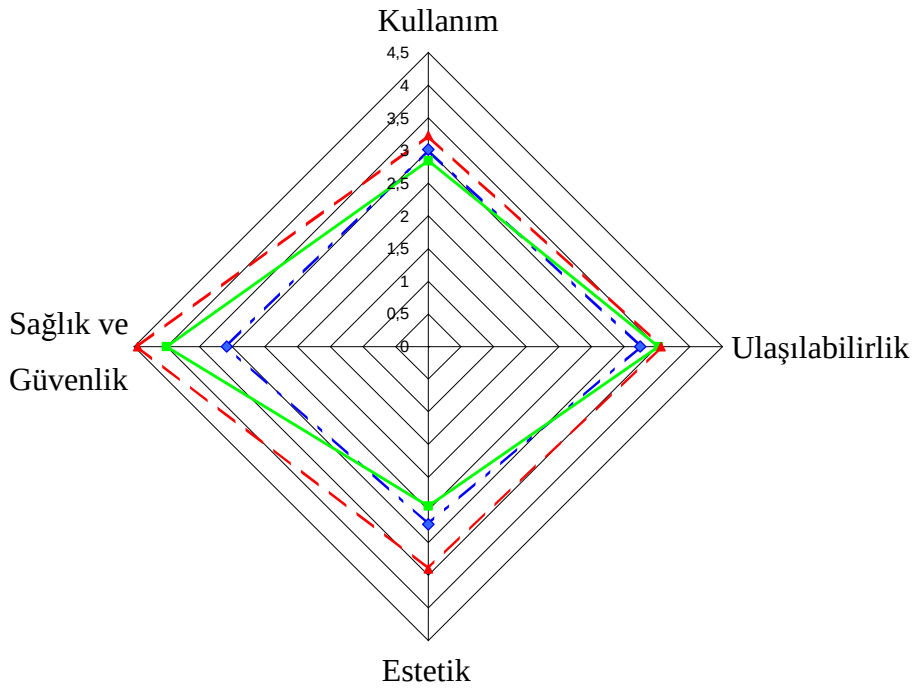


Personel yanıtları temel alınarak oluşturulan radar tabloları aşağıdadır:

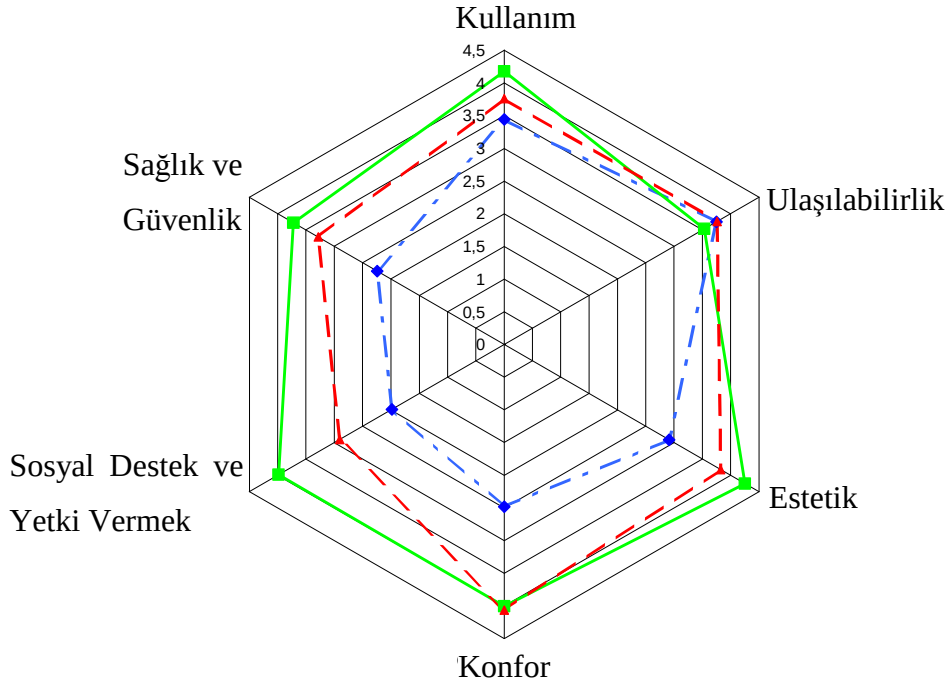
Tablo 8.9 Hastane geneli, bina kabuğu ve biçimlenişi personel yanıtları radar tablosu



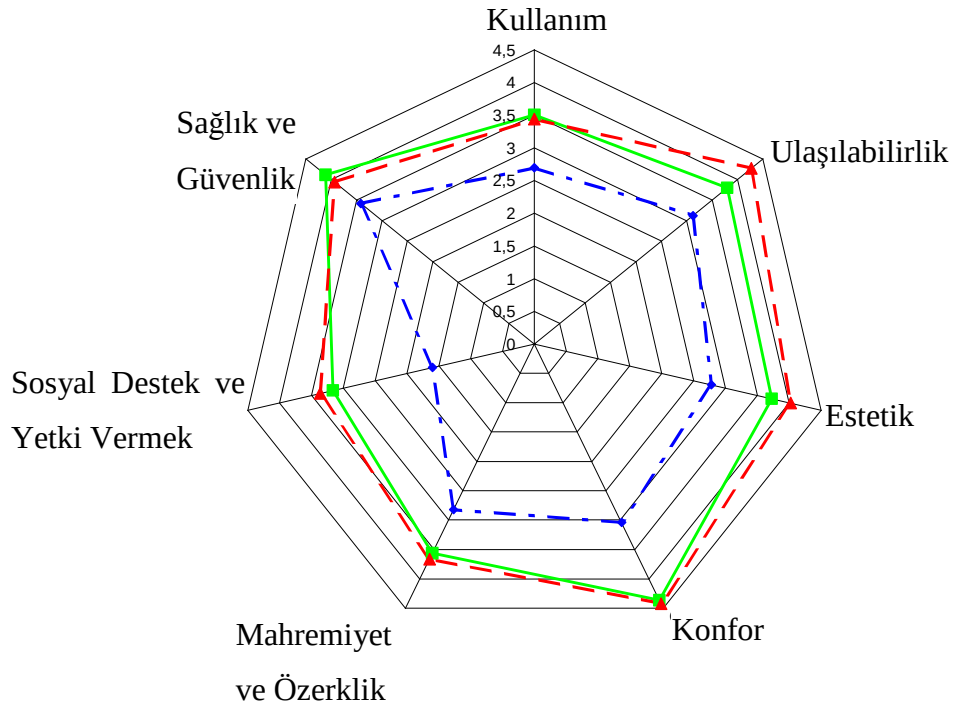
Tablo 8.10 Dış mekanlar ve yeşil alanlar personel yanıtları radar tablosu



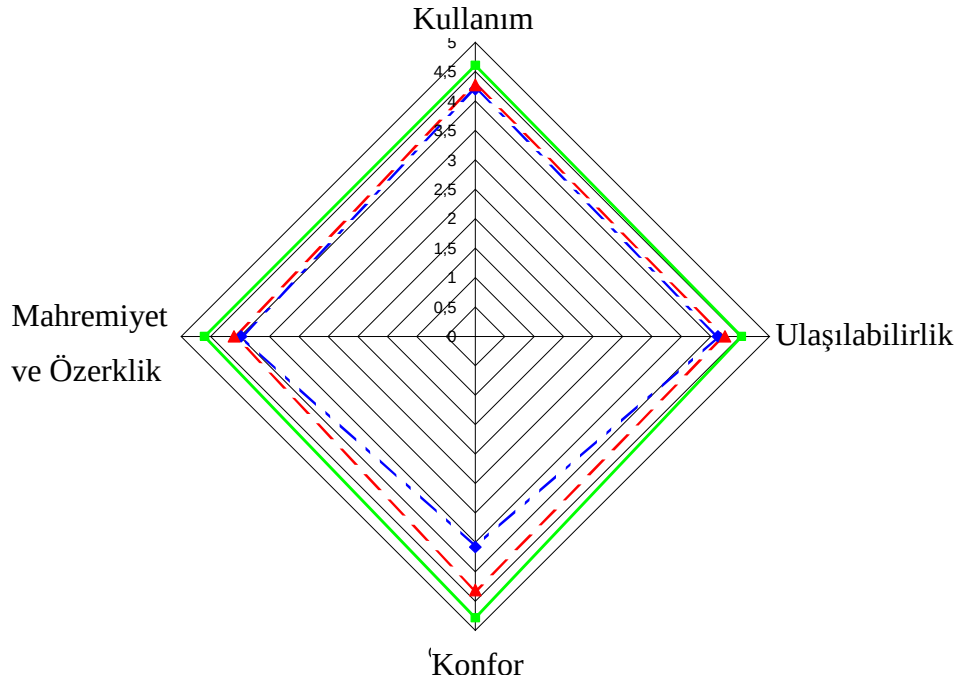
Tablo 8.11 Genel olarak iç mekanlar personel yanıtları radar tablosu



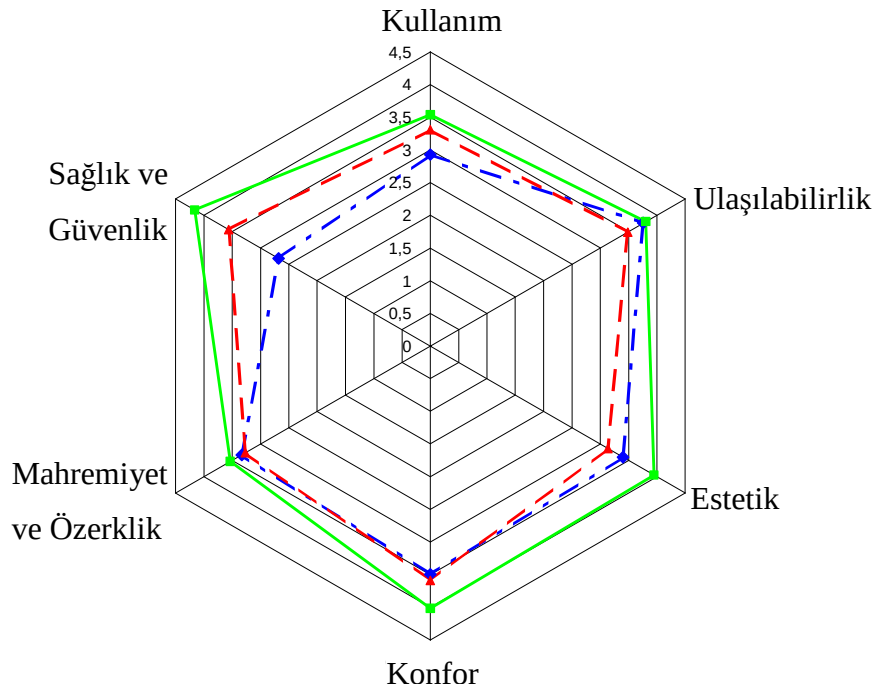
Tablo 8.12 Ortak alanlar personel yanıtları radar tablosu



Tablo 8.13 Hasta odaları personel yanıtları radar tablosu



Tablo 8.14 Tanı, konsültasyon ve tedavi odaları personel yanıtları radar tablosu



8.4.3 Ortalama, radar ve frekans tablolarının değerlendirilmesi

Üç hastanenin ortak değerlendirmesine baktığımızda, tüm hastalar ve tüm personel açısından aşağıdaki değerlendirmelerin yapıldığını görmekteyiz (Bkz. Bölüm 8.4.2 Radar tabloları, Tablo 8.1 Hasta yanıtlarının ortalamaları, Tablo 8.2 Personel yanıtlarının ortalamaları, Ek 8 Hasta yanıtlarının frekans tabloları, Ek 9 Personel yanıtlarının frekans tabloları).

Hastane geneli, bina kabuğu ve biçimlenişine ilişkin değerlendirmeler:

Tüm hastaneler dikkate alındığında, bina içindeki yürüme mesafelerinin kısa ve dolambaçsız olup olmadığı sorusuna doktor ve hemşirelerin verdiği cevaplar hastanelerin tümü ele alındığında, net bir yargıya varılamamakla birlikte, hastane ortalamaları birbirinden ayrı olarak dikkate alındığında, A hastanesinin ortalama değeri 3.84 ve B hastanesinin ortalama değeri 3.80 iken, C hastanesinin ortalama değerinin 2.48 olduğu görülmektedir (Tablo 8.2). Bu değerler, hastaneler arasında doktor ve hemşirelerin görüşlerine göre, önemli farklılıklar olduğunu göstermektedir. Tüm hastaneler için personel yanıtları dikkate alındığında, genel olarak binadaki malzemelerin tamiri kolay ve ekonomik olduğu görülmektedir.

Bekleme ve ortak alanlar gibi alanların büyüklük ve sayıları, doktor ve hemşirelerin kümülatif olarak %69.3'ü tarafından, çok kötü, oldukça kötü ve biraz kötü bulunmuştur. Bu soruyla ilgili hastanelerin aldıkları ortalama değerlere bakıldığında, A hastanesinin 2.4, B hastanesinin 2.72 ve C hastanesinin 3.76 değeri aldığı, bu üç hastanenin bekleme ve ortak alanlarının sayı ve büyüklük açısından birbirlerinden oldukça farklı olduğu söylenebilir (Tablo 8.2).

Tüm hastaneler için hasta yanıtları dikkate alındığında, binalara bütün araçlar (taksi, toplu ulaşım, özel araçlar) ile ulaşım, biraz iyi ve oldukça iyi bulunmuştur. Ancak bu sorunun cevaplarına hastaneler özelinde bakıldığında, hastaneler arasında farklılıklar olduğu gözlenmektedir. (Tablo 8.1). Doktor ve hemşirelerin yanıtlarına bakıldığında ise, hastanelerin bütününde verilen yanıtlar birçok farklı değere dağılmış olmakla birlikte, hastane özelinde ortalamalara bakıldığında, A (4.6) ve C (4.24) hastanelerinin, bu konuda B hastanesine (1.48) göre çok daha olumlu durumda oldukları gözlenmiştir (Tablo 8.1). Doktor ve hemşireler ayrıca, ambulanslar ve yangın araçları için uygun ulaşım ve yakın giriş sağlandığını (%89.3 ve %76.0) belirtmişlerdir.

Girişlerin görülmesi ve ulaşımını hastaların kümülatif olarak %82.7'si biraz iyi, oldukça iyi ve çok iyi bulmuştur. Bu soruyla ilgili doktor ve hemşireler ise, kümülatif olarak %74.7 oranında, biraz iyi, oldukça iyi ve çok iyi değerlendirmelerini yapmışlardır.

Hastane içinde ve dışında haritaların okunaklı olmadığı, kümülatif olarak hastaların %72'sinin biraz kötü ve oldukça kötü olarak değerlendirdiği görülmüştür. İşaretleme sistemi ile ilgili olarak ise, işaretlerin açıkça görülemediğini düşünen hastaların kümülatif oranı %69.3'tür.

Yol-yön bulmayı kolaylaştırmak için peyzaj, heykel gibi öğelerden yararlanılmadığı, hastaların %92'si tarafından belirtilmiştir. Dış cephede yol-yön bulmak için renk, doku, tasarım, malzeme farklılıkları olmadığını düşünen hasta oranı ise kümülatif olarak %78.7 olurken, doktor ve hemşirelerin bu soruya verdikleri yanıtlar dağınık biçimdedir. Ancak, doktor ve hemşirelerin yanıtlarında hastanelere birbirinden ayrı bakıldığında, A hastanesi bu soruyla ilgili en düşük değeri alırken (2.52), C hastanesinin oldukça yüksek bir değer aldığı (4.4), B hastanesinin ise ortalama bir değerde olduğu (3.08) görülmektedir (Tablo 8.2).

Doktor ve hemşireler, binaların, hastaların iyi-olma halini destekleyici olarak tasarlanıp tasarlanmadığı sorusuna, hastaneler bütününde benzer yanıtlar vermemiş, ancak aynı soru için hastane ortalamalarına bakıldığında, A hastanesinin bu konuda en düşük değeri aldığı (2.44), B ve C hastanelerinin ise benzer değerlerde oldukları (4.28 ve 4.20) görülmüştür.

Hastane binalarının tümünün hastalarda güven hissi uyandırdıkları, hastalar açısından kaliteli bir görünüme sahip oldukları, içerde ve dışarıda sağlık binası olduklarını görsel olarak ilettikleri belirtilmekle birlikte, binaların dışardan hoş karşılayıcı bir görüntü yaratmakta ve içerde ve dışarıda iyi-olma mesajı iletmekte yetersiz kaldıkları görülmüştür.

Binaların tasarımında hoş giden yenilikler ve ilginçliklerin olmadığı, hastaların kümülatif olarak %73.3'ü tarafından, çok kötü, oldukça kötü ve biraz kötü olarak belirtilmiştir. Aynı soru için doktor ve hemşire yanıtlarına bakıldığında, kümülatif olarak %58.7'sinin, bu konuyu oldukça kötü ve biraz kötü olarak nitelendirdikleri tespit edilmekle birlikte, hastaneler arasında ciddi farklılıkların olduğu da görülmüştür (A hastanesi 2.64 iken, B ve C hastaneleri 3.64). Ayrıca, Bina tasarımının yeterince uyarıcı bir hava taşımadığını düşünen doktor ve hemşireler kümülatif olarak %61'dir. Bu soruyla ilgili olarak bakıldığında, A hastanesi 2.44 değerini alırken, B hastanesi 3.32 ve C hastanesi 3.64 değerini almış, bu değerler de hastaneler arasında bu soruda da önemli farklılıklar olduğunu göstermiştir.

Binalar, hastaların %45.3'ü açısından, sanat eseri olarak kabul edilebilecek bir tasarım değeri göstermekte çok kötü olarak tanımlanmışlardır. Kümülatif olarak ise hastaların %98.7'si ve personelin %86.7'si için bu sorunun cevabı, çok kötü, oldukça kötü ve biraz kötü olmuştur.

Binaların formu, hastaların %78.7'sine, doktor ve hemşirelerin ise %61.3'üne göre estetik

olarak çok kötü, oldukça kötü ve biraz kötü'dür. Malzeme seçimi ise bina formuna göre daha estetik bulunmakla birlikte, gerek hastalar, gerekse doktor ve hemşirelerin bu soruyla ilgili değerlendirmeleri dağınık biçimde olmuştur. Her iki soruyla ilgili olarak da, hastaneler arasında önemli farklılıklar saptanmıştır. Bina formu, hasta yanıtlarında A hastanesi için 2.44 ve C hastanesi için 2.6 değerlerini alırken, doktor ve hemşire yanıtlarında, A hastanesi 2.24 ve C hastanesi 2.76 değerlerini almış, B hastanesinde ise bu değer 3.76 olmuştur. Malzeme seçimi ise, hasta yanıtlarına bakıldığında A hastanesi için 3.96 ve C hastanesi için 3.8 değerlerini alırken, B hastanesinde bu değer 4.44'tür. Doktor ve hemşireler ise, A hastanesini 2.44, C hastanesini 3.48 ve B hastanesini 4.4 olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 8.2).

Hastalar, doktor ve hemşirelerin çoğunluğu, hastane binalarının mimari ve tarihi çevreye uyum sağladıkları (hastalar: %61.3, personel: %68.0) ve silüet/görünüm/peyzaj açısından arsaya uygun oldukları (hastalar:%65.3, personel: %73.3) kanısındadırlar.

Dış mekanlar ve yeşil alanlara ilişkin değerlendirmeler:

Dış mekanlarda oturma birimlerinin, topluca oturmaya elverişli birimler ve daha kişisel birimler oluşturacak şekilde tasarlanmadığı yargısında olan hasta, doktor ve hemşirelerin verdiği çok kötü, oldukça kötü ve biraz kötü değerlerinin kümülatif oranı, hastalarda %89.3, doktor ve hemşirelerde ise %82.7 olmuştur.

Araçtan inilen noktanın ve girişin, iklimden korunacak şekilde (saçak vb) başarılı biçimde tasarlanmış olduğu, soruya hastaların %72'sinin ve personelin %57.3'ünün 'oldukça iyi' ve 'çok iyi' değerleri vermeleriyle ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kış aylarının ve yaz aylarının rahatsız edici etkilerinin bulunmadığını belirten hastalar, her iki soru için de '%90'ın üzerinde olmuştur.

Girişin tıkanıklığı önleyecek şekilde yeteri kadar geniş olduğu, kümülatif olarak hastaların %81.3'ü tarafından biraz iyi, oldukça iyi ve çok iyi olarak bulunmuştur. Ancak, hastaneler özelinde verilen cevaplara bakıldığında, hastaneler arasında önemli farklılıkların olduğu görülmüştür (Tablo 8.1). Doktor ve hemşirelerin bu soruyla ilgili yanıtları hastaneler bütününde farklı değerlere dağılmış olmakla birlikte, benzer şekilde, hastaneler özelinde önemli farklılıklar olduğu görülmüştür.

Dış mekanlarda yol-yön bulmak için yardımcı ipuçları (heykel, resim, peyzaj özellikleri vb) bulunmadığı, hastaların kümülatif olarak %76.0'sı tarafından belirtilmiştir.

Dış mekanların, hasta ve diğer kullanıcılara çekici gelecek şekilde tasarlanmadığı ise hastalar

tarafından %88.0, doktor ve hemşireler tarafından ise %66.7 oranında çok kötü, oldukça kötü ve biraz kötü olarak belirtilmiştir.

Oturma birimleri, rahat bir şekilde oturup kalkamayan kişilerin de buraları rahatça kullanabilmesine olanak veriyor mu sorusunun cevabı ise hastaların %72.0'si tarafından olumsuz olarak yanıtlanmıştır.

Genel iç mekanlara ilişkin değerlendirmeler:

Hastaların % 81.3'ü, sosyal mekanlar ve dolaşım alanlarını, mekansal kaliteye sahip ve iyi planlanmış, ilişkili işlevlere sahip mekanları ise birbirine yakın konumlandırılmış bulmuşlardır. Doktor ve hemşireler ise, sosyal mekanlar ve dolaşım alanlarını hastaneler arasında oldukça farklı değerlerle tanımlamış, A hastanesini 2.96 ile değerlendirirken, B hastanesini 4.12 ile değerlendirmişlerdir. İlişkili işlevlere sahip mekanları birbirine yakın konumlandırılmış bulan doktor ve hemşirelerin kümülatif oranı ise %62.7 olmuştur.

Genel olarak iç mekanlarda kullanılan malzemelerin kullanıma uygun olduğunu düşünen hastaların kümülatif oranı %93.7, doktor ve hemşirelerin kümülatif oranı %82.7 olmuştur.

Hastane içinde yol-yön bulmak için, farklı bölümlerin mimari detaylarla birbirinden farklı kılınmadığı düşüncesinde olan hastalar, kümülatif olarak %60.0 oranında, bu soruya 'çok kötü, oldukça kötü ve biraz kötü' olarak yanıt vermişlerdir. Hastanelerin bu soruyla ilgili hasta yanıtları ortalamalarına bakıldığında A hastanesinin 2.84, B hastanesinin 3.96 ve C hastanesinin 2.80 değerlerini aldıkları görülmektedir. Kolay yol bulma için plan şemasının basit, açık ve anlaşılabilir olup olmadığı ise, hastalara göre önceki soruya benzer şekilde hastaneler arasında farklılıklar göstermekte, bu değerler, A hastanesinde 3.56, B hastanesinde 4.40 ve C hastanesinde 2.96 olmaktadır. Doktor ve hemşirelerin yanıtlarında, yol yön bulma stratejisinin kalitesini 'çok kötü, oldukça kötü ve biraz kötü' bulanların kümülatif oranı %61.3, kolay yol bulma için plan şemasının basit açık ve anlaşılabilirliğini 'oldukça kötü ve biraz kötü' bulanların kümülatif oranı ise %62.7'dir.

Kurumların iç mekanlarda yüksek kalitede bir çevre sağladığı hastaların büyük çoğunluğu tarafından (%85.3) biraz iyi, oldukça iyi ve çok iyi olarak tanımlanmıştır. İç mekanlarda renk ve ışığın kullanımını uygun bulan hastalar ise kümülatif olarak %81.3 olmuştur.

Manzara kullanımının uygunluğuna bakıldığında, verilen cevaplar farklı değerlere dağılmış gibi görünmekle birlikte, hastaneler özelinde hasta cevapları ortalamalarına bakıldığında, değerlerin birbirinden farklılık gösterdiği, dolayısıyla hastaneler arasında farklılıklar

bulunduğu saptanmıştır. (Tablo 8.1 Hasta yanıtlarının ortalamaları)

İç mekanların tasarımının rahatlatıcı bulunup bulunmadığı sorusu ise, hastanelerin birbiriyle oldukça farklılık gösterdikleri bir soru olmuştur. A hastanesinde bu soruya verilen ortalama değer 2.76 iken, B hastanesinde 4.16 olmuştur. C hastanesi ise 3.6 ile diğer iki hastanenin arasında bir değere sahiptir. Bütün hastaneler için bakıldığında ise, hastaların %80'inin, doktor ve hemşirelerin ise %69.3'ünün iç mekan tasarımlarının kurumsal olmayan ve evi andıran bir duygu vermediğini belirtmişlerdir.

İç mekanların hava kalitesi, hastalar tarafından oldukça iyi ve çok iyi bulunmuştur. İbadet mekanı, hasta eğitim odası ve kütüphane ise, hastalar tarafından çok kötü ve oldukça kötü olarak tanımlanmışlardır.

Ortak alanlara (giriş holü, resepsiyon, bekleme ve dolaşım alanları) ilişkin değerlendirmeler:

Ortak alanlarda kullanılan malzemelerin kullanıma uygunluğu, hastaların kümülatif olarak %89.3'ü tarafından biraz iyi, oldukça iyi ve çok iyi olarak belirtilmiştir.

Hastaların %84.0'ü, ortak alanların büyüklüğünün yeterli olduğunu düşünmektedir. Ancak bu konuda, hastane ortalamalarına ayrı ayrı bakılacak olursa, aralarında farklılıklar olduğu gözlenmektedir (A hastanesi: 4.52 iken B hastanesi 5.52 olmuştur). Benzer şekilde, bankonun doğru tasarlandığını düşünen hastalar kümülatif olarak %88 olmakla birlikte, A hastanesinde bu değer 5.24 iken, B hastanesinde 4.04 olmuştur. Bu farklı değerler, hastaneler arasında bu konuda da farklılıklar olduğunu göstermektedir. Ortak alanların büyüklüğünün yeterli olmadığını belirten doktor ve hemşireler ise kümülatif olarak %58.7'dir. Yine doktor ve hemşirelere göre, oturma alanlarının miktarı kümülatif olarak %68.0 oranında, 'çok kötü, oldukça kötü ve biraz kötü' bulunmuştur. Bu soruyla ilgili doktor ve hemşirelerin hastanelere verdikleri değerlere bakıldığında ise, hastaneler arasında büyük farklılıklar olduğu görülmektedir (A hastanesi: 2.32 ve B hastanesi: 2.8 iken, C hastanesi: 3.32)

Bekleme alanlarında ve etrafında ihtiyaçların düşünülmüş olduğunu belirten hastalar kümülatif olarak %80 olmuştur. Hastaların %82.7'sine göre ise, koridorlar doğru tasarlanmıştır. Asansörlerin doğru tasarlanmış olduğunu belirten hastalar %70'tir. Bekleme ve dolaşım alanlarında engellilerin rahatça dolaşabilmesinin mümkün olduğunu biraz iyi, oldukça iyi ve çok iyi değerleri vererek belirten hastaların kümülatif oranı %84 ve tıbbi personelin oranı %62.7 olmuştur. Fakat bu soru için hastalar ve tıbbi personel tarafından

hastanelere verilen değerlere birbirinden ayrı olarak bakıldığında, hastaneler arası ciddi farklılıkların olduğu saptanmıştır. (Tablo 8.1, Tablo 8.2).

Hastaneye ilk girişte, hastalar %89.3 oranında nereye başvuracaklarını açıkça görebildiklerini ifade etmişlerdir. Yol-yön bulma için başka yardımlar kümülatif olarak hastaların %68'ine göre, çok kötü, oldukça kötü ve biraz kötü olurken, hastanelere verilen değerlere birbirinden ayrı bakıldığında A hastanesinin bu soruyla ilgili ortalama 2.8, B hastanesinin 3.56, C hastanesinin ise 2.44 aldığı görülmektedir. Aynı sorular doktor ve hemşirelerce değerlendirildiğinde, benzer şekilde, hastaneler arasında yol-yön bulma açısından önemli farklılıkların belirtildiği görülmektedir (Tablo 8.1, Tablo 8.2)

‘Hoş karşılayan/estetik bir giriş ve danışma alanı mevcut mu?’ sorusuna hastaların ve tıbbi personelin verdikleri cevaplar hastanelerin tümüne verilen yanıtların ortalamalarında eşit dağılmış gibi görünmekle birlikte, hastalar göz önüne alındığında, A hastanesinin bu soruyla ilgili ortalaması 2.96, B hastanesinin 3.48 ve C hastanesinin 4.08 olmuştur. Benzer farklılıklara tıbbi personel yanıtlarında da rastlanmıştır olduğundan, bu konuda hastaneler arasında önemli farklılıkların olduğu söylenebilir.

Hastaların %84'ü için bekleme alanı karışıklıktan uzaktır. Önceki soruya benzer şekilde, bu soruda da gerek hasta gerek tıbbi personel yanıtlarına bakıldığında hastaneler arasında önemli farklılıkların olduğu gözlenmektedir (A Hastanesinde hastalar için: 4.64, tıbbi personel için:2,36 , B hastanesinde hastalar için:3.76, tıbbi personel için: 3.36 ve C hastanesinde hastalar için:5.68, tıbbi personel için: 3,96) (Tablo 8.1)

Dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmadığı, hastaların %69.3'ü, doktor ve hemşirelerin ise %56'sı tarafından, çok kötü, oldukça kötü ve biraz kötü değerleri verilerek belirtilmiştir. Bu soruya verilen cevapların ortalamalarına hastalar için hastaneler özelinde bakıldığında, A hastanesinin 2.16, B ve C hastanelerinin ise 3.44 değerlerini aldıklarını, tıbbi personel için bakıldığında ise, A hastanesinin 2.36, B hastanesinin 3.52 ve C hastanesinin 4.12 değerlerini aldıklarını görmekteyiz. Bu farklı değerler, hastaneler arasında estetik öğe kullanımındaki anlayışın birbirinden farklılıklar gösterdiğini anlatmaktadır.

‘Dolaşım alanları rahatsızlık verici etkilerden arındırılmış mı?’ sorusuna hastaların kümülatif olarak %77.3'ü, ‘ısısal konfor sağlanmış mı?’ sorusuna % 97.3'ü, ‘aşırı sıcaklık yayan aydınlatmalardan kaçınılmış mı?’ sorusuna %98.7'si, ‘rahatsız edici kokuların (ilaç, tuvalet, yemek vb) bulunmaması sağlanmış mı?’ sorusuna ve ‘mahremiyet hem görsel, hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?’ sorusuna %93.3'ü, biraz iyi, oldukça iyi ve çok iyi olarak cevap

vermişlerdir. Bu sorularda hastaneler arasında önemli farklılıkların olmadığı da görülmektedir (Tablo 8.1). Aynı sorulara doktor ve hemşire cevapları açısından bakıldığında da benzer sonuçların bulunduğu görülmektedir.

Ortak alanlardaki oturma birimlerinin farklı sosyal gruplar ve farklı grup büyüklüklerine hitap edebilecek şekilde farklılaşmadığı, doktor ve hemşireler tarafından kümülatif olarak %69.3 oranında ifade edilmiştir. Bekleme alanında çocuklar için oyun alanının hastanelerin hiçbirinde olmadığı gözlenmiş, hastaların bu konuyla ilgili verdikleri cevaplarda %92'sinin çok kötü olarak değerlendirdikleri saptanmıştır.

Danışma bankosu, mobilya seçimi ve koridorlar ise hastalar ve personel tarafından, biraz iyi, oldukça iyi ve çok iyi bulunarak, güvenli olarak nitelenmiştir. Bununla birlikte, bu konulara ilişkin değerlerin, hastaneler özelinde bakıldığında, birbirinden ciddi farklılıklar gösterdiği görülmüştür. (Tablo 8.1, Tablo 8.2)

Hasta odalarına ilişkin değerlendirmeler:

Hasta yatağı, gardırop, yatak başında duran bir raf veya komodin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için sağlanan alanın yeterli olduğu hastaların kümülatif olarak %96'sı, doktor ve hemşirelerin %69.3'ü tarafından, kullanılan malzemeler kullanıma uygunluğu hastaların %92'si, doktor ve hemşirelerin %72'si tarafından, yatak kontrolü, hemşire çağırma düğmesi, ışık ve televizyon kontrol düğmelerinin kullanımının kolay ve anlaşılabilir olduğu hastaların %96'sı, doktor ve hemşirelerin %88'i tarafından, odalarda banyonun kullanıma uygun tasarlanmış olduğu hastaların %85.3'ü, doktor ve hemşirelerin %92'si tarafından, duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş olduğu hastaların %95.3'ü, doktor ve hemşirelerin %93.3'ü tarafından, tekerlekli sandalye ve serum askısıyla oda içinde rahatça dolaşmanın mümkün olduğu hastaların %96'sı, doktor ve hemşirelerin %84'ü tarafından, aydınlatmanın doğru ve yeterli düzeyde tasarlanmış olduğu hastaların %90.7'si, doktor ve hemşirelerin %84'ü tarafından, hasta odalarının mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış olduğu hastaların %92'si, doktor ve hemşirelerin %80'i tarafından, ısısal konfor sağlanmış olduğu hastaların %97.3'ü, doktor ve hemşirelerin %82.7'si tarafından, banyo havalandırmasının iyi yapıldığı hastaların %93.7'si, doktor ve hemşirelerin %65.3'ü tarafından, banyonun ses açısından izole edilmiş olduğu ise hastaların %98.7'si, doktor ve hemşirelerin %70.7'si tarafından, 'biraz iyi, oldukça iyi ve çok iyi' değerleri verilerek belirtilmiştir.

Hastanelerin bütününde hastaların kümülatif olarak %80'i, odalarda dışarıyı

görüŖ/manzaranın düşünölmüş olduğunu belirtmekle birlikte, hastane ortalamalarına bakıldığında, bu değerin hastaneler arasında farklı olduğu belirlenmiştir. A hastanesi 4.36 ve B hastanesi 4.72 iken, C hastanesi 3.84 değeri almıştır. (Tablo 8.1). Benzer şekilde, odalarda estetik ve sanatsal öğelerin doğru biçimde ve yeterince kullanılmış olduğunu belirten hastalar, kümülatif değerlere bakıldığında çoğunlukta gibi görünmekle birlikte (%57.3'ü biraz iyi oldukça iyi ve çok iyi olarak tanımlamışlardır), hastanelerin bu soruyla ilgili aldıkları ortalamalara birbirinden bağımsız bakıldığında, A hastanesinin 4.16 ve B hastanesinin 4.44 değerleri alırken, C hastanesinin 2.48 değerini aldığı görölmüştür. Bu değerler, hastaneler arasında bu konuda büyük farklılıklar göröldüğünü anlatmaktadır.

Tanı, konsültasyon ve tedavi odalarına ilişkin değerlendirmeler:

Tanı, konsültasyon ve tedavi odalarında, hastaların soyunma odalarını kümülatif olarak %77.3'ü işlevsel bulmalarına karşın, doktor ve hemşirelerin, kümülatif olarak %66.7'si işlevsel bulmamaktadırlar. Hasta ihtiyaçlarının yeterli düzeyde düşünölmüş olduğu hastaların %88'i tarafından belirtilirken, tıbbi personel ihtiyaçlarının ise, doktor ve hemşirelere göre, kümülatif olarak %60 oranla düşünölmemiş olduğu belirtilmiştir. Muayene ve tedavi odalarında doğal öğeler veya sanat eserleri olup olmadığı sorusu ise, hastaneler bütününde birçok farklı değere dağılmakla birlikte, hastanelerin ortalamalarına ayrıca bakıldığında, A hastanesinin 4.4 ve B hastanesinin 3.88 değerini alırken, C hastanesinin 2.2 değerini aldığı, dolayısıyla bu konuda hastaneler arasında farklı durumların söz konusu olduğu görölmektedir.(Tablo 8.1 Hasta yanıtlarının ortalamaları) Muayene ve tedavi odasının, sıcak ve rahatlatıcı bir imaj yaratmadığını ise, hastalar kümülatif olarak %73.3, çok kötü, oldukça kötü ve biraz kötü değerleriyle belirtmişlerdir. Bu soru için de hastaneler özelinde ortalamalara bakıldığında, önceki soruya benzer olarak, farklılıklar görmekteyiz. A hastanesi 3.16, B hastanesi 4.04 değerlerinde iken, C hastanesi 2.16 olarak değerlendirilmiştir..

Işıklandırma hastalar ve tıbbi personel tarafından, gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış olarak bulunmuştur. Özel görüşmeler için ise hastalar tarafından konsültasyon odalarının yeterli sayıda olduğu belirtilmesine rağmen, tıbbi personelin yanıtları tersi yönde olmuştur. Muayene ve tedavi odalarında, gerek hastalar gerekse doktor ve hemşireler açısından, görsel ve işitsel mahremiyet açısından bir sorun bulunmamaktadır.

Genel değerlendirme:

Hastane geneli, bina kabuğu ve biçimlenişine ilişkin değerlendirmelere genel olarak bakıldığında, kullanımda, ulaşılabilirlik konusunda, hastaneler arasında önemli farklılıklar

olduğu görülmektedir. Yol-yön bulma, işaret ve haritaların nitelikleri ve yol-yön bulmayı kolaylaştırıcı özellikler açısından hastanelerin genelinde zayıf oldukları, hastanelere ulaşım konusunda da zorluklar yaşandığı söylenebilir. Bekleme ve ortak alanlar gibi alanların büyüklük ve sayılarının yeterliliğinin hastanelerde birbirlerinden oldukça farklı olduğu, bu konuda bir standardın sağlanmadığı da görülmüştür. Binaların, hasta ve tıbbi personel açısından estetik kriterlere göre yeterince uygun tasarlanmadıkları da ortaya çıkmaktadır. Binalar, içerde ve dışarıda iyi-olma mesajı iletmekte yetersiz kalmaktadırlar.

Dış mekanlar ve yeşil alanlara ilişkin ise, oturma birimlerinin, uygun tasarlanmadığı, giriş konusunda ise hastaneler arasında bir ortak dil yakalanamadığı görülmektedir. Hastane geneline benzer şekilde, dış mekanlarda da, yol-yön bulmak için yardımcı ipuçları olmadığı, dış mekanların, hasta ve diğer kullanıcılara çekici gelecek şekilde tasarlanmadığı tespit edilmiştir.

Genel iç mekanlarda, sosyal mekanlar ve dolaşım alanları hastaneler arasında oldukça farklı değerlerle tanımlanmıştır. Hastane içinde yol-yön konusundaki eksiklik ve sorunların oldukça büyük düzeyde olduğu da söylenebilir. İç mekanların tasarımının estetik açıdan uygunluğu ise, hastanelerin birbiriyle oldukça farklılık gösterdikleri konulardan biri olmuş, hastanelerin iç mekan tasarımlarının kurumsal olmayan ve evi andıran bir duygu vermediğinin yanı sıra, bu konuda belirli bir standartları olmadığı da kanıtlanmıştır.

Ortak alanlarda, kullanım ana başlığı altında genel olarak fazla sorun yaşanmadığı görülmekle birlikte, yine hastaneler arasındaki farklılıklar dikkati çekmektedir. Ulaşılabilirlik konusu ise, hastanelerin arasında farklılıkların büyük ölçüde mevcut olduğu konulardan bir tanesi durumundadır. Değerlendirmelerde, hastanelerin ortak alanlarında estetiğe verilen önemin yetersizliği de göze çarpmaktadır. Konfor konusu ise ihmal edilmemiş ve önemli ölçüde memnuniyet uyandırmış bir konu olarak görülmektedir.

Hasta odaları, kullanıcılarda, diğer mekanlara göre daha fazla memnuniyet uyandırmaktadırlar. Kullanım ve konforla ilgili sorunların azlığı, ulaşılabilirlik problemlerinin burada çözülmüş olduğu görülmektedir. Ancak, hastanenin diğer mekanları ile benzer olarak, hasta odalarında da manzara ve sanat eseleri kullanımı ve genel estetikle ilgili sorunlar bulunmakta, daha da önemlisi, bu konuda hastanelerin sabit bir düzey yakalayamamış oldukları görülmektedir.

Tanı, konsültasyon ve tedavi odalarında ise, işlevsellik yönünden sorunlar yaşanmakla birlikte, kullanımla ilgili çok büyük sorunların olmadığı tespit edilmiştir. Konfor ve

mahremiyet konularında da rahatsızlık verici etkenlere rastlanmamıştır. Ancak, bu odaların, sıcak ve rahatlatıcı bir imaj yaratmadığı, diğer mekanlara benzer olarak da, estetikle ilgili kriterlerin yeterince göz önünde bulundurulmadığı, hastanelerin bu konudaki standartlarının kendi inisiyatiflerine bırakıldığı söylenebilir.

Her bir hastane için ayrı öne çıkan parametre gruplarının görülebilmesi açısından, her bir mekan grubuna ait faktör analizleri, SPSS programında hesaplanmıştır. Ortaya çıkan faktör analizleri tabloları, her bir mekan grubu için, hastanelerin sonuçları yorumlanarak toplanmış, tek bir tablo haline getirilmiştir. Hastanelerde mekan grubu gözetmeksizin yapılan faktör analizleri ise Tablo 8.21’de analiz edilerek toplanmıştır. Tablolarda, personel ve hasta yanıtları da bir araya toplanmış, satırlarda personel ‘P’, hasta ‘H’ harfi ile ifade edilmiştir.

Tablo 8.15 Hastane geneli, bina kabuğu ve biçimlenişi faktör analizleri yorum tablosu

		A	B	C	Genel
1. Faktör	P	Kullanım Estetik	Sağlık ve güvenl. Estetik	Estetik Kullanım	Estetik Kullanım
	H	<i>Ulaşılabilirlik Kullanım</i>	<i>Ulaşılabilirlik</i>	<i>Estetik Kullanım</i>	<i>Estetik Ulaşılabilirlik</i>
2. Faktör	P	Ulaşılabilirlik Sosyal Destek	Kullanım	Ulaşılabilirlik Sağlık ve güvenl.	Kullanım Ulaşılabilirlik
	H	<i>Estetik</i>	<i>Estetik</i>	<i>Kullanım Ulaşılabilirlik</i>	<i>Ulaşılabilirlik Kullanım</i>
3. Faktör	P	Ulaşılabilirlik Sağlık ve güvenl.	Ulaşılabilirlik Sosyal Destek	Ulaşılabilirlik Estetik	Ulaşılabilirlik Sağlık ve güvenl.
	H	<i>Ulaşılabilirlik</i>	<i>Ulaşılabilirlik Kullanım</i>	<i>Ulaşılabilirlik</i>	<i>Ulaşılabilirlik</i>
4. Faktör	P	Estetik	Estetik	Estetik Kullanım	Estetik Kullanım
	H	<i>Güvenlik</i>	<i>Estetik</i>	<i>Ulaşılabilirlik</i>	<i>Ulaş</i>

Tablo 8.16 Dış mekanlar ve yeşil alanlar faktör analizleri yorum tablosu

		A	B	C	Genel
1. Faktör	P	Ulaşılabilirlik Estetik	Kullanım	Kullanım Ulaşılabilirlik	Kullanım
	H	<i>Konfor</i> <i>Estetik</i>	<i>Ulaşılabilirlik</i> <i>Kullanım</i>	<i>Kullanım</i>	<i>Konfor</i> <i>Ulaşılabilirlik</i>
2. Faktör	P	Kullanım Sağlık ve güvenl.	Ulaşılabilirlik Sağlık ve güvenl.	Estetik Kullanım	Ulaşılabilirlik Estetik
	H	<i>Ulaşılabilirlik</i> <i>Sosyal Destek</i> <i>Sağlık ve güvenlik</i>	<i>Konfor</i> <i>Estetik</i>	<i>Ulaşılabilirlik</i> <i>Güvenlik</i>	<i>Ulaşılabilirlik</i>
3. Faktör	P	Kullanım	Estetik	Sağlık ve güvenl.	Sağlık ve güvenl.
	H	<i>Kullanım</i>	<i>Sağlık ve güvenlik</i>	<i>Estetik</i> <i>Kullanım</i>	<i>Sağlık ve güvenlik</i> <i>Kullanım</i>
4. Faktör	P	Kullanım	Kullanım	Kullanım	Kullanım
	H	<i>Kullanım</i>	<i>Sosyal Destek</i>	<i>Ulaşılabilirlik</i> <i>Konfor</i>	<i>Kullanım</i> <i>Estetik</i>

Tablo 8.17 Genel iç mekanlar faktör analizleri yorum tablosu

		A	B	C	Genel
1. Faktör	P	Estetik Kullanım Konfor	Estetik Konfor Sağlık ve güvenl.	Estetik Konfor Sağlık ve güvenl.	Kullanım Estetik
	H	<i>Konfor</i> <i>Sosyal Destek</i>	<i>Kullanım</i> <i>Ulaşılabilirlik</i>	<i>Kullanım</i> <i>Ulaşılabilirlik</i> <i>Estetik</i>	<i>Kullanım</i> <i>Ulaşılabilirlik</i>
2. Faktör	P	Ulaşılabilirlik Sosyal Destek Güvenlik	Kullanım Ulaşılabilirlik	Kullanım	Konfor
	H	<i>Kullanım Estetik</i>	<i>Estetik</i>	<i>Estetik</i> <i>Konfor</i>	<i>Kullanım Estetik</i>
3. Faktör	P	Kullanım.	Ulaşılabilirlik	Ulaşılabilirlik	Ulaşılabilirlik
	H	<i>Ulaş</i>	<i>Konfor</i>	<i>Mahremiyet</i>	<i>Konfor</i>
4. Faktör	P	Konfor	Sosyal Destek	Sosyal Destek	Sosyal Destek
	H	<i>Estetik</i>	<i>Mah</i>	<i>Sosyal Destek</i>	<i>Sosyal Destek</i>

Tablo 8.18 Ortak alanlar faktör analizleri yorum tablosu

		A	B	C	Genel
1. Faktör	P	Kullanım Estetik Ulaşılabilirlik	Ulaşılabilirlik Estetik Kullanım	Ulaşılabilirlik Estetik	Kullanım Estetik
	H	<i>Kullanım</i> <i>Estetik</i> <i>Ulaşılabilirlik</i>	<i>Konfor</i> <i>Ulaşılabilirlik</i> <i>Kullanım</i>	<i>Sağlık ve güvenlik</i> <i>Estetik</i> <i>Ulaşılabilirlik</i>	<i>Kullanım</i> <i>Estetik</i> <i>Ulaşılabilirlik</i>
2. Faktör	P	Ulaşılabilirlik	Kullanım	Kullanım Sağlık ve güvenl.	Ulaşılabilirlik Konfor
	H	<i>Sağlık ve güvenlik</i>	<i>Estetik</i>	<i>Konfor Estetik</i>	<i>Estetik</i>
3. Faktör	P	Konfor Güvenlik	Sağlık ve güvenl. Konfor	Kullanım Estetik	Sağlık ve güvenl.
	H	<i>Ulaşılabilirlik</i> <i>Konfor</i>	<i>Kullanım</i>	<i>Sağlık ve güvenlik</i>	<i>Sağlık ve güvenlik</i>
4. Faktör	P	Güvenlik	Güvenlik	Sosyal Destek	Sağlık ve güvenl.
	H	<i>Ulaşılabilirlik</i>	<i>Sosyal Destek</i>	<i>Kullanım</i>	<i>Kullanım</i>

Tablo 8.19 Hasta odaları faktör analizleri yorum tablosu

		A	B	C	Genel
1. Faktör	P	Konfor Mahremiyet	Kullanım Ulaşılabilirlik	Kullanım Ulaşılabilirlik	Konfor Mahremiyet
	H	<i>Kullanım Konfor</i>	<i>Kullanım Ulaşılabilirlik</i>	<i>Kullanım Estetik Mahremiyet</i>	<i>Kullanım Ulaşılabilirlik Estetik Mahremiyet</i>
2. Faktör	P	Kullanım Ulaşılabilirlik	Konfor Kullanım	Konfor Kullanım	Kullanım Ulaşılabilirlik
	H	<i>Ulaşılabilirlik Mahremiyet</i>	<i>Konfor</i>	<i>Konfor</i>	<i>Konfor</i>
3. Faktör	P	Kullanım	Konfor	Konfor	Kullanım
	H	<i>Kullanım Estetik</i>	<i>Estetik</i>	<i>Konfor</i>	<i>Kullanım</i>
4. Faktör	P	Konfor	Mahremiyet	Mahremiyet	Konfor
	H	<i>Estetik</i>	<i>Estetik</i>	<i>Konfor</i>	<i>Estetik</i>

Tablo 8.20 Tanı, konsültasyon ve tedavi odaları faktör analizleri yorum tablosu

		A	B	C	Genel
1. Faktör	P	Konfor Estetik	Estetik Konfor Kullanım	Mahremiyet Kullanım Estetik	Kullanım
	H	<i>Kullanım</i> <i>Ulaşılabilirlik</i>	<i>Konfor</i> <i>Mahremiyet</i> <i>Kullanım</i>	<i>Kullanım</i> <i>Mahremiyet</i> <i>Konfor</i>	<i>Mahremiyet</i> <i>Kullanım</i> <i>Konfor</i>
2. Faktör	P	Kullanım Sağlık ve güvenl.	Mahremiyet	Estetik	Estetik
	H	<i>Ulaşılabilirlik</i> <i>Estetik</i>	<i>Estetik</i> <i>Ulaşılabilirlik</i>	<i>Ulaşılabilirlik</i> <i>Estetik</i>	<i>Ulaşılabilirlik</i> <i>Estetik</i>
3. Faktör	P	Mahremiyet	Estetik	Konfor	Konfor
	H	<i>Konfor</i>	<i>Kullanım</i>	<i>Mahremiyet</i>	<i>Kullanım</i>
4. Faktör	P	Konfor	Mahremiyet	Estetik	Mahremiyet
	H	<i>Mahremiyet</i>	<i>Kullanım.</i>	<i>Kullanım</i>	<i>Estetik</i>

Tablo 8.21 Tüm mekan grupları faktör analizleri yorum tablosu

		A	B	C	Genel
1. Faktör	P	Kullanım Estetik Konfor	Ulaşılabilirlik Kullanım	Estetik Kullanım.	Estetik Kullanım Konfor
	H	<i>Kullanım Ulaşılabilirlik Konfor Mahremiyet</i>	<i>Konfor Mahremiyet Estetik Ulaşılabilirlik</i>	<i>Kullanım Estetik Ulaşılabilirlik</i>	<i>Estetik Ulaşılabilirlik Mahremiyet</i>
2. Faktör	P	Konfor	Konfor Estetik Sağlık ve güvenl.	Konfor Sağlık ve güvenl. Mahremiyet	Estetik Sağlık ve güvenl.
	H	<i>Estetik</i>	<i>Kullanım</i>	<i>Kullanım Konfor</i>	<i>Kullanım Konfor</i>
3. Faktör	P	Ulaşılabilirlik Sağlık ve güvenl.	Estetik Mahremiyet	Ulaşılabilirlik Mahremiyet	Mahremiyet Estetik
	H	<i>Ulaşılabilirlik Kullanım</i>	<i>Ulaşılabilirlik Kullanım</i>	<i>Konfor Mahremiyet</i>	<i>Kullanım Mahremiyet</i>
4. Faktör	P	Ulaşılabilirlik Kullanım	Estetik Kullanım	Sosyal Destek Kullanım	Estetik Kullanım Ulaşılabilirlik
	H	<i>Sağlık ve güvenl.</i>	<i>Estetik</i>	<i>Sağlık ve güvenl.</i>	<i>Sağlık ve güvenl. Estetik</i>
5. Faktör	P	Estetik Konfor	Kullanım Estetik	Kullanım Ulaşılabilirlik	Kullanım
	H	<i>Ulaşılabilirlik</i>	<i>Sosyal Destek</i>	<i>Ulaşılabilirlik</i>	<i>Ulaşılabilirlik Sosyal Destek</i>

Hastane geneli, bina kabuğu ve biçimlenişi için hesaplanan faktör analizlerinin yorum tablosuna bakıldığında (Tablo 8.15), hastalar için ulaşılabilirlik, estetik ve kullanım faktörlerinin öne çıktığı görülmektedir. Güvenlik faktörü ise, 4. faktör olarak sadece A hastanesinde yer almaktadır. Tıbbi personel için ise, kullanım ve estetik 1. faktörler olarak öne çıkmakta, ulaşılabilirlik daha sonra, sağlık ve güvenlikle birlikte 2. faktör olarak gelmektedir. Hasta ve personelin hastane geneline bakış açısının oldukça yakın olduğu gözlenmekle birlikte, ulaşılabilirlikle ilgili konuların, hastaları daha fazla ilgilendirdiği ortaya çıkmaktadır.

Dış mekanlar ve yeşil alanlar için ise, hastalar en çok, ulaşılabilirlik, kullanım ve konfora önem vermekte, sosyal destek vermek, estetik ve güvenlik konuları ise ikinci sırada yer almaktadır. Tıbbi personel ise yeşil alanların ilk planda, kullanım, estetik ve ulaşılabilirliğini aramaktadırlar. Sağlık ve güvenlik, personel için 2. faktör olarak görünmektedir.

İç mekanlar genelinde de hastalar için, hastane geneline benzer şekilde, ulaşılabilirlik, estetik ve kullanım öne çıkmakla birlikte, sosyal desteğin de birinci derecede önemli olduğu söylenebilir. Konfor, mahremiyet ve sosyal destek konuları ise, sırasıyla 2., 3. ve 4. faktörlerde karşımıza çıkmaktadır. Personel, iç mekanlarda birçok faktörü beraber öne çıkarmıştır. Bunlar; estetik, kullanım, konfor, sağlık ve güvenlidir. Ulaşılabilirlik ve sosyal desteğin ise daha sonraki faktörlerde yer aldığı görülmektedir. Bu durum, hasta ve personelin farklı bakış açıları ve beklentilerini açıkça yansıtmaktadır.

Ortak alanlar için durum, hastalar açısından diğer mekanlarla benzerlik göstermiştir. Ancak burada, sağlık ve güvenlik konusu da, kullanım, ulaşılabilirlik ve estetikle birlikte birinci sırayı paylaşmaktadır. Hastalar için konfor ve sosyal destek daha sonra gelmektedir. Personelin ortak alanlara bakışı ise, kullanım, ulaşılabilirlik ve estetiğin birinci derecede önem taşıdığı, sağlık ve güvenlik ve sosyal desteğin ise, ikinci ve üçüncü sıralarda geldiği yönünde olmuştur.

Hasta odalarında, faktör analizleri, hastalar için kullanım, ulaşılabilirlik ve estetiğin yine ilk sırada yer aldığını göstermekle birlikte, bu listeye mahremiyet ve konforun da eklendiği, ulaşılabilirlik konusunun ise 1. faktör olarak yer bulmuş olsa dahi, önceki mekanlarda olduğu kadar güçlü bir şekilde yer almadığı gözlenmektedir. Personelin, hasta odalarında, ön planda tuttuğu konular ise, ulaşılabilirlik, kullanım, konfor ve mahremiyet olmuştur. Burada, personelin, hastalardan farklı olarak, estetik ile ilgili kaygılarının ön planda olmaması dikkati çekmektedir.

Tanı, konsültasyon ve tedavi odaları ise hastalar açısından, kullanım ve ulaşılabilirliğin yanında konfor ve mahremiyetin birinci faktör olarak öne çıktığı konular arasındadır. Estetik hastalar için ikinci sırada gelmektedir. Personel yanıtlarının faktör analizlerine bakıldığında ise, bu mekanlarda estetiğin ilk sırada aranan unsurlardan biri olduğu, diğer ilk sırayı paylaşan konuların ise, konfor, kullanım ve mahremiyet olduğu, ulaşılabilirliğin ise, hastalardan farklı olarak, faktör analizlerinde ilk 4 faktör arasında yer almadığı, bununla birlikte sağlık ve güvenlik konusunun ikinci faktör olduğu görülmektedir.

Tüm mekan grupları, 5 faktöre göre birlikte ele alındığında, hastaların, kullanım

ulaşılabilirlik, konfor, mahremiyet ve estetik gibi birçok konuya birinci derece önem verdikleri, sağlık ve güvenlik ve sosyal desteğin ise sırasıyla dördüncü ve beşinci sırada yer aldıkları tespit edilmiştir. Personel için ise birinci faktörlerin listesi, estetik, kullanım, konfor ve ulaşılabilirlik olmakla birlikte, sağlık ve güvenlik ile mahremiyet konuları ikinci faktör, sosyal destek ise 4. faktörde görölmektedir.

Faktör analizlerinin toplandığı tabloların bazılarında, belli bir faktörün birbirinden farklı derecelerde çıkabilmesi, SPSS programında faktör analizleri değerlendirmesi sırasında, o faktör grubuna ait soruların gruplar halinde farklı faktör derecelendirmelerine bölünmüş olmasından kaynaklanmaktadır.

8.4.4 Hasta ve tıbbi personel yorumları

Hastanelerin genel ile ilgili olarak, hasta ve personelin eklemek istediklerine ilişkin açık uçlu soruya verilen yanıtlar aşağıda verilmiştir:

A Hastanesi'nde görev yapmakta olan bir doktor; 'özellikle ayaktan hastaların bekleme salonları gerek mekan genişliği gerekse havalandırma açısından sorun yaratıyor' yargısına varmıştır. Bir diğer doktor ise; 'sosyal alanların hasta konforuna yönelik planlanması rica olunur' ifadesini kullanırken, başka bir doktor; 'sekreter bankolarının işlevsel ve estetik planlanması' gerektiğini belirtmiştir.

Aynı hastanede çalışan hemşireler ise; 'hastane içinde, özellikle koridorda düzenli müzik yayını organizasyonunun yapılması', ortak alanlarda 'Tv imkanı olması', 'işlemlerin(özellikle poliklinik) bir arada yapılacağı yapılanmalara gidilmesi (vezne, muayene odası, tetkik işlemleri vs)' ve 'çalışan personele daha fazla alan ayrılması (duş odaları, dinlenme odaları vs..)' gerektiğini belirtmişlerdir.

A hastanesinde yatmakta olan bir hasta; 'yangın kaçış koridorlarına dumandan (gazdan) arındırma tesisatı ve yangın merdivenlerine basınçlandırma yapılmalıdır. Yangınlarda ölen veya ağır zarar gören kişilerin çoğu alev ile direkt temas etmiyor ancak gazdan zehirleniyor' şeklinde bir bilgi vermiştir.

B hastanesinde bir doktor; 'binanın akustik yönden hasta konforu açısından yetersiz yönleri mevcut' ifadesini, bir diğer doktor ise; 'bina bölümleri arasında farklar var, çalışan personelin çalışma alanı, bankolar, kişi sayısı veya yapacakları işe göre düzenlenmemiş' ifadesini kullanmıştır.

Açık uçlu olan bu soruya verilen yanıtlar toplam anketler arasından bu cevaplarla sınırlı kalmıştır.

8.4.5 Araştırmacı gözlemleri ve değerlendirmeleri

Araştırmacının her üç hastaneye ait gözlemleri, oluşturulan kontrol listesinin uygulanması yoluyla ifade edilmiştir (Ek 5). Ayrıca, yapılan gözlem çalışmasıyla birlikte, fotoğraflama yoluyla tespitler de gerçekleştirilmiş, hastanelerin ismen anılmaması sebebiyle bu fotoğraflar hastanelerin tanıtıldığı bölümde verilmiştir. Her üç hastane için kontrol listesinin uygulanmasının yanında, özellikle dikkat çeken konulara ilişkin gözlem ve yorumlara aşağıda değinilmiştir:

Hastanelerin bekleme alanları rahat ve iyi aydınlatılmış olmalarına rağmen, rahatlatıcı ve hoş karşılayıcı görünmemektedirler. Dış mekan manzarası çok kısıtlı ve diğer ilgi çekici noktaların az oluşu az miktarda görsel uyaran olduğu anlamına gelmektedir. İçeride biraz bitki, duvarlarda resimler veya bir akvaryum bu eksikliği ortadan kaldıracabilecek öğeler olarak düşünülmüştür. Her üç hastanede de bulunan sert duvar yüzeylerinin bulunması, resepsiyon alanından gelen konuşmaların yutulmasını veya hafifletilmesini zorlaştırmaktadır. Bekleme salonunda oturan ziyaretçilerin olumlu dikkat dağıtıcı unsurlar olarak nitelenebilecek broşür rafı, panolar, görsel ve işitsel nesnelere sahip olmaması, iç tasarımın yeterince ilgi çekici olarak oluşturulmadığını göstermektedir.

Bu eksiklikler sonucunda, bekleyen hastalar, eğer bir şeyler okumuyor veya bir çocukla ilgilenmiyorsa, resepsiyon alanı hastaların seyretmesi ve dinlemesi için bir odak noktası haline gelmektedir.

Ulaşılabilirlik başlığı altındaki, yol-yön bulma konusu, gözlemlerde dikkati çeken ve anket değerlendirmelerinde de güçlü bir faktör olarak ortaya çıkan konular arasında olmuştur.

Bir binanın bir ucundan diğer ucuna yön bulmak için; sözlü gösterilen, sembolize edilmiş ve resmedilmiş bilgiler ve çevreden elde edilen ipuçları değerlendirilmelidir. Ancak, hastanelerde örneğin; kolay bakım sağlamak amacıyla tüm duvarlar aynı renkte olduğu ya da zeminin aynı materyalden yapıldığı durumlar gibi, yol-yön bulmaya ilişkin ipuçları açısından mekana ait pek az farklılık bulunmaktadır.

Ayrıca bina formlarının en güçlü yön bulma ipucunu verdiğini göz önünde bulundurarak, hastanelerin reorganizasyonu veya yeni tasarımlar sırasında, koridorların sayısının azaltılarak

bina simetrisinin sınırlandırılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Hastanede sergilenen objeler de önemli yol-yön bulma ve oryantasyon ipuçları sağlamaktadır. Bu da hastanenin okunabilirliği açısından yararlı olmaktadır.

Girişten; resepsiyona doğrudan görsel temas her üç hastanede de sağlanmıştır. Zemin çizgileri hastanelerden birinde kullanılmış olmakla birlikte, çizgilerin en doğru kullanımı, çok az rengin mevcut olduğu, küçük yapılarda mümkün olmaktadır.

Uzun ve tekrarlayan birimlerden oluşan hasta odası katlarında, hasta odası girişlerinin farklılaştırılması, ulaşmak istenen odanın bulunması konusunda yardımcı olmaktadır. Bu amaçla, hasta odalarının önündeki döşemeler farklılaştırılabilir. Kapı girişleri ya da ayak izleri halıya eklenebilir. Benzer şekilde, renk ve desenler yön bulma konusunda kullanılabilir. Koridorlar, kolay yönlendirme açısından renklerle kodlandırılabilir. Işıklandırma da aynı zamanda yol-yön bulma konusunda kullanılabilir.

Mekanlar arasında görsel bağlantının sağlanması da yön bulmayı kolaylaştırır. Bazı hastanelerde; hastalar ortak alandan koridorları görebilmektedirler. Mekanlar, girmeden önce hastalara içerdeki etkinliği gözlemlene şansı sağlamaktadır. Dışarıyı görmek de yol bulma açısından yararlı olmaktadır. Tüm ana karar verme noktalarında gereken noktalarda, farklı aydınlatma türleri kullanılmalı, hastane simgesi yada logosu bu noktalarda tekrarlanmalıdır. Kat yüksekliklerinin azalması, mekanın halka açık olmaktan özel olmaya başladığı mesajını iletmektedir.

Hastanelerin bekleme alanındaki oturma birimlerinin, farklı kullanıcılara uygun olacak şekilde farklılaşmadığı görülmüştür. Oturma birimlerinin, küçük ve büyük ziyaretçiler için ve aynı zamanda farklı sayıdaki gruplara yönelik olarak değişik ölçü ve düzenlerde planlanması uygun olacaktır. Bu kullanıcıların mekanı kendilerine ait hissetmesine, rahatlamalarına, mahremiyet gereksinimlerine ve yol-yön bulmalarına yardımcı olacak bir değişikliktir.

Dış mekanlar ve düzenlenmeleri, binaya oryantasyonu sağlamada güçlü bir referans noktası olmaktadır ancak, her üç hastanede de, dışarıdaki bir oyun alanı yada bahçe eksikliği gözlenmekte, A ve C hastanelerinde bu eksiklik özellikle ön plana çıkmaktadır. Bununla birlikte, C hastanesinde iç mekanlarda afiş, pano, broşür rafı ve tabelaların doğru düzenlenmemesi ve çok fazla yer alması, ortamda, rahatsız edici unsurlar oluşturarak, konsantrasyon ve oryantasyonu sağlamayı zor hale getirmektedirler.

Her üç hastanedeki merdiven kovaları birbirinden farklılıklar göstermektedir. C

hastanesindeki merdiven kovaları duvarlarındaki afiş ve yazılar, kullanıcıların dengelerini bozabilmektedir. Ayrıca, hastanelerde, kolayca fark edilebilmeleri için; merdivenin basış ve rıhtı birbirinden farklı renkler ile renklendirilmelidir. Bu özellikle ilk ve son basamaklarda oldukça önemlidir. Hastanelerde ayrıca, görme özürlü insanlara zarar verecek merdiven sahanlıkları ve diğer alanları işaretlemek için farklı dokular kullanılmalıdır.

9 SONUÇLARIN TARTIŞILMASI VE İLERİYE DÖNÜK ÖNERİLER

Tez çalışmasında, alan çalışmalarının değerlendirilmesi sürecinde elde edilen veriler analiz edilerek, istatistiki değerlendirmeler yardımıyla kesin sonuçlar elde edilmiştir. Bu nedenle, alan çalışmaları, üzerinde çalışılan konuyu ve kontrol listesini geliştirmek için değerli bir kaynak halini almışlardır. Alan çalışmasında, kontrol listesi ve bu kontrol listesinden türetilen anketler kullanılarak, gelecekteki tasarım kararlarını yönlendirme amaçlı bir tasarım değerlendirme çalışması yürütülmüştür.

Tez çalışması süresince yapılan araştırmalar, mimarlık ve tıp bilim alanlarının birbirleriyle yakın ilişki içinde olduklarını, dünya çapında sağlık politikalarının sağlık bakımı hizmetlerini geliştirmeye yoğunlaştıklarını, hasta-merkezli bakıma verdikleri önemin ve bu konuda yapılan çalışmaların gün geçtikçe arttığını göstermektedir. Hasta-merkezli bir bakım ortamının kalitesinin sağlık çıktılarında olumlu bir sonuç alınmasına yardımcı olduğu, içinde yaşanılan ortamın kalitesinin sağlık açısından önem taşıdığı görülmektedir. Sağlık binalarının tasarım kalitesinin, yüksek kalitedeki çevresel faktörlerin ve toplum temelli, kolayca ulaşılabilir, dostça karşılayan sağlık binaları ve iç mekanlar oluşturma'nın önemi, hasta psikolojisini, hasta sağlığını ve yararını doğrudan etkilemesinden kaynaklanmaktadır.

Yapılan araştırma, alan çalışmaları ve gözlemler sonucunda elde edilen bilgiler ışığında, akreditasyonun bu günkü haliyle hasta-merkezli hastane anlayışını yeterince karşılamadığı, akredite olmuş hastaneler arasında önemli farklar olduğu, eğer hasta odaklı iyileştiren hastane tasarımı yapılacaksa psiko-sosyal parametrelerin mutlaka göz önüne alınması gerektiği ortaya çıkmıştır.

Araştırmacı tarafından uygulanan kontrol listesinde de, alan çalışması yürütülen hastanelere ait fiziksel özelliklerin tespit edilmesinin yanı sıra, psiko-sosyal kriterlerin de değerlendirmesi yapılmıştır. Kontrol listesinin uygulanması sırasında, sonuç olarak, incelenen hastanelerin tasarımında psiko-sosyal kalitenin yeterince önemsenmediği ve dolayısıyla bu yetersizliklerin, sorun yarattığı ortaya çıkmıştır. Anket analizleri sonuçları da bu durumu desteklemektedir. Buradan hareketle, kontrol listesindeki psiko-sosyal kaliteyi temel alan soruların doğru çalıştığı, dolayısıyla oluşturulan kontrol listesinin doğru bir değerlendirme aracı olduğu görülmüştür.

İyileştiren hastane kalitesini oluşturan yönetsel kalite, hasta bakım kalitesi ve bina kalitesini oluşturan parametrelerin tümünün birlikte ele alınarak tasarım yapılması gerekmektedir.

Psiko-sosyal kriterleri önemsemeyen, ekonomik ve fiziksel verilere tek başına önem verilmesi iyileştiren hastane mimarisine gerektiğinden az önem verilmesine neden olmaktadır. Tasarım açısından oldukça önemli olmalarına karşın, metrekafe olarak alan tahsisleri, elektrik ve mekanik sistemlerin hesapları ile ilgili şartnameler, sadece sağlık, güvenlik ve teknik standartların karşılanması sağlamak için tasarımın ana noktalarını belirleyebilmektedir. Mekanların, kullanıcılarının psikolojik durumlarını nasıl etkilediğini, olumlu veya olumsuz yönlerini değerlendirmek bu konuların dışında kalmaktadır. Bu nedenle, araştırmada, gerek tıbbi personelin gerekse hastaların, hastane ortamlarına davranışsal olarak nasıl cevap verdikleri de araştırılmıştır.

Analiz sonuçlarında, estetik, konfor ve ulaşılabilirliğin birinci faktör olarak önemsenmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır, dolayısıyla iyileştiren hastane tasarımlarında bu parametrelere ilişkin kriterlerin dikkatle ele alınması gerekmektedir. Hastane binalarından keyif alınması ve binaların sanat eserlerini barındırması gerekliliği açıkça ortaya çıkmıştır. Bina formunun konfor sağlar ve güven verici olması, tedirgin veya rahatsız edici durumda olmamasının önemi tespit edilmiştir.

Sosyal desteğin faktör analizlerinde alt sıralarda yer alması, günümüzde hastanelerde anket yapılan kullanıcıların, genelde hasta olarak hastaneye ulaşmalarının sonucunda, hastanelere sağlıklarının devamını sağlamak, geliştirmek ve eğitim programlarına katılmak açısından değil, sadece hastalıklarına tedavi imkanı bulmak amacıyla başvurdukları şeklinde yorumlanmaktadır. Bu anlayışın, gelecekte değişeceği ve hastanelerin sağlıklı kalma amacıyla da kullanılmaya başlanacağı öngörülerek, gelecekteki hastane tasarımlarında sosyal donatılara daha fazla yer verilmesi gerekliliği saptanmıştır.

Sağlık sektöründe değişen paradigmaların bir sonucu olarak, Asklepion’da yapılmış olan hasta-odaklı sağlık kampusünün günümüzde tekrar önemli bir noktaya geldiği görülmüştür. Osmanlı İmparatorluğu döneminde hastanelerin bölümlere ayrılmış olması, kampus şeklinde olmaları gibi birçok özelliğin Batı’da yıllar sonra pavyon tipi hastanelerin tasarlanması zamanında başlamış olduğu görülmüştür. Buradan hareketle, kendi topraklarımızda, Anadolu kültüründe var olan bu anlayışı tekrar kazanmak gerektiğinin önemi tespit edilmiştir.

Çalışmanın odak noktalarından biri haline gelen sağlık sektöründe akreditasyon konusunda, Türkiye’deki önemli hastaneler tarafından kullanılan mevcut akreditasyon programlarının ulusal olmamalarının yanında, hasta-merkezli yaklaşımı ve psiko-sosyal gereksinimlerin mimari tasarımla yerine getirilmesini yeterli düzeyde sorgulamamaları çalışmanın sonucunda

bir eleştiri konusu haline gelmektedir. Halen uygulanmakta olan akreditasyon sisteminin, yönetsel kaliteyi ve bir oranda da hasta bakım kalitesini hedefleyen standartlarının yanı sıra, kullanıcı ihtiyaçlarına daha fazla hassasiyet gösteren, bina kalitesini ve dolayısıyla da psiko-sosyal kaliteyi göz önüne alan akreditasyon sistemi şekline dönüştürülmesinin önemi ortaya çıkmıştır. Sağlık binaları, ülkemizde son dönemlerde sağlık politikasında önemli bir rol oynamamışlardır, fakat gelecekte sağlık politikalarının tam ve doğru biçimde gerçekleştirilmesi için sağlık binaları anahtar görevler üstleneceklerdir.

Ülkemizde, en kısa zamanda kapsamlı bir ulusal akreditasyon programı oluşturulmalı ve standartları halihazırda kullanılan akreditasyon standartlarından daha geniş kapsamlı tutularak, mevcut sistemlerin de bir adım önüne geçilmelidir. Çevresel kalite ve bunun sağlık bakımına olabilecek etkilerinin önemi hakkındaki bilgiler, bugüne kadar uygulamaya konmada yetersiz olmuştur, oluşturulacak ulusal akreditasyon sisteminde bu bilgi ve verilere yer verilmelidir. Ayrıca, kontrol listesine dahil edilen AEDET sisteminin de yeterince kapsamlı olmadığı görülmekle birlikte, bu sistemin varlığı, akreditasyon sisteminin uygulandığı ülkelerde, kalite geliştirilmesi için ek bazı sistemler geliştirildiğini göstermektedir. Ülkemiz için düşünülen akreditasyon sistemine bakış açısının da, sadece akreditasyonun öngördüğü standartlarla sınırlı kalmayarak, tasarım kalitesini yükseltecek araçların da geliştirilmesi yönünde olması gerekmektedir.

Sağlık binalarının düzeltilmesi ve kalite eşiğinin yükseltilmesi için Sağlık Bakanlığı'nın bilimsel araştırmalara verdiği önemi arttırması, üniversitelerle daha yakın işbirliği içinde olunması ve ulusal bir akreditasyon programının önerilere uygun olarak hazırlanmasının gerektiği düşünülmektedir.

niversitelerimizdeki mimarlık bölümleri de benzer şekilde, gelecek kuşak mimarların sağlık sektörü alanında eğitimine daha fazla önem vermelidirler. Gerek lisans eğitiminde, gerekse lisansüstü çalışmalardaki araştırma programlarında sağlık binaları tasarımına gerekli önem verilmelidir. Mimarlık fakültelerinde, sağlık bakımı binalarında, tasarımın insan davranışı ve sağlığı üzerine daha fazla araştırma yapılmasının önemi görülmektedir.

KAYNAKLAR

AIA (The American Institute of Architects Academy of Architecture for Health) The Facilities Guidelines Institute ve U.S. Department of Health and Human Services, (2001), Guidelines for Design and Construction of Hospital and Health Care Facilities, The AIA Academy of Architecture for Health, Washington, D. C.

Aksakaloğlu O., (2005), 'Hastanelerimiz Acil Durumlara Hazırlıklı mı?', Hastane dergisi, Sayı 32, Sy 28-36, İstanbul .

Akdeniz G., Başağaoğlu İ., (2003), 'Maltepe Asker Hastanesi'nin Mimari Yapısı ve Tarihi Gelişimi', IV. Türk Tıp Tarihi Kongresi, Türk Tarih Kurumu, Ankara.

Aksakal, L., (2003), 'The Sick Man and his Medicine: Public Health Reform in the Otoman Empire and Egypt', Paper submitted in satisfaction of the Food&Drug Law Course requirement and the third year written work requirement at Harward Law School.

Annabal A. B., (1993), "The Question of change in Design: The Influence of Doctors and Medical Knowledge on the Design of the Modern Hospital", Ph.D., Graduate Faculties of the University of Pennsylvania, Pennsylvania.

Architectural Record, (1960), 'Hospitals, Clinics and Health Centers', F.W. Dodge Corporation, New York, Yıldız Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Kitaplığı.

Baker, C. F., (1984), 'Sensory overload and noise in the ICU: Sources of environmental stress', Critical Care Quarterly, 6(4), 66-80, Lippincott, Williams and Wilkins, USA.

Baker, C. F., (1992), 'Discomfort to environmental noise: Heart rate responses of SICU patients', Critical Care Nursing Quarterly, 15(2), 75-90, Lippincott, Williams and Wilkins, USA.

Baker, C. F., Garvin, B. J., Kennedy, C. W., & Polivka, B. J., (1993), 'The effect of environmental sound and communication on CCU patients' heart rate and blood pressure', Research in Nursing & Health, 16(6), 415-421, Wiley Periodicals, USA .

Barnhart, S. K., Perkins, N. H., & Fitzsimonds, J., (1998), 'Behaviour and outdoor setting preferences at a psychiatric hospital' Landscape and Urban Planning, 42(2), 147-156, Elsevier, USA.

Başkaya, A., Wilson C. H., Özcan Y. Z., (2004), 'Wayfinding in an unfamiliar environment: different spatial settings of two polyclinics', Environment and Behavior, Nov 2004, v36, i6, p 839, Sage Publications, Inc.

Bayo, M. V., Garcia, A. M., & Garcia, A., (1995), 'Noise levels in an urban hospital and workers' subjective responses' Archives of Environmental Health, 50(3), 247-251.

Beauchemin, K. M., & Hays, P., (1996), 'Sunny hospital rooms expedite recovery from severe and refractory depressions' Journal of Affective Disorders, 40(1), 49-51., Royal Society of Medicine, UK.

Beauchemin, K. M., & Hays, P., (1998), 'Dying in the dark: Sunshine, gender and outcomes in myocardial infarction' Journal of the Royal Society of Medicine, 91(7), 352-354, Royal Society of Medicine Pres Ltd.,UK.

Beken, G., Atasoy A., İncoğlu N., Ok Z., Yürekli F., (1975), 'Genel hastaneler- Hasta Bakım Ünitelerinde Performans Ölçülmesi- Kullanıcı İhtiyaçları Açısından, Standartlara Temel Olmak Üzere', İTÜ Mimarlık Fakültesi, Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu Yapı

Araştırma Enstitüsü YAE, İstanbul.

Benedetti, F., Colombo, C., Barbini, B., Campori, E., & Smeraldi, E., (2001), 'Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression' *Journal of Affective Disorders*, 62(3), 221-223.

Bentley, S., Murphy, F., & Dudley, H., (1977), 'Perceived noise in surgical wards and an intensive care area: An objective analysis', *British Medical Journal*, 2(6101), 1503-1506. UK.

Berg, S. (2001). Impact of reduced reverberation time on sound-induced arousals during sleep. *Sleep*, 24(3), 289-292.

Blackburn, S., & Patteson, D., (1991), 'Effects of cycled light on activity state and cardiorespiratory function in preterm infants', *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 4(4), 47-54, Lippincott Williams and Wilkins, USA.

Bobrow, M., Payette T., Skaggs R., Kobus R., Thomas J., (2000), 'Building Type Basics for Healthcare Facilities', John Wiley and Sons Inc., New York.

Bolak, O., (1950) 'Hastanelerimiz: Eski Zamanlardan Bugüne Kadar Yapılan Hastanelerimiz Tarihi ve Mimari Etüdü', İstanbul Matbaacılık; İstanbul.

Braunsberger, K., Gates R. H., (2002), 'Patient/enrollee Satisfaction With Healthcare and Health Plan', *Journal of Consumer Marketing*, vol 19 no 7 pp 575-590, MCB University Press.

Brown, B., Wright, H., & Brown, C., (1997), 'A post-occupancy evaluation of wayfinding in a pediatric hospital: Research findings and implications for instruction' *Journal of Architectural and Planning Research*, 14(1), 35-51, Locke Science Publishing Co., USA.

Brown, (1961): Purves, G., (2002), 'Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design', Architectural Press-Elsevier Science, Oxford'dan alınmıştır.

Bush-Brown, A., ve Davis D., (1991), 'Hospitable Design for Healthcare and Senior Communities', John Wiley and Sons Inc., New York.

Carpman J. R., ve Grant M. A., (1993), 'Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors', 2nd.ed, American Hospital Publishing, Chicago.

Carpman J. R., ve Grant M. A., (2001), 'Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors', Jossey-Bass Inc, New York.

Carpman, J. R., Grant, M., & Simmons, D., (1983), 'Wayfinding in the hospital environment: The impact of various floor numbering alternatives', *Journal of Environmental Systems*, 13(4), 353-364, USA.

Carpman, J. R., Grant, M. A., & Simmons, D. A., (1985), 'Hospital design and wayfinding: A video simulation study', *Environment & Behavior*, 17(3), 296-314., published by Sage Publications Inc., USA.

Carver (1990): Purves, G., (2002), 'Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design', Architectural Press-Elsevier Science, Oxford'dan alınmıştır.

Christensen, M., (2005), 'Noise Levels in a General Surgical Ward: a descriptive study', *Journal of Clinical Nursing*, vol.14, 156-164, Blackwell Publishing Ltd.

Cleary, P., (1999), 'The increasing importance of patient surveys', *British Medical Journal*,

vol 319, 720-721.

Cmiel C. A., Karr D. M., Gasser D. M., Oliphant L. M., Neveau A. J., (2004), 'Noise Control: A Nursing Team's Approach to Sleep Promotion', American Journal of Nursing, Vol. 104, No.2, 40-48.

Cohen-Mansfield, J., & Werner, P., (1999), 'Outdoor wandering parks for persons with dementia: A survey of characteristics and use', Alzheimer's Disease and Associated Disorders, 13(2), 109-117, Lippincott Williams and Wilkins, USA .

Coulter A.,(2005a) 'Opinion and experience: do they concur?', Picker Institute Europe, http://www.pickereurope.org/Filestore/Downloads/Populus_What_Patients_really_want.pdf

Coulter A.,(2005b) 'What do patients and the public want from primary care?', British Medical Journal, vol 331, 1199-1201.

Coulter A.,(2005c) 'Measuring Patients' Experience of Hospital Care?', Power Point sunuşu, www.pickereurope.ac.uk

Çapan, L., (2002), '19.Yüzyıl Sonunda İstanbul'da Yabancı Misyonlar Tarafından Yapılmış Hastane Binaları', Yüksek Lisans Tezi (İTÜ), İstanbul.

Çoruh, M., (1998), 'Hastanelerde kalite belgesi alma girişimi ve ötesi', Modern Hastane Yönetimi, Sayı 4, Sayfa 4-5, İstanbul.

Çoruh, M., (1997a), 'Geleceğin Hastaneleri Nasıl Olmalıdır, Modern Hastane Yönetimi', Sayı 1, Sayfa 3-5, İstanbul.

Çoruh, M., (1997b), 'Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağının Düşündürdükleri', Modern Hastane Yönetimi, Sayı 2, Sayfa 3-5, İstanbul.

Çoruh, M., (1997c), 'Toplam Kalite Yöntemine Nasıl Geçilebilir', Modern Hastane Yönetimi, Sayı 3, Sayfa 3-6, İstanbul.

Diette, G. B., Lechtzin, N., Haponik, E., Devrotes, A., & Rubin, H. R., (2003) 'Distraction therapy with nature sights and sounds reduces pain during flexible bronchoscopy: A complementary approach to routine analgesia' Chest, 123(3), 941-948.

Dijkstra, L., Bij H., (2002), 'Quality Function Deployment in Healthcare: Methods for Meeting Customer Requirements in Redesign and Renewal', International Journal of Quality & Reliability Management, vol.19, no. 1, 67-89, MCB University Press.

Douglas, C. H., Douglas M. R., (2005), 'Patient-centred improvements in health-care built environments: perspectives and design indicators', Health Expectations, vol.8, 264-276, Blackwell Publishing Ltd.

Downey-Ennis, K., Harrington D., (2002), 'In search of excellence in Irish Health Care', International Journal of Health Care Quality Assurance, vol. 15, no.2, 65-73, MCB University Press.

Downie and MacNaughton, (2000): Purves, G., (2002), 'Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design', Architectural Press-Elsevier Science, Oxford'dan alınmıştır.

Dünden Bugüne İstanbul Ansiklopedisi, Cilt 4, Kültür Bakanlığı ve Tarih Vakfı'nın Ortak Yayını, Ana Basım A.Ş. İstanbul.

Eastman, C. I., Young, M. A., Fogg, L. F., Liu, L., & Meaden, P. M., (1998), 'Bright light

treatment of winter depression', *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 883.

Ellins J., Coulter A., (2005), 'How engaged are people in their healthcare? Findings of a national telephone survey', Picker Institute Europe,

<http://www.pickereurope.org/Filestore/Downloads/Patient-Activation Survey.pdf>

Erke, Ü., (2002), Sarı N.(ed), 'Ülker Erke'nin Yorumu ve Fırçasıyla Türkiye'de Tarihi Sağlık Kurumları', 38. Tıp Tarihi Kongresi, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul.

Falk, S. A., & Woods, N. F., (1973), 'Hospital noise-levels and potential health hazards', *New England Journal of Medicine*, 289(15), 774-781, Massachusetts Medical Society, USA.

Frumkin, H., (2001), 'Beyond toxicity: Human health and the natural environment', *American Journal of Preventive Medicine*, 20(3), 234-240, USA.

Francis, S., (2000), 'Capturing Design Quality', Paper Presented at 'Architects for Health' Seminar, on 17 February 2000, Reform Club, Londra, Purves, G., 2002, *Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design*, Architectural Press-Elsevier Science, Oxford.

Gilleard J. D., Tarcisius L. C., (2003), 'Improving the Delivery of Patient Services: Alternative Workplace Strategies in Action', *Facilities Journal*, vol 21, no 1, page 20-27.

Glod, C. A., Teicher, M. H., Butler, M., Savino, M., Harper, D., Magnus, E., et al. (1994), 'Modifying quiet room design enhances calming of children and adolescents', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(4), 558-566.

Healthcare Design Magazine, November (2004), May (2005), May (2004), Medquest Communications LLC, Cleveland.

Holahan, C. J., (1972), 'Seating patterns and patient behavior in an experimental dayroom', *Journal of Abnormal Psychology*, 80(2), 115-124, American Psychological Association, USA.

Holahan, C. J., (1976), 'Environmental change in a psychiatric setting: A social systems analysis', *Human Relations*, 29(2), 153-166, Springer Publ., USA.

Howell, E., Reeves R., (2005), 'Survey of Patients 2005- Stroke', Commission for Healthcare Audit and Inspection, Londra,

www.healthcarecommission.org.uk/assetRoot/04/01/85/03/04018503.pdf

Hutton, A., (2002), 'The private adolescent: Privacy needs of adolescents in hospitals', *Journal of Pediatric Nursing*, 17(1), 67-72.

Hopkinson, R. G., (1964), 'Hospital Lighting', William Heinemann Ltd., Londra.

Jeong, Ji-Seong (ed), (2003), 'Interior Design Total Clinic', CAPress Co. Ltd., Seoul, Kore.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), (2003), 'Joint Commission International Standards for Hospitals', Joint Commission Resources Inc, Illinois.

Katcher, A., Segal, H., & Beck, A., (1984), 'Comparison of contemplation and hypnosis for the reduction of anxiety and discomfort during dental surgery', *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27(1), 14-21, USA.

Keep, P. J., James, J., & Inman, M., (1980), 'Windows in the intensive therapy unit', *Anaesthesia*, 35(3), 257-262, Blackwell Publishing, USA.

Kernohan, D., Daish, J., Gray, J., Salmond, A., (1982), 'Post Occupancy Evaluation in New Zeland', Design Studies, 3:2, 77-85.

Komiske B., (1998), "Hospital Administrator: What Good Strategic Design Can Do", FACHE, Executive Director, Children's Hospital Foundation at Westchester Medical Center, Valhalla, NY, Aesclepius, 1998 yaz-sonbahar sayısı'ndan alıntı. <http://www.healthdesign.org/administrator.html>

Leather P., Purves, G., (2002), 'Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design', Architectural Pres-Elsevier Science, Oxford'dan alınmıştır.

Leather, P., Beale, D., Santos, A., Watts, J., & Lee, L., (2003), 'Outcomes of environmental appraisal of different hospital waiting areas', Environment & Behavior, 35(6), 842-869.

Leibrock, C. A., (1999), 'Design Details for Health: Making the Most of Interior Design's Healing Potential', John Wiley and Sons Inc.,New York.

Lewy, A. J., Bauer, V. K., Cutler, N. L., Sack, R. L., Ahmed, S., Thomas, K. H., et al. (1998), 'Morning vs evening light treatment of patients with winter depression', Archives of General Psychiatry, 55(10), 890-896.

McCarthy, M., (2004), 'Healthy Design', vol.364, www.thelancet.com, www.healthdesign.org/resources/pubs/articles/pdfs/lancet_article_04.pdf

MacRae, S., (2000), 'Patient Centered Healthcare: An Interview with Susan MacRae', www.Best4Health.org, Purves, G., 2002, Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design, Architectural Pres-Elsevier Science, Oxford.

Malkin, J., (2002), 'Medical and Dental Space Planning: A Comprehensive Guide to Design', Equipment and Clinical Procedures, Wiley and Sons Inc.,New York.

Mallak L. A., Lyth D. M., Olson S. D. vd, (2003), 'Culture, the Built Environment and Healthcare Organizational Performance'.

Marberry, S. O. ed, (1995), 'Innovations in Healthcare Design', Selected Presentations from the first five Symposia on Healthcare Design, John Wiley and Sons Inc.,New York.

Marcus C. C. ve Barnes M. (ed), (1999), 'Healing Gardens', John Wiley and Sons Inc., New York.

Marion A, "Pediatric Oncology Nurse: Transformation of Jorge", Children's Hospital and Health Center, San Diego, CA, Journal of Healthcare Design, Volume X, Proceedings from the Tenth Symposium on Healthcare Design, <http://www.healthdesign.org/pednurse.html>

Marmot, A.F., (1983), 'Flats Fit For Families: An evaluation of Post-Occupancy Evaluation', Design Studies, 4:2, 92-99.

MARU (Medical Architecture Research Unit), (1996), 'Designing Primary Healthcare Premises: A Resource, North West Regional Health Authority': Purves, G., (2002), 'Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design', Architectural Pres-Elsevier Science, Oxford'dan alınmıştır.

Mazuch R., RTKL, 19 Temmuz (2000): Purves, G., (2002), 'Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design', Architectural Pres-Elsevier Science, Oxford'dan alınmıştır.

Miller, R. L., Swensson E. S., (2002), "Hospital and Healthcare Facility Design", W. W. Norton & Company, New York.

- Miller K. M. (ed), (2004), 'Environment of Care Handbook', Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Joint Commission Resources Inc, Illinois .
- Minckley, B. B., (1968), 'A study of noise and its relationship to patient discomfort in the recovery room', *Nursing Research*, 17(3), 247-250, Lippincott Williams and Wilkins, USA.
- Morrison, W. E., Haas, E. C., Shaffner, D. H., Garrett, E. S., & Fackler, J. C., (2003), 'Noise, stress, and annoyance in a pediatric intensive care unit', *Critical Care Medicine*, 31(1), 113-119.
- Moy, F., (1995), 'Facility 'wellness': Health Facilities Management', *Facilities Journal*, vol 13, no 9/10, pp 45-48, MCB University Press.
- Mutlu, A., (1973), 'Sağlık Binaları ve Hastaneler', Devlet Güzel Sanatlar Akademisi Yayınları, İstanbul.
- Newman, K., (1997), 'Towards a New Health Care Paradigm: Patient Focused Care', *Journal of Management in Medicine*, vol 11, no 6, pp 357-371, MCB University Press.
- Newman, K., (1997), 'Towards a New Healthcare Paradigm: Patient –focused care. The Case of Kingston Hospital Trust', *Journal of Management in Medicine*, vol. 11, no.6, 357-371, MCB University Press.
- NHS Estates (1995), 'Health Building Note 36, Local Healthcare Facilities', London: Purves, G., 2002, *Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design*, Architectural Press-Elsevier Science, Oxford'dan alınmıştır.
- NHS Estates, (1999), 'Improving the Quality of Design of Healthcare Buildings', Report, 15 December 1999: Purves, G., 2002, *Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design*, Architectural Press-Elsevier Science, Oxford'dan alınmıştır.
- NHS Estates, (2006), 'Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit', United Kingdom (http://design.dh.gov.uk/content/connections/aedet_evolution.asp)
- NHS Estates, (2000), 'Procure 21, Building Better Health', Leeds: NHS Estates: Purves, G., 2002, *Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design*, Architectural Press-Elsevier Science, Oxford'dan alınmıştır.
- Nicholson, J., (1995), 'Patient-focused Care and its Role in Hospital Process Re-engineering', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 8, no.7, 23-26, MCB University Press.
- Niezabitowski, A., (1987), 'Study of Residential Environment and Psychological Needs', *Design Studies*, vol.8, no2 109-117
- Nightingale, F., 'Notes on Nursing: What it is and what is not' (1859): Purves, G., (2002), 'Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design', Architectural Press-Elsevier Science, Oxford'dan alınmıştır.
- Noble, A., (2004), 'Smooth Operators- The Cutting Edge of Clinical Practice&Technology', *Architects for Health Visit to Maquet*, Gezi Raporu, 29-31 June 2004, Germany.
- Novaes, M. A., Aronovich, A., Ferraz, M. B., & Knobel, E., (1997), 'Stressors in ICU: Patients' evaluation', *Intensive Care Medicine*, 23(12), 1282-1285.
- Parthasarathy, S., & Tobin, M. J., (2004), 'Sleep in the intensive care unit', *Intensive Care Medicine*, 30(2), 197-206.

Peponis, J., Zimring C., Scanlon M.M., (1996) “New Design Technologies: Using Computer Technology To Improve Design Quality”, Journal of Healthcare Design, Vol VIII pp. 109-119, USA.

Picker Institute Europe (2005), ‘A Guide to the NHS patient survey programme’, <http://pickereurope.org/Filestore/Quality/PatientSurveyGuide.pdf>

Picker Institute Europe (2005), ‘NHS General Practice Questionnaire’, http://pickereurope.org/Filestore/Downloads/Picker_Institute_General_Practice_Patient_Experience_Survey_v8.pdf

Picker Institute Europe (2005), ‘Oxford Survey, Frequency Tables’, <http://picker-results.org/ss/sssectiondetail.aspx#5>

Preiser, W. F. E., (1997), ‘The Hospital Activation: Towards a Process Model’, Facilities, vol 15, number 12, page 306-315, MCB University Press.

Purves, G., (2002), ‘Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design’, Architectural Press-Elsevier Science, Oxford.

Purves, G., (2004), ‘Uluslararası Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Danışmanı George Purves’e Sağlık Bakanlığı Ve Dünya Bankası Tarafından Hazırlatılan 12 Nisan 2004 Tarihli Türkiye Cumhuriyeti Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kurumsal Değerlendirme Hastane Akreditasyon Sistemi SPGK’ya Sunulan Sonuç Raporu Metninin ön Bilgi Ve Hedefler Bölümünden Bir Özet’, Hastane-Hospital News Dergisi, Mart-Nisan 2005, Sayı 33.

Pütsep, E., (çev. Ayfer Doğan), (1969), ‘Cerrahi Merkezlerin Planlanması’, Mimarlar Odası Yayınları, İstanbul.

Rahman, S., (1985), “Health Facility Planning and Design: Priorities of the Profession and Urgencies of Local Needs”, In Regionalism and Architecture. Robert Powell, ed. Singapore: Concept Media/ The Aga Khan Award for Architecture.

Reilly (1995): Purves, G., (2002), ‘Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design’, Architectural Press-Elsevier Science, Oxford’dan alınmıştır.

Rosenfield, I., (1969), ‘Hospital Architecture and Beyond’, Van Nostrand Reinhold Company, New York.

Rosenfield, I., (1947), ‘Hospitals Integrated Design’, Van Nostrand Reinhold Company, New York .

Saltman R. B., Buse R., Mossialos E. (ed.), (2002), ‘Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems’, Open University Press, Buckingham.

Samson J. M., (1988) “Post-Occupancy Evaluation As A Function Of The Design Construction Process: A Study Of Office Spaces As Perceived By The Designer, Client, And User”, M.S., Kent State University Graduate College, USA.

Sanoff H., (1977), ‘Methods of Architectural Programming’, Dowden, Hutchinson & Ross Inc., Community Development Series, Volume 29, USA.

Sanoff H., (2005), ‘Community Participation in Riverfront Development’, CoDesign, Vol.1, No 1, page 61-78, Taylor&Francis Group.

Sarpkaya, A., (1997), ‘İstanbul’daki Darüşşifa Yapılarının Mimari Açidan Değerlendirilmesi ve Koruma Sorunları Üzerine Bir Araştırma – Süleymaniye Darüşşifası (1557)’, Yıldız

Teknik Üniversitesi, FBE Mimarlık Anabilim Dalı Rölöve- Restorasyon Programında hazırlanan YL tezi, İstanbul.

SCCM (Society of Critical Care Medicine), (1995), 'Guidelines for Intensive Care Unit Design', Critical Care Medicine Journal, March, vol.23, no.3, 582-588, Illinois.

Schadewaldt, H., (1993) 'Professor Dr. Reider Pahsa and the merits of His Founding of The Medico-Military Academy Gülhane and the Western Approaches to Turkish Medicine', Türk Tıbbının Batılılaşması, Arkeoloji ve Sanat Yayınları, İstanbul.

Scher, (1996): Purves, G., (2002), 'Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design', Architectural Press-Elsevier Science, Oxford'dan alınmıştır.

Schneider, S. M., Ellis, M., Coombs, W. T., Shonkwiler, E. L., & Folsom, L. C., (2003), 'Virtual reality intervention for older women with breast cancer', Cyberpsychology & Behavior, 6(3), 301-307.

Schneider, S. M., Prince-Paul, M., Allen, M. J., Silverman, P., & Talaba, D., (2004), 'Virtual reality as a distraction intervention for women receiving chemotherapy', Oncology Nursing Forum, 31(1), 81-88, Oncology Nursing Foundation, USA.

Shepley-McCuskey, M., 1996, "Health Facilities Lifeline: Integrating Research Into The Design, Proceedings of the 1996 International Conference on Health Facility Planning Design and Construction, American Hospital Association/ American Society for Hospital Engineering, Chicago.

Steel, (1999): Purves, G., 2002, Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design, Architectural Press-Elsevier Science, Oxford'dan alınmıştır.

Stroppel-Johnson, D.R., (1998) "Healthcare Facilities Programming: An Analysis with Focus on Communication Methods", M.S., University of Cincinnati ,Department of Architecture of the College of Design, Architecture, Art and Planning, Cincinnati.

Sürmen, Ş., (2004), 'Hasta Odaları, Koridorlar', Mimar.ist, Aralık 2004, Yıl 4, Sayı 14, sy 109-110, TMMOB Mimarlar Odası İstanbul Büyükkent Şubesi Yayınları, İstanbul.

Sürmen, Ş., (1991), 'Hastaneler, Rehabilitasyon Merkezleri', Sağlık İstasyonları, Yıldız Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Kitaplığı, İstanbul.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2003), 'Sağlıkta Dönüşüm Programı Raporu', Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2004), '80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923 - 2003) Kitabı', Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Thompson D. John ve Grace Goldin, (1975), 'The Hospital: A Social and Architectural History', Yale University Press.

Timmons, K., (2004), 'Introduction to JCI Accreditation', Sağlık Sektöründe Akreditasyon Konferansı, İstanbul.

Todd, S., Steele A., Douglas C., Douglas, M., (2002), 'Investigation and Assesment of Attitudes to and Perceptions of the Built Environments in NHS Trust Hospitals', Structural Survey Journal, vol.20, no.5, 182-188, MCB University Press.

Tokay, S., (1986), 'Türkiye'de Hasta Refakatçisi Sorununun Bakım Ünitesi Tasarımına Etkileri', YTÜ FBE Doktora Tezi, İstanbul.

- Topf, M., & Dillon, E., (1988), 'Noise-induced stress as a predictor of burnout in critical care nurses', *Heart & Lung*, 17(5), 567-574, Elsevier BV, USA.
- Topf, M., & Thompson, S., (2001), 'Interactive relationships between hospital patients' noise-induced stress and other stress with sleep', *Heart & Lung*, 30(4), 237-243.
- Topf, M., Bookman, M., & Arand, D., (1996), 'Effects of critical care unit noise on the subjective quality of sleep' *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 545-551.
- Tse, M. M. Y., Ng, J. K. F., Chung, J. W. Y., & Wong, T. K. S., (2002), 'The effect of visual stimuli on pain threshold and tolerance', *Journal of Clinical Nursing*, 11(4), 462-469.
- Tse, M. M. Y., Ng, J. K. F., Chung, J. W. Y., & Wong, T. K. S., (2002), 'The effect of visual stimulation via the eyeglass display and the perception of pain', *CyberPsychology & Behavior*, 5(1), 65-75.
- Ulrich, R., (2000), Stockholm'deki İkinci Uluslararası Sağlık Konferansı'nda sunulan bildiri: Purves, G., 2002, *Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design*, Architectural Press-Elsevier Science, Oxford'dan alınmıştır.
- Ulrich, R., (1991): Purves, G., 2002, *Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design*, Architectural Press-Elsevier Science, Oxford'dan alınmıştır.
- Ulrich, R. S., (1984): Purves, G., 2002, *Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design*, Architectural Press-Elsevier Science, Oxford'dan alınmıştır.
- Ulrich, R. S., (1986), 'Effects of Hospital Environments on Patient Well-Being', Research Report from Department of Psychiatry and Behavioural Medicine, Vol 9, No 55, Trondheim, Norveç: Department of Psychiatry and Behavioural Medicine, University of Trondheim-Marcus C. C. ve Barnes M. (ed), 1999, *Healing Gardens*, John Wiley and Sons Inc., New York'dan alınmıştır.
- Ulrich, R. S. (1984), 'View through a window may influence recovery from surgery', *Science*, 224(4647), 420-421, John Wiley and Sons Inc., USA.
- Ulrich, R. S., (1999), 'Effects of gardens on health outcomes: Theory and research', In C. Cooper Marcus & M. Barnes (Eds.), *Healing Gardens*, John Wiley and Sons Inc., New York'den alınmıştır.
- Ulrich, R. S., & Gilpin, L., (2003), 'Healing arts: Nutrition for the soul', In S. B. Frampton, L. Gilpin & P. Charmel (Eds.), *Putting patients first: Designing and practicing patient-centered care* (pp. 117-146): Jossey-Bass Publ., San Francisco.
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M., (1991), 'Stress recovery during exposure to natural and urban environments', *Journal of Environmental Psychology*, 11(2): 201-230, Elsevier BV, USA.
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., & Miles, M. A., (2003), 'Effects of environmental simulations and television on blood donor stress', *Journal of Architectural & Planning Research*, 20(1), 38-47, Locke Science Publishing Co. Inc., USA.
- U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, (1953), 'Design and Construction of General Hospitals', F. W. Dodge Corp. New York.
- Veith ve Arkklein, (1995): Purves, G., 2002, 'Healthy Living Centres: A Guide to Primary Health Care Design', Architectural Press-Elsevier Science, Oxford'dan alınmıştır.

- Verderber, S., Fine D. J., (2000) 'Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation', Yale University Press, New Haven.
- Verderber, S., (1986), 'Dimensions of person-window transactions in the hospital environment', *Environment & Behavior*, 18(4), 450-466, Sage Publications, USA .
- Verderber, S., Reuman, D., (1987), 'Windows, views, and health status in hospital therapeutic environments', *Journal of Architectural & Planning Research*, 4(2), 120-133.
- Voordt, T. JM., Wegen, H. BR., (2005), 'Architecture in Use', Architectural Press-Elsevier Science, Oxford.
- Whall, A. L., Black, M. E., Groh, C. J., Yankou, D. J., Kupferschmid, B. J., & Foster, N. L., (1997), 'The effect of natural environments upon agitation and aggression in late stage dementia patients', *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, September-October: 216-220, Sage Publications, USA.
- Whitehouse, S., Varni, J. W., Seid, M., Cooper-Marcus, C., Ensberg, M. J., Jacobs, J. R., et al. (2001), 'Evaluating a children's hospital garden environment: Utilization and consumer satisfaction', *Journal of Environmental Psychology*, 21(3), 301-314.
- WHO (World Health Organization) Regional Office for Europe, Kopenhag, (2003), 'Measuring Hospital Performance to Improve The Quality of Care in Europe: A Need for Clarifying the Concepts and Defining the Main Dimensions', Report on a WHO Workshop, 10-11 Ocak 2003, Barselona, İspanya.
- Wilson, L. M., (1972), 'Intensive care delirium: The effect of outside deprivation in a windowless unit', *Archives of Internal Medicine*, 130(2), 225-226, American Medical Association, USA .
- Wright, J., (2001), 'Technology Requirements for Robotic Surgery', *Industrial Robot: An International Journal*, vol 28, number 5, page 392-397, MCB University Press.

İNTERNET KAYNAKLARI

- [1]www.aha.org, (2003), AHA:Advancing Health in America
- [2]http://www.ahrq.gov, (2006)
- [3]http://www.ashe.org, (2003)
- [4]http://www.ato.org.tr, (2005)
- [5]www.architectsforhealth.com, (2003, 2004, 2005)
- [6]www.bmjournals.com(2006)
- [7]https://www.cahps.ahrq.gov/default.asp, (2006)
- [8]http://www.cix.co.uk/~maap/Hospital.html, (2003)
- [9]www.copergraham.supanet.com/2Nat.html, (2003)
- [10]http://design.dh.gov.uk/content/connections/aedet_evolution.asp (2006)
- [11]www.emeraldinsight.com, (2004)

- [12]<http://www.ctf.istanbul.edu.tr/>(2006)
- [13]<http://www.genetikbilimi.com>, (2004)
- [14]<http://www.gevher.edu.tr/dergi/gevhernesibesultan.htm>, (2005)
- [15]www.grahamcooper.com, (2003)
- [16]www.gyte.edu.tr, (2005)
- [17]http://www.hasa.co.za/generic_article.asp?id=54, (2004)
- [18]<http://www.iskur.gov.tr/mydocu/meslek/meslek523.html> (2006)
- [19]www.hcahpsonline.org, 2006
- [20]www.hhs.gov, (2005) (United states department of health and human services)
- [21]www.healthcarecommission.org.uk (2006)
- [22]<http://www.healthdesign.org>, (2002): The Center For Health Design
- [23]<http://www.healthdesign.org/rehabnurse.html>: “Rehabilitation Nurse: Positive Distractions Help”, Tetty Craig, Director of Patient Education, Craig Hospital Englewood, CO(2004)
- [24]<http://www.healthdesign.org/patient1.html>: “Cancer Patient: The Medicine Tree” Dee Packard, Bedscapes Community Forum Newsletter, Ocak-Şubat 2000 sayısından alıntı.
- [25]<http://www.healthdesign.org/parent1.html>: “Parent of Sick Child: Architecture Raises Spirits” Jed Park, Lucile Salter Packard Childrens Hospital at Stanfordin Palo Alto, California’daki yöneticilere yazılan bir mektuptan alıntı. (2004)
- [26]<http://www.healthdesign.org/patient2.html>: “Breast Cancer Patient: More Soothing Her Own Home”, Scripps Memorial Hospital Breast Cancer Center, La Jolla, California’nın yöneticisine yazılan bir mektup. (2004)
- [27]<http://www.healthdesign.org/facmanager.html>: “Hospital Facility Manager: Patients Notice Changes”, Charles Gianfagna, Vice President, Facilities Management, Lenox Hill Hastanesi, NY., 9. Healthcare Design Sempozyumu bildiri, Journal of Healthcare Design, Volume IX’dan alıntı. (2004)
- [28]<http://www.healthdesign.org/healtharch.html>: “Healthcare Architect: Good Design Can Produce Substantial Savings”, Derek Parker, FAIA, RIBA, Senior Partner, Anshen+Allen architects, San Fransisco, CA, Modern Healthcare, December9,1991, “A Better Building’s Benefits”den alıntı. (2004)
- [29]<http://www.healthdesign.org/hospceo.html>: “Hospital CEO: Design is an Essential Strategic Element ”, Blair Sadler, President ve CEO, Childrens Hospital and Health Center San Diago,CA., 10. Healthcare Design Sempozyumu bildiri, Journal of Healthcare Design, Volume X’dan alıntı.
- [30]<http://www.healthdesign.org> (2005)
- [31]<http://www.healthcare-design.com>, (2003)
- [32]<http://www.healthcare-design.com>(2005)
- [33]http://www.interhospital-antalya.com/hipokrat_yemini.htm (2004)

- [34]www.informedesign.umn.edu, (2004)
- [35]http://www.isqua.org, (2006)
- [36]http://www.isqua.org.au/isquaPages/Accreditation.html, (2006)
- [37]www.jcaho.org, (2003-2004-2005)
- [38]www.lsbu.ac.uk/~maru/ , (2003, 2004)
- [39]www.medicare.gov, (2005)
- [40]www.medical-office-design.com, (2003)
- [41]http://members.tripod.com/~scorpionke/healthcaredesign.html, (2003): “Health Care Planning and Design: A Patient Centered Approach”
- [42]http://members.tripod.com/~scorpionke/healthcare.html, (2003) : “Design Considerations for Health Care Facilities: Patient Centered Design Features”
- [43]http://www.mmu.ac.uk/artsforhealth/projects/chelsea&westminster/index.htm , (2006)
- [44]www.nhssurveys.org (2006)
- [45]www.nursingcenter.com (2006)
- [46]www.onedreamdesign.com(2006)
- [47]http://www.pickereurope.org (2006)
- [48]www.saglik.gov.tr,(2002,2003,2004,2005)
- [49]http://www.saglik.gov.tr/performans/doc/performans_yazi.doc (2005a), ‘Hastane performansı nasıl ölçülür ve izlenir ? Daha kaliteli sağlık hizmetlerine doğru kurumsal performans ölçümü’
- [50]http://www.thesah.org (2003)
- [51]www.tse.org.tr(2006)
- [52]www.turkak.org.tr (2004)
- [53]http://www.turkcancer.org/pdf/KanserliHastaHaklarK%20lavuzENINE.pdf (2006)
- [54]http://www.foiltec.de/projects/chelsea/, (2006)
- [55]http://www.vector-foiltec.com/largeimg/C&W.htm, (2006)
- [56]www.wayfinding.com (2003)
- [57]http://195.92.246.148/nhsestates/chad/chad_content/publications_guidance/introduction.asp (AEDET -NHS- (2006)
- [58]http://195.92.246.148/nhsestates/chad/chad_content/home/home.asp

EKLER

Ek 1 JCI Accreditation Standards For Hospitals, Standartlar Örnek Sayfaları

Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 2nd Edition

Standards

The following is a list of all standards for this function. They are presented here for your convenience without their intent statements or measurable elements. The standards printed in bold typeface are core standards that all organizations must meet to be accredited. For more information about the standards, please see the next section in this chapter, Standards, Intents, and Measurable Elements.

PFR.1 The organization is responsible for providing processes that support patients' and families' rights during care.

PFR.1.1 The organization informs patients and families about its care and services and how to access those services.

PFR.1.2 Care is considerate and respectful of the patient's personal values and beliefs.

PFR.1.2.1 The organization has a process to respond to patient and family requests for pastoral services or similar requests related to the patient's spiritual and religious beliefs.

PFR.1.3 Care is respectful of the patient's need for privacy.

PFR.1.4 The organization takes measures to protect patients' possessions from theft or loss.

PFR.1.5 Patients are protected from physical assault.

PFR.1.6 Vulnerable children, disabled individuals, and the elderly receive appropriate protection.

PFR.1.7 Patient information is confidential and protected from loss or misuse.

PFR.2 The organization supports patients' and families' rights to participate in the care process.

PFR.2.1 The organization informs patients and families how they will be told of medical conditions and treatments and how they can participate in care decisions, to the extent they wish to participate.

PFR.2.2 The organization informs patients and families about their rights and responsibilities related to refusing or discontinuing treatment.

PFR.2.3 The organization respects patient wishes and preferences to withhold resuscitative services and forgo or withdraw life-sustaining treatments.

PFR.2.4 The organization supports the patient's right to appropriate assessment and management of pain.

PFR.2.5 The organization supports the patient's right to respectful and compassionate care at the end of life.

PFR.3 The organization informs patients and families about how to choose to donate organs and other tissues.

Measurable Elements of PFR.1.7

- ❑ 1. The organization respects patient health information as confidential.
- ❑ 2. Policies and procedures to prevent the loss of patient information are implemented.
- ❑ 3. Policies and procedures to prevent the misuse of patient information are implemented.

Standard

PFR.2 The organization supports patients' and families' rights to participate in the care process.

Intent of PFR.2

Patients and families participate in the care process by making decisions about care, asking questions about care, and even refusing care. The organization supports and promotes patient and family involvement in all aspects of care by developing and implementing related policies and procedures. Management, clinical staff, and others participate in developing such policies and procedures. All staff members are trained on the policies and procedures and on their role in supporting patients' and families' rights to participate in the care process.

Measurable Elements of PFR.2

- ❑ 1. Policies and procedures are developed to support and promote patient and family participation in care processes.
- ❑ 2. Developing policies and procedures is a collaborative effort and includes management and clinical staff.
- ❑ 3. Staff members are trained on the policies and procedures and their role in supporting participation in care processes.

Standard

PFR.2.1 The organization informs patients and families how they will be told of medical conditions and treatments and how they can participate in care decisions, to the extent they wish to participate.

Intent of PFR.2.1

For patients and families to participate in care decisions, they need basic information about the medical conditions found during assessment and on the proposed care and treatment. Patients and families understand when they will be told this information and who is responsible for telling them. Patients and families understand the type of decisions that must be made about care and how to participate in those decisions. In addition, patients and families need to understand the organization's process to obtain consent and which care processes, tests, procedures and treatments require their consent.

While some patients may not wish to personally participate in the decisions regarding their care, they are given the opportunity and can choose to participate through a family member, friend, or a surrogate decision maker.

Measurable Elements of PFR.2.1

- ❑ 1. Patients and families understand how and when they will be told of medical conditions.
- ❑ 2. Patients and families understand how and when they will be told of planned treatments.
- ❑ 3. Patients and families understand the process used to obtain consent.
- ❑ 4. Patients and families participate in care decisions to the extent they wish.

Standard

PFR.2.2 The organization informs patients and families about their rights and responsibilities related to refusing or discontinuing treatment.

Ek 2 Çalışma Kapsamına Alınan JCI Akreditasyon Standartları ve Açıklamaları

Bakıma Ulaşım Ve Bakımın Sürekliliği (ACC)

ACC.1.

Hastalar, sağlık kuruluşunun misyonu ve kaynakları ve belirlenmiş sağlık bakımı ihtiyaçları temel alınarak, hizmetlere ulaşımına sahiptir.

ACC.1.3.

Organizasyon, hizmetlere ulaşımında ve hizmet alımında, fiziksel, dil, kültürel ve diğer farklılıkları azaltmaya çalışır.

ACC.1.3.'ün amacı:

Organizasyonlar sıklıkla farklı popülasyonları içeren topluluklara hizmet ederler. Hastalar, yaşlı, engelli, değişik dil veya diyalektleri konuşan, kültürel olarak çeşitlilik gösteren, veya organizasyona giriş ve bakım almayı çok zorlaştıracak başka engellere sahip olabilirler. Organizasyon bu engellere aşınadır ve giriş sürecinde bu engelleri yok etmek veya azaltmak için bazı süreçler uygulamaya koymuştur. Organizasyon ayrıca, bu engellerin, hizmet alımında da etkilerini azaltmaya çalışır.

ACC'nin Ölçülebilir Elemanları:

1. Organizasyon, hasta topluluğundaki engelleri belirlemiştir.
2. Giriş sürecinde engellerin üstesinden gelmek veya sınırlamak için bir süreç mevcuttur.
3. Hizmetlerin alımında engellerin etkilerini sınırlamak için bir süreç mevcuttur.
4. Bu süreçler uygulanmaktadır. (JCAHO, 2003)

Devamlılık

ACC.2.

Organizasyon, organizasyon içindeki hasta bakım servislerinin ve sağlık profesyonellerinin arasındaki koordinasyonun devamlılığını sağlamak için süreçler tasarlar ve uygular (JCAHO, 2003).

Hasta ve Aile Hakları (PFR)

PFR.1.

Kuruluş, bakım sırasında hastalar ve ailelerinin haklarını destekleyen süreçleri sağlamaktan sorumludur.

PFR.1.'İN ÖLÇÜLEBİLİR ELEMANLARI:

1. Kuruluşun liderleri hasta ve aile haklarını korumak ve geliştirmek için çalışır.
2. Kuruluşun liderleri hasta ve aile haklarını, kanun ve düzenlemelerde belirtildiği gibi anlar.

PFR.1.1.

Kuruluş, hastaları, bakım ve hizmetleri ve bu hizmetlere nasıl ulaşılabileceği konusunda bilgilendirir.

PFR.1.2.

Bakım, hastanın kişisel değer ve inançlarını dikkate alır ve bunlara saygılıdır.

PFR.1.2.1.

Kuruluş, hasta ve ailenin manevi hizmetler veya ruhani veya dini inançlarıyla ilgili taleplerini karşılamak için bir sürece sahiptir.

PFR 1.3.

Bakım, hastanın mahremiyet ihtiyacına saygılıdır.

PFR 1.4.

Kuruluş, hastaların mallarını kayıp veya çalınmaktan korumak için bir sistem kurar.

PFR 1.5.

Hastalar, fiziksel saldırıdan korunurlar.

PFR 1.7.

Hasta bilgileri gizlidir ve kaybolmaya veya kötü kullanıma karşı korunurlar.

PFR 2.

Kuruluş, hastaların ve ailelerinin bakım sürecine katılma haklarını destekler.

PFR 2.1.

Kuruluş, hastalar ve ailelerini, tıbbi durum ve tedavilerden nasıl haberdar edilecekleri, katılmak istedikleri sınıra kadar, bakım kararlarına nasıl katılabilecekleri konusunda bilgilendirir.

PFR 2.2.

Kuruluş, hasta ve yakınlarını, tedaviyi kabul etmeme veya tedaviye devam etmeme ile ilgili sorumlulukları ve hakları konusunda bilgilendirir.

PFR 2.5.

Kuruluş, hastanın hayatının sonundaki bakımda merhametli ve saygılı olunması hakkını destekler.

PFR 9.1.1.

Bilgi, bakım kararlarını verenler tarafından anlaşılan dil ve biçimde sağlanır.

Hastaların Değerlendirilmesi (AOP)**AOP.2.**

Her bir hastanın ilk değerlendirilmesi, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik faktörleri, fiziksel bir incelemeyi ve sağlığıyla ilgili geçmiş bilgilerini içerir.

Laboratuvar Hizmetleri:**AOP.5.**

Laboratuvar hizmetleri, hasta ihtiyaçlarını karşılamaya uygundur ve bu tür bütün hizmetler, uygulamada olan lokal ve ulusal standart, kanun ve düzenlemelere cevap verir.

AOP.5.2.

Bir laboratuvar güvenlik programı dökümanite ve takip edilmektedir.

AOP.5.7.

Örneklerin toplanması, tanımlanması, kontrolü, güvenli biçimde taşınması ve atılması için

prosedürler takip edilmektedir.

Radyoloji Hizmetleri:

AOP.6.

Radyoloji hizmetleri hasta ihtiyaçlarını karşılamaya uygundur ve bu tür bütün hizmetler, uygulamada olan yerel ve ulusal standart, kanun ve düzenlemelere cevap verir.

AOP.6.2.

Bir radyasyon güvenliği programı dökümanite ve takip edilmektedir.

Hastaların Bakımı (COP)

Bütün hastalar için bakım servisi

COP.1.

Bütün hastaların bir örnek bakımına politikalar, prosedürler ve mevcut uygulanabilir yasalar yol gösterir.

COP.2.

Her bir hastaya sağlanan bakımı entegre etmek ve düzenlemek için bir süreç vardır.

Cerrahi bakım

COP.10.

Her bir hastanın cerrahi bakımı, değerlendirme sonuçlarına göre planlanır ve dökümanite edilir.

COP.10.3.

Her bir hastanın fizyolojik durumu ameliyat sırasında ve hemen sonrasında sürekli olarak izlenir ve hastanın kayıtlarına işlenir.

İlaç kullanımı

COP.11.2.4.

Acil durum ilaçları hastanede mevcuttur, kontrol edilir ve eczane dışında depolandığında güvenilir durumdadır.

COP.11.3.3.

Damardan ve ağızdan verilen beslenme tedavisinin hazırlanması, taşınması, depolanması ve dağıtılmasını politika ve prosedürler yönetir.

COP.11.3.4.

Radyoaktif, deneysel ve diğer ilaçların depolanması, dağıtılması, taşınması ve hazırlanmasını politika ve prosedürler yönetir.

COP.11.4.

İlaçlar, güvenli ve temiz bir çevrede depolanır, hazırlanır ve dağıtılır.

Yemek ve Beslenme Tedavisi

COP.12.3.

Yemek hazırlanması, taşınması, depolanması ve dağıtımı güvenlidir ve kanunlar, düzenlemeler, ve mevcut uygulamalarla uyumludur.

Ağrı Yönetimi ve Yaşamın-Sonu Bakımı

COP.14.

Kuruluş, yaşamın-sonu bakımına hitap eder.

COP15.1.

Sağlanan bakım ve hizmetlere uygun olacak biçimde, değerlendirmeler, ölmekte olan hastanın ve ailesinin psikososyal durumu ve ruhani ihtiyaçlarını da içerir.

COP.16.

Ölmekte olan hastanın bakımı, rahatı ve saygınlığını optimize eder.

Kalite Geliştirilmesi Ve Hasta Güvenliği (QPS)

Kalite ve Güvenlik Liderliği

QPS.1.

Kuruluşu yönetmek ve liderlik etmekle sorumlu olanlar, bir kalite geliştirme ve hasta güvenliği programının planlanması ve takibine katılırlar.

QPS.1.1.

Kuruluşun klinik ve yönetim liderleri, kalite geliştirme ve güvenlik programının planlanması ve yürütülmesinde işbirliği yapar.

QPS.1.1.1.

Kuruluş genelinde kalite geliştirme ve hasta güvenliği programı için yazılı bir plan vardır.

QPS.1.3.

Liderler, kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına teknolojik ve diğer destekleri sağlar

Kalite İzlenmesi İçin Bilgi Toplama

QPS.3.1.

Klinik izleme hasta değerlendirmesini içerir.

QPS.3.2.

Klinik izleme laboratuvar ve radyoloji güvenlik ve kontrol programlarını içerir.

QPS.3.3.

Klinik izleme cerrahi prosedürleri içerir.

QPS.3.4.

Klinik izleme, antibiyotik ve diğer ilaç kullanımlarını ve ilaçlarla ilgili hataları içerir.

QPS.3.5.

Klinik izleme, anestezi kullanımını içerir.

QPS.3.6.

Klinik izleme, kan ve kan ürünlerinin kullanımını içerir.

QPS.3.7.

Klinik izleme, hasta kayıtlarının mevcudiyet, içerik ve kullanımını içerir.

QPS.3.8.

Klinik izleme, enfeksiyon kontrolü, gözetimi ve rapor edilmesini içerir.

QPS.3.9.

Klinik izleme, klinik araştırmayı içerir.

QPS.3.10.

İdari izleme, hasta ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli ilaç ve rutin olarak ihtiyaç duyulan gereçlerin sağlanmasını içerir.

QPS.3.11.

İdari izleme, faaliyetlerin kanun ve düzenlemelerin gerektirdiği gibi rapor edilmesini içerir.

QPS.3.12

İdari izleme, risk yönetimini içerir.

QPS.3.14.

İdari izleme, hasta ve aile beklentileri ve memnuniyetini içerir.

QPS.3.15.

İdari izleme, personel beklentileri ve memnuniyetini içerir.

QPS.3.16.

İdari izleme, hasta demografikleri ve teşhislerini içerir.

QPS.3.17.

İdari izleme, finansal yönetimi içerir.

QPS.3.18.

İdari izleme, hastalar, aileleri ve personelin güvenliğini tehlikeye atan olayların gözetimi, kontrolü ve önlemesini içerir.

QPS.3.'DEN QPS.3.20.'YE KADAR OLAN STANDARTLARIN AMACI

İzlemenin temel bir amacı, ilaç hataları veya yanlış cerrahi girişimler gibi tıbbi hataları önlemektir. Ayrıca izleme, düşmeler veya radyoaktif materyallere korunmasızlık gibi risklerin azaltılmasına yardımcı olur. Bilgi izlemesi, hastalar, personel ve ziyaretçiler için güvenli bir ortam tasarlanması, yaratılması ve sürdürülmesi için ciddi biçimde gereklidir.

Gelişme

QPS.5.

Kalite ve güvenlikteki gelişme başarılmış ve sürdürülmektedir.

QPS.5.1.

Geliştirme ve güvenlik faaliyetleri, kuruluşun liderleri tarafından belirlenen öncelikli alanlar için üstlenilmiştir.

QPS.5.2.

Görev dağılımları yapılmış ve destek sağlanmıştır.

QPS.5.3.

Personel eğitilmiştir, uygun politika değişiklikleri yapılmıştır ve gerekli kaynaklar tahsis edilmiştir.

Enfeksiyon Korunumu ve Kontrolü (PCI)

PCI.1.

Kuruluş, hastalarda ve hasta bakımı çalışanlarında hastane enfeksiyonu risklerini azaltmak için işbirliği içinde olunan bir program tasarlar ve uygulamaya koyar.

PCI.3.

Kuruluş, enfeksiyon riskiyle ilgili prosedür ve süreçleri belirler ve enfeksiyon riskini azaltmak için stratejiler uygulamaya koyar.

PCI.4.

Eldivenler, maskeler, sabun ve dezenfektanlar mevcuttur ve ihtiyaç olduğunda doğru şekilde kullanılır.

Yönetim, Liderlik ve Kontrol (GLD)

Kuruluşun Yönetimi

GLD.3.1: Kuruluş liderleri, toplumun sağlık bakımı ihtiyaçlarını karşılamak için, toplum liderleri ve diğer kuruluşların liderleriyle plan yapar.

GLD.3.1.1: Kuruluş liderleri, olası toplum acil durumları, salgınlar, doğal ve diğer afetlere cevap verecek bir plan geliştirirler.

GLD.3.1 ve GLD.3.1.1'in Amacı:

Bir organizasyonun misyonu, yaygın olarak bulunduğu toplumun ihtiyaçlarını yansıtır. Benzer olarak, özel bakım kuruluşları, misyonlarını daha geniş coğrafi veya politik alanlardan alırlar.

Hastaların ve toplumların ihtiyaçları genelde zaman içinde değişirler. Doğal afetler ve enfeksiyonlara bağlı hastalıkların birden yaygınlaşması gibi ani değişiklikler, hızlı değişim getirir. Bir kuruluş, bir acil durum, felaket veya toplumdaki bir salgına (örneğin baskınlar, depremler, bir fabrika patlamasındaki işçi yaralanmaları, grip salgınları) çabuk ve etkin bir biçimde cevap verebilmek için plan yapmalıdır. Kuruluş, toplum çapındaki acil durum hazırlık çabalarına katılır. Kuruluş bu tür durumlara cevap verme durumunu en az yılda bir kere test eder.

GLD.3.1.1'in Ölçülebilir Elemanları:

1. Kuruluş, olası toplumsal acil durumlara, salgınlara ve doğal diğer felaketlere verdiği cevabı planlar;
2. Kuruluş, toplum çapında felaket planlamasına katılır;
3. Kuruluş, planını yılda bir kere test eder;
4. Kuruluş, planını yürütmek için gereçlere sahiptir.

Bina Yönetimi ve Güvenlik (FMS)

Planlama ve Yönetim

FMS.1: Kuruluş, ilgili kanun, düzenleme ve kurum teftiş koşullarıyla uyum içindedir.

FMS.1.1: Kuruluş, anahtar sistemleri, binaları veya bileşenleri geliştirmek veya değiştirmek için planlama ve bütçe yapar.

FMS.1 ve FMS.1.1'in Amacı:

Herhangi bir fiziksel kurumda, göz önünde tutulan ilk etmenler, kurumla ilgili kanunlar, düzenlemeler ve diğer koşullardır. Bu tür koşullar, kurumun yaşı, yerleşimi ve diğer faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Örneğin, birçok bina inşa kuralı ve yağmurlama sistemi, yangın güvenlik kuralları, sadece yeni inşaatlar için geçerlidir.

Kuruluşun, liderleri aşağıdakiler için sorumludur:

- Kuruluşun kurumları için, hangi ulusal ve yerel kanunlar, düzenlemeler ve diğer koşulların geçerli olduğunu bilmek;
- Uygulanabilir koşulları ve onaylanmış alternatif koşulları yerine getirmek;
- Uygulanabilir koşulları yerine getirmek için veya bilginin denetlenmesiyle belirlendiği yönde gerekli geliştirme ve değiştirme yapmak için planlama ve bütçe yapmak ve daha sonra planları yerine getirmek için gelişme göstermek.

Kuruluşun, koşulları yerine getiremediği belirlenirse, liderler, önceden tanımlanmış zaman dilimi içinde planlama yapmak ve koşulları yerine getirmek için sorumluluğu üstüne alır.

FMS.1'in Ölçülebilir Elemanları:

1. Kuruluşun liderleri, kuruluşun tesislerine hangi kanun, düzenleme veya diğer koşulların uygulanacağını bilir.
2. Liderler uygulanabilir koşulları veya onaylanmış alternatifleri yerine getirir.
3. Liderler, kurum teftişlerinin raporlarındaki şartların yerine getirilmesini garantiye alır.

FMS.1.1'in Ölçülebilir Elemanları:

1. Kuruluş, uygulanabilir kanun, düzenleme ve diğer koşulları yerine getirmek için planlama ve bütçe yapar.
2. Kuruluş, güvenli ve etkili bir kurumun sürekli işlemesi için ihtiyaç duyulan sistemler, binalar veya bileşenlerinin geliştirilmesi için planlama ve bütçe yapar.

FMS.2: Kuruluş, fiziksel ortamı yönetmek için bir program planlar ve yerine getirir.

FMS.2.1: Kuruluş, sağlık binalarını yangın güvenliği için teftiş eder ve hastalar, aileler, personel ve ziyaretçiler için güvenli bir fiziksel ortam sağlamak ve açık tehditleri azaltmak için bir planı vardır.

FMS.2 ve FMS.2.1'in Amacı:

Kuruluş liderleri, güvenilir ve etkin bir kurum sağlamak için mevcut kaynakları iyi kullanır. Önlem alma ve planlama, güvenli ve destekleyici bir hasta bakım kurumunu yaratmak için esas gerekliliklerdir. Etkili biçimde planlama yapabilmek için, kuruluş, tesiste bulunan bütün risklerin farkında olmalıdır. Amaç, kaza ve yaralanmaları engellemek, hastalar, aileler, personel ve ziyaretçiler için güvenli ve emniyetli koşulları sürdürmek ve tehlike ve riskleri kontrol etmek ve azaltmaktır.

Yaralanmaya sebep olabilecek sivri ve kırık mobilyadan, alevlerden kaçış olmayan yerlere kadar her şeyi not eder, bu, kurumu etraflı bir biçimde teftiş etmekle yapılabilir. Bu periyodik teftiş dokümanite edilir ve kuruluşun gelişmeleri planlaması ve yürütmesine ve uzun-vadede kurumun geliştirilmesi ve değiştirilmesi için bütçe yapılmasına yardımcı olur.

Daha sonra, kuruluşun fiziksel ortamında varolan risklerin anlaşılmasıyla, kuruluş, hastalar, aileler, personel ve ziyaretçiler için varolan risklerin azaltılması için bir plan geliştirilebilir. Bu plan güvenlik, emniyet ve tehlikeli materyalleri içerir.

FMS.2'nin Ölçülebilir Elemanları:

- Kuruluşun, fiziksel binayı, yönetmek için bir programı vardır;
- Program, hastalar, aileler, personel ve ziyaretçiler için güvenli koşullar sağlamak ve yaralanmaları engellemekte etkilidir;
- Program, güvenlik, emniyet ve tehlikeli materyalleri içerir;
- Liderler, güvenli, etkili ve etkin bir bina sağlamak için kaynakları iyi kullanır.

FMS.2.1'in Ölçülebilir Elemanları:

- Kuruluşun, fiziksel kurumlarına ait, dökümanite edilmiş, geçerli, tam teftişleri vardır;
- Kuruluşun, teftişler temel alınarak yapılmış görünen riskleri azaltmak için bir planı vardır;
- Kuruluş, planı yürütmek için gelişme gösterir.

FMS.3: Kuruluş, binadaki herkesin yangın, duman veya diğer acil durumlardan korunmasını garantiye almak için bir program planlar ve yürütür.

FMS.3.1: Plan, yangın ve acil durumlarda önleme, erken teşhis, yayılmasını önleme, ortadan

kaldırma ve binadan güvenli çıkışı içerir.

FMS.4: Kuruluş, olası toplumsal acil durumları, salgınları ve doğal diğer felaketlere cevap verebilmek için bir plan geliştirir.

FMS.5: Kuruluş'un tehlikeli materyallerin envanterlenmesi, taşınması, depolanması ve kullanılması ve tehlikeli maddelerin ve atıkların atılması ve kontrol edilmesi için bir planı vardır.

FMS.5'in Ölçülebilir Elemanları:

1. Kuruluş, tehlikeli madde ve atıkları belirler;
2. Tehlikeli madde ve atıklar bir plana göre kontrol edilir;
3. Plan, güvenli taşıma, depolama ve kullanımı içerir;
4. Plan, dökülme, korunmasızlık ve diğer olayların teftiş ve raporlanmasını içerir;
5. Plan, tehlikeli maddelerin uygun şekilde atılmasını içerir;
6. Plan, kullanım sırasında, dökülmeler veya korunmasızlık durumunda uygun koruyucu ekipman ve prosedürleri içerir;
7. Plan, herhangi izin, lisans veya diğer düzenleme koşullarının dökümante edilmesine ait koşulları belirler;
8. Plan, tehlikeli madde ve atıkların etiketlenmesini içerir;
9. Plan, uygulamaya konur ve takip edilir.

FMS.6: Güvenli ve etkili bir fiziksel kurum sağlamak için bir yada daha fazla kalifiye eleman programın planlanması ve uygulamaya konmasını idare eder.

FMS.6.1: Bir takip programı, ileriki risk azaltılması ve planlanmasını destekleyecek, kazalar ve yaralanmalar ve diğer olaylarla ilgili bilgi sağlar.

FMS.6.2: Program organizasyonu ve yönetimi tutarlı ve süreklidir.

FMS.6'nın Ölçülebilir Elemanları:

1. Program gözetimi ve yönetimi bir veya daha fazla bireye verilmiştir;
2. Birey(ler) deneyim veya eğitimle kalifiyedir;
3. Birey(ler) programı planlar ve uygulamaya kayar.

FMS.6.1'in Ölçülebilir Elemanları:

1. Kurum yönetimi ve güvenlik programının bütün yönlerini izleyecek bir program vardır;
2. Bilginin takibi programının geliştirilmesi için kullanılır.

FMS.6.2.’nin Ölçülebilir Elemanı: Program organizasyonu, zaman içinde tutarlı yönetim ve süreklilik sağlar.

Tıbbi Ekipman ve Tesisat Sistemleri

FMS.8: İçilebilir su ve elektrik gücü, karşılanması zorunlu olan hasta bakım ihtiyaçlarını karşılamak üzere, normal ve alternatif kaynaklar aracılığıyla, günde 24 saat haftada yedi gün mevcuttur.

FMS.8’in Ölçülebilir Elemanları:

1. İçme suyu günde 24 saat, haftada yedi gün mevcuttur;
2. Elektrik, günde 24 saat, haftada yedi gün mevcuttur.

FMS.8.1: Kuruluşun, su veya elektrik sistemi kesintisi, suyun kirlenmesi veya bozulması durumunda bina içindeki insanları korumak için acil durum süreçleri vardır.

FMS.8.1’in Ölçülebilir Elemanları:

1. Kuruluş, güç kaybı olduğunda, su kirlendiğinde veya kesildiğinde en büyük risk altında olan bölge ve servisleri belirlemiştir;
2. Kuruluş, bu tür olayların risklerini azaltmaya çalışır;
3. Kuruluş, acil durumlarda güç ve suyun alternatif kaynaklarını planlar.

FMS.9: Elektrik, su, atık, havalandırma, tıbbi gaz ve diğer anahtar sistemler sürekli olarak teftiş edilir, bakılır ve uygun olduğunda geliştirilir.

FMS.9.1: Belirlenmiş birey ve otoriteler su kalitesini sürekli olarak takip eder.

FMS.9’un Ölçülebilir Elemanları:

1. Tesisat sistemleri düzenli olarak teftiş edilir;
2. Tesisat sistemleri düzenli olarak test edilir;
3. Tesisat sistemlerinin düzenli olarak bakımı yapılır;
4. Tesisat sistemleri uygun şekilde geliştirilir.

FMS.9.1’in Ölçülebilir Elemanları:

1. Su kalitesi düzenli olarak takip edilir;
2. Birey(ler) veya acente takipte görevlendirilir;
3. Böbrek ile ilgili analiz için kullanılan su sürekli olarak test edilir.

Bir sağlık kuruluşunun fiziksel ortamı sadece işlevsel değil, aynı zamanda iyileşmeyi de destekleyici olmalıdır. Temiz ve rahat olmalıdır ve uygun mobilyalar, depolama mekanı ve mahremiyet sunmalıdır. Bununla birlikte, farklı ortamlar, eklentilere veya değişikliklere giderken, ışıklandırma, havalandırma ve bunun gibi, ortamla ilgili farklı elemanlara özel dikkat gösterecektir. Örneğin, uzun dönem bakımı veya davranışsal bakım kuruluşları kapı kilitleri veya yemek yeme ortamlarıyla özellikle ilgili olacaklardır. Görsel ve işitsel mahremiyet de yeni inşaatlarda büyük bir ilgi alanıdır (Miller , 2004).

Joint Commission standartları, sağlık kuruluşlarından Amerikan Mimarlar Kurumu (AIA)'nın, Hastane ve Hasta Bakımı Binalarının Tasarım ve İnşası İçin Kılavuz veya diğer uygun düzenleme, standart ve kılavuzları kullanmalarını istemektedir. 'Kılavuz'un 2001 baskısında, Bölüm 5, 'İnşaat'ın yarısından fazlası, 'enfeksiyon kontrolü risk değerlendirmesi' de dahil olmak üzere, enfeksiyon kontrolüyle ilgili yeni maddelerdir. (Miller , 2004)

Hastaneler, Davranışsal Sağlık Bakımı ve Uzun Vadeli Bakım İçin EC (Bakım Ortamı) Önerileri

Sağlık bakımı kuruluşundan 'uygun ortam' yaratma ve sürdürme şartı getiren Joint Commission standardı, yapay çevreyi esas alır.

Hastaneler için:

Fiziksel çevrenin işlevsel olması ve bakımı ve iyileşmeyi arttırması önemlidir. Ortamdaki belirli anahtar fiziksel elemanlar, sonuçları ve memnuniyeti olumlu olarak etkilemesi ve hasta güvenliğini arttırması yönünden önemlidir. Bu elemanlar, bakım, tedavi ve hizmet sunulması sistemini yaşayan hastalar, aileler, ziyaretçiler ve personel için mekan hissi ve çalışmasına da katkıda bulunurlar.

Davranışsal Sağlık Bakımı İçin:

Fiziksel çevrenin, hastaların kendilerine ait görüşlerini güzelleştirmesi ve iyileştirici olması önemlidir. Fiziksel yapı, zeminler, ve mekanın, hasta ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılayacak ve kuruluşun yakın çevresini ve toplumu geliştirecek şekilde tasarlanıp sürdürölmesi gerekmektedir.

Uzun Vadeli Bakım İçin:

Fiziksel çevrenin işlevsel ve bakımı arttıracak biçimde olması önemlidir. Yalnızlık, sıkıntı ve ümitsizliğin azaltılmasına katkıda bulunmalıdır. Çevre aynı zamanda bağımsızlığı cesaretlendirmeli ve yaşam kalitesini arttırmalıdır.

Uzun Vadeli Bakım İçin EC (Bakım Ortamı) Tavsiyeleri

Mekanlar kendi kendine keşif ve geziler için ulaşılabilir olmalıdır. Uzun vadeli bakım hastaları, ev ortamına mümkün olduğunca yakın fakat belirli güvenlik sorunlarını göz önünde bulunduran bir ortama ihtiyaç duyarlar. Bu tür ortamlara örnek olarak verilebilecek güvenlik önlemlerinden biri, temizlik kimyasallarının bulunduğu odaların kilitlenmesidir.

Dış mekanlar ilave konularla karşı karşıyadır: yürüme yolları aynı hızda ve tehlikelerden arındırılmış olmalıdırlar, oturma alanları uygun aralıklarla konulmuş olmalıdır.

Subakut servislerde sunulan hizmetleri sağlayabilmek için bazı adaptasyonlar gerekebilir. Örneğin, gerekli yükü karşılayabilmek için elektrik prizleri ve ışıklandırma seviyelerine dikkat edilmelidir ve hizmetler doğrultusunda bir acil durum jeneratörüne ihtiyaç duyulabilir.

Laboratuvarlar İçin EC (Bakım Ortamı) Tavsiyeleri

Laboratuvarların bazı özel mekan gereksinimleri vardır. Çalışma alanları ve ekipman hem personel ve ziyaretçiler, hem de test süreci için güvenli olmalıdır ki, test sonuçları olumsuz yönde etkilenmesin. Ekipman ve malzemeler her iki taraf için de uygun biçimde depolanmalıdır.

Yeterli mekan sıklıkla düşünülen konudur. Personel güvenliği ve uygun test sonuçlarının sağlanması amaçlanır. Bu konular yerine getiriliyorsa, mekan bol olmasa bile yeterlidir.

Davranışsal Sağlık Bakımı İçin EC (Bakım Ortamı) Tavsiyeleri

- Resepsiyon alanları ve bekleme odaları boyut ve sayı açısından yeterli olmalı ve uygun şekilde personel yerleştirilmelidir.
- Yeterli wc, içme suyu musluğu ve su soğutucu mevcut bulunmalı ve hizmet verilen grupların yaş ve engellerine uygun olmalıdırlar.
- Kuruluş, kurum içindeki arazi veya diğer yakın alanlar ve komşu kırsal bölgeler gibi dış mekanlara uygun ulaşım sağlamalıdır. (Miller , 2004)

Ek 3

Picker Enstitüsü Oxford Trust Hasta Sörveyi, Frekans Tabloları Örnek Sayfaları



Picker Survey Results System

24 hour access to all your survey results

Welcome

Survey Activity

Frequency Tables

Problem Score

Final Report

Additional Analysis

Historical

Site Comparisons

Feedback

Respondent Comments

Benchmarking by Trust Type

Frequency Tables

Oxford Survey

Oxford Trust

Expand All

Shrink All

Show Comments in Lower Case

[Click here for a printer friendly version](#)

A. ADMISSION TO HOSPITAL



B. THE HOSPITAL & WARD

B1 - During your stay in hospital, how many wards did you stay in?

All Patients	n	%
1	283	61.1
* 2 – 4	163	35.2
* 5 or more	2	0.4
Not answered	15	3.2
Problem Score: 35.6%	463	

B2 - Did you find it upsetting to be moved from one room or ward to another?

All Patients	n	%
* Yes, definitely	17	10.3
* Yes, to some extent	34	20.6
No	109	66.1
Not answered	5	3.0
Problem Score: 30.9%	165	

B3 - For most of your stay, what type of room or ward were you in?

All Patients	n	%
A room by myself	48	10.4
A room with one other patient	16	3.5
A bay with 2-6 other patients, within a larger ward	284	61.3
A large, open-plan ward	85	18.4
Not answered	30	6.5
	463	

B4 - When you reached the ward, did you get enough information about ward routines, such as timetables and rules?

All Patients	n	%
Yes, definitely	131	28.3
* Yes, to some extent	132	28.5
* No	126	27.2
I did not need information	61	13.2
Not answered	13	2.8
Problem Score: 55.7%	463	

B5 - During your stay in hospital, did you ever share a room or bay with patients of the opposite sex?

All Patients	n	%
* Yes	64	13.8
No	386	83.4
Not answered	13	2.8
Problem Score: 13.8%	463	

B6 - Were you ever bothered or upset by having to share a room or bay with patients of the opposite sex?

All Patients	n	%
* Yes	14	21.9
No	49	76.6
Not answered	1	1.6
Problem Score: 21.9%	64	

B7 - Were you ever bothered by noise at night from other patients?

All Patients	n	%
* Yes	194	41.9
No	258	55.7
Not answered	11	2.4
Problem Score: 41.9%	463	

Ek 4 NHS AEDET Soru Formları Örnek Sayfaları

1. USES		Score: 1 - Very poor / disagree 6 – Excellent / agree
1.1. Does the design respond to the service philosophy and strategy of the client?		
Issues to consider: ▪ Does the design support and enhance the clients healthcare philosophy and design vision? ▪ Does the design promote effective and efficient operation? • Does the design provide a physical environment reflecting an agreed model of care?		Do not put scores this box
1.2. Does the design meet the functional requirements of the brief?		
Issues to consider: ▪ Does the building contribute to the effectiveness and efficiency of the organisation? ▪ Are all of the user requirements, activity and performance levels achieved? ▪ Does the building offer sufficient capacity (eg. are there enough theatres, etc)? • <i>Do the design proposals accurately and realistically interpret the operational policies?</i>		Do not put scores this box
1.3. Does the design respect the importance and dignity of human individuals?		
Issues to consider: ▪ Is the design patient-oriented? ▪ Does the design show concern for the well being of both patients and carers? ▪ Are clinical, therapeutic and other services provided seamlessly? ▪ Does the hospital design ensure integration of its complex diagnostic and specialist activities, so that patients perceive a unified national health service? ▪ Is Information Technology used to ensure that information is shared between all providers in a patient focused manner? ▪ Is reliability considered in the broadest sense, leading to a feeling of confidence and trust on the part of the patient? ▪ Are departmental floor layouts reassuring to patients?		Do not put scores this box
1.4. Are the relationships between different functions appropriate?		
Issues to consider: ▪ Does the building function well? (inter-departmental relationships) ▪ Are departmental relationships convenient? ▪ Are travel distances as short as possible? ▪ Are the more important departmental relationships given priority? (internal departmental relationships) ▪ Are room relationships convenient within departments?		Do not put scores this box
1.5. Are the work flows and logistics within and between processes optimised?		

Issues to consider: Healthcare processes: - Is the departmental workflow direct? - Are the routes as short as possible? - Are there cross-flows which could be inefficient or dangerous? Logistics: - Are the movements of people, distribution of supplies, storage, and waste disposal appropriately planned? - Are circulation routes clear and well organised for each type of traffic? - Has there been an analysis of internal traffic and movement? - Are the circulation routes of sufficient size to handle the projected traffic volumes? - Are there any important routes which are not direct or are too long? - Are routes wide enough and as direct and short as possible? - Do number, size and location of storage and holding bays reflect supply & disposal policy?	Do not put scores this box
1.6. Is the building designed to handle the projected throughput?	
Issues to consider: Are the rooms and spaces of sufficient size to handle the projected workloads? (beds, theatres, c/e rooms, x ray rooms, waiting spaces, storage, etc.)	Do not put scores this box
<i>1.7. Is the building designed to be adaptable, to respond to change and to enable expansion?</i>	
Issues to consider: - Is the facility flexible, facilitating rapid change, so that therapeutic, technological, organisational and formal innovations can be introduced? - Does the flexibility of the structure enable change of use, upgrading and expansion with minimal disruption? - Is the construction design capable of incorporating change and expansion whilst retaining design coherence? - Is there an adaptability strategy covering building components and engineering services? - Are spaces designed to facilitate change of use? - Are departments extendable? - Has space been allowed for departments to expand? (eg. Operating, wards, OPD, kitchen, ITU) - Does the design of the building and engineering services include an expansion strategy?	Do not put scores this box
1.8. Does the building enable discrete security and ease of control?	
Issues to consider: - Are entrances and departments designed to enable ready supervision and security? - Does the design included suitable supervision and control points? - Are staff easily able to monitor movements and activity in their departments (eg: from reception, nurses station, etc.)? - Has cctv been incorporated into the buildings, the car parks and the grounds? - Does the design maximise the isovistas and reduce risks? (see HFN 05)	Do not put scores this box

Ek 5 Kontrol listesinin tamamının araştırmacı tarafından her üç hastanede uygulanması

HASTANE GENELİ, BİNA KABUĞU VE BİÇİMLENİŞİ

1. İŞLEVSEL KALİTE

1.1. Kullanım

	A	B	C
1. Tasarım, hastane yönetiminin hizmet felsefesi ve stratejisine uygundur.	2	3	3
2. Hastane binası, işlevsel gereklilikleri karşılar.	2	2	3
3. Genel olarak bina malzeme ve bitirmeleri kullanıma uygundur.	3	6	5
☐ Genel olarak binadaki malzemelerin tamiri kolay ve ekonomiktir.	E	E	E
☐ Binayı içte ve dışta temiz tutmak kolaydır.	E	E	E
4. Bina içinde ve dışındaki yürüme mesafeleri mümkün olduğunca kısa ve dolambaçsızdır.	4	4	2
5. Bina içinde ve dışında iş akışı ve kullanıcı dolaşımı uygun şekilde planlanmıştır.	3	3	2
☐ Bina içinde birimler arasında ulaşım uygun planlanmıştır.	H	H	H
☐ Bina içinde ve dışında araç-gereç dağıtımı uygun şekilde planlanmıştır.	H	H	H
☐ Bina içinde ve dışında çöp boşaltılması uygun şekilde planlanmıştır.	E	E	E
☐ Teşhis ve tanıya ilişkin birimler hasta ve personelin ulaşımına uygun planlanmıştır.	H	H	H
6. Hastanedeki tüm mekan ve odalar hedeflenen işlevleri karşılayabilecek büyüklüktedir.	4	3	6
7. Bekleme ve ortak alanlar, gibi alanların büyüklük ve sayıları bina bütününde yeterlidir.	4	2	6
8. Bina içindeki mekanlar kullanıma uygun boyutlandırılmıştır.	5	2	6
9. Bina, değişiklik ve büyümeye imkan verebilecek şekilde tasarlanmıştır.	1	1	1

1.2. Ulaşılabilirlik

10. Binaya bütün araçlar (taksi, toplu ulaşım, özel araç gibi) için ulaşım olanakları kolaydır.	4	1	6
---	---	---	---

☐ Ambulanslar için uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmıştır.	E	E	E
☐ Yangın araçları için uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmıştır.	E	H	E
☐ Toplu taşıma araçları ile uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmıştır.	H	H	H
11. Girişlerin görülmesi ve ulaşımı iyi düzenlenmiştir.	4	2	3
☐ Sağlık kurumunun dışarıdan belirgin bir ana girişi mevcuttur.	E	E	E
☐ Toplu taşıtlarla ulaşımında durak veya giriş kolayca görülebilir.	E	H	E
☐ Hastaları ve ziyaretçileri park alanından veya toplu taşıtlarla ulaşımın sağlandığı noktadan sağlık kurumunun ana girişine yönlendiren tabela ve işaret sistemi mevcuttur.	H	H	H
☐ Kurum bünyesinde birden fazla yapı mevcutsa her bir binanın girişi park alanlarından ve ana girişten kolayca görülebiliyor ve ayırt edilebilir.	E	H	H
☐ Acil girişi kolayca bulunabilir.	E	E	E
12. Girişin kullanımı herkes için kolaydır.	3	4	6
☐ Düzayak bir giriş vardır.	E	H	E
☐ Engelli insanlar ve çocuk arabalı ebeveynler için rampa vardır.	*	E	E
☐ Giriş kapısı tekerlekli sandalyede geçenler veya görme özürlüler tarafından da kullanılabilir.	H	E	E
☐ Engelli kullanıcılar için otomatik kapılar mevcut mu?	H	E	E
13. Servis araçları (mal nakli ve çöp boşaltımı) için ayrı servis girişi ve yolu mevcuttur.	6	6	6
14. Bina, bütününde, herkes için engellerden arındırılarak ulaşılabilir kılınmıştır.	4	3	6
☐ Engelli insanlar ve çocuk arabalı ebeveynler için kolay ulaşım sağlanmıştır.	E	E	E
☐ Engelli insanlar ve çocuk arabalı ebeveynler için eğimli zeminler en aza indirilmiş, merdiven ve basamaklar kaldırılmıştır.	H	E	H
☐ Dışarıdaki dolaşım alanları, engelli insanlar ve çocuk arabalı ebeveynlerin rahatça geçebileceği ve manevra gerektirmeyecek şekilde, sokak mobilyaları, mazgallar ve benzeri engellerden arındırılmıştır.	H	E	E
☐ Bina aynı zamanda hareket, duyma veya görme zorlukları olan insanlar için yapılmıştır.	H	H	H
☐ Hasta ve çocuk arabaları için bir sundurma veya lobi vardır.	H	E	E
☐ Binaya ana giriş önünde saçaklı/korumalı bir alan sağlanmıştır.	E	E	E
15. Görme engelli kullanıcılar için haritalar ve işaretleme sistemi kabartma	1	1	1

yazılarla oluşturulmuştur.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 16. Hasta, ziyaretçiler ve personel için yeterli park alanı vardır. | 2 | 1 | 2 |
| 17. Otopark alanları herkes için ulaşılabilir durumdadır. | 3 | 2 | 1 |
| ☐ Bina girişine mümkün olan en yakın park alanları engellilerin kullanımına ayrılmıştır. | H | H | H |
| ☐ Park alanı katlı ise, kat yüksekliği ambulans girişine imkan verir. | E | H | H |
| 18. İçte ve dışta düğüm noktalarında ve yön bulma için diğer karar verme noktalarında haritalar sağlanmıştır. | 1 | 2 | 6 |
| ☐ Haritalar okunaklıdır. | E | E | E |
| ☐ Haritalar “buradasınız” etiketine sahiptir. | E | E | E |
| 19. İşaretler açıkça görülebilir. | 6 | 5 | 6 |
| ☐ İşaretlerin konumları, kullanıcıların nerelerde işaret görebileceklerini tahmin etmelerini sağlayacak şekilde bir mantık ve düzendedir. (İşaretler doğru yerleştirilmiştir.) | E | H | H |
| ☐ İşaretler okunaklıdır. | E | E | H |
| ☐ İşaretlerde kırmızı ve yeşilin kullanımından renk körü kullanıcıları yanıltmamak amacıyla kaçınılmıştır. | H | E | H |
| ☐ İşaretler gece de görülebilecek şekildedir. | E | E | E |
| ☐ İşaretler sürekli. | E | E | E |
| ☐ İşaretler çok-dildedir. | H | H | H |
| 20. Yol-yön bulmayı sağlamak için dış görünüş, alan düzenlemesi ve başka yardımcı öğelerden yararlanılmıştır. | 1 | 1 | 1 |
| ☐ Nirengi noktaları, etkin olarak kullanılmıştır. (heykel, peyzaj vb..) | H | H | H |
| 21. Kolay yol bulma için basit, açık, anlaşılabilir bir vaziyet planı şeması mevcuttur. | 4 | 1 | 1 |
| 22. Binanın dış cephesinde yol-yön bulmak için yardımcı farklılıklar (ipuçları) vardır. | 1 | 1 | 1 |
| ☐ Sağlık kurumunu oluşturan yapılar ve farklı bölümler arasında ayırım yapılabilmesine yarayan, renk, doku, tasarım veya malzemeye yaratılan her yapının kendine özgü özellikleri mevcuttur. | H | H | H |

2. PSİKO-SOSYAL KALİTE

2.1. Estetik

23. Bina, hastaların iyi olma halini ve mükemmellik duygusunu destekleyici olarak tasarlanmıştır.	1	1	1
24. Binanın işleviyle tasarımı bütünleşmiştir/uyumludur.	1	1	1
☐ Bina (içeride ve dışarıda) bir iyi-olma mesajı iletilir.	H	H	H
☐ Bina güven hissi uyandırır.	H	H	H
☐ Binanın dışardan hoş karşılayıcı bir görünüşü vardır.	H	H	H
☐ Estetik olarak hem içte, hem dışta coşku uyandırır.	H	H	H
☐ Binanın (içeride ve dışarıda) sağlık binası olduğu görsel olarak iletilir.	H	H	H
☐ Görünüşü, çevresine hem işlevini, hem de bir rahatlatma duygusunu iletilir.	H	H	H
☐ Binanın olumlu bir havası vardır.	H	H	H
☐ Bina kaliteli görünür.	H	E	E
25. Bina tasarımında hoş a giden yenilikler/ilginçlikler vardır.	1	1	1
26. Bina tasarımı yeterince uyarıcı bir hava taşır.	1	1	2
27. Bina, sağlık bakımında olumlu bir adım yaratacak ve sanat eseri olarak kabul edilecek bir tasarım değeri gösterir.	1	1	1
28. Bina açıkça tanımlanmış bir mimari görünüm yaratır.	1	1	1
29. Bina bölümlerinin kompozisyonu ve binanın tümü birbiriyle uyumlu tasarlanmıştır.	1	1	1
30. Binanın kompozisyonu dengeli ve oranları doğru kurulmuştur.	4	1	1
31. Binanın insan ölçeğinde bir dış görünüşü vardır.	1	3	1
32. Bina formu estetik duygulara hitap eder.	1	1	1
☐ Binanın biçim ve yüzeyleri açıkça algılanabilir.	E	E	E
☐ Binanın silüeti hoş a gider.	H	H	H
☐ Bina kitlesi hoş a giden bir biçime sahiptir.	H	H	H
☐ Bina cephesindeki gölge ve ışık, tasarımı güçlendirici etki yapar.	H	H	H
33. Malzeme seçimi estetik açıdan uygundur.	1	2	3
34. Bina tasarımını zenginleştiren renk ve dokular kullanılmıştır.	1	1	3
35. Kurum, yakın çevresi ve içinde bulunduğu topluma olumlu bir katkı sağlar.	1	1	2
36. Bina ve ekleri çevresine ve arsaya uygun biçimde tasarlanmıştır.	3	1	4

☐ Topografik açıdan arsaya uygun biçimde oturur.	E	E	E
☐ Bölgedeki mimari ve tarihi çevreye uyum sağlar.	H	H	H
☐ Siluet/görünüm/peyzaj açısından arsaya uygundur.	E	E	E
☐ Bina etrafındaki işlevler için yeterli alan bırakılmıştır.	E	H	H
37. Bina çevresine katkı ve yeni yerel iş alanları sağlayarak kentsel gelişimde mekan duygusunu güçlendirir.	6	6	6
38. Hastanenin tasarımı, altyapı, yerel çevre ile bütünleşme, kent ölçeğinde günlük ve acil ulaşım gibi kent planlama ilkelerinin gerekliliklerini yansıtır.	1	1	2
39. Bitişik binalara iyi bir komşu olur.	3	1	2

2.4. Sosyal Destek ve Yetki Vermek

40. Tasarım bireylerin önemi ve onuruna saygı gösteren, hasta-merkezlidir.	1	1	2
--	---	---	---

3. TEKNİK KALİTE

3.1. Sağlık ve güvenlik

41. İçte ve dışta güvenlik için kontrol noktaları tasarlanmıştır.	4	6	5
☐ Bina ana girişlerinde güvenlik mevcuttur.	E	E	E
☐ Giriş noktalarında metal arama dedektörleri mevcuttur.	E	E	H
☐ Kapalı devre dijital kamera sistemi bina bütününde (CCTV) mevcuttur.	E	E	E
☐ X-Ray cihazı mevcuttur.	H	H	H
42. Yangın planlama stratejisi çabuk ulaşım ve müdahale için kompartımanlara ayrılabilir durumdadır.	4	2	4
43. Yangın merdiveni mevcuttur.	6	6	6
☐ Yangın çıkışı mevcuttur.	E	E	E
☐ Her türlü sedyenin hastalar yatar durumdayken de taşınabileceği, hastane dışı çelik konstrüksiyon yangın merdiveninde “raylı sedye tahliye sistemi” mevcuttur.	H	H	H
☐ Koridorlara açılan odaların kapıları, koridorlar üzerindeki bölümlendirme kapıları, duman sızdırmaz özelliğe sahiptir.	H	E	E
44. Yangın söndürme sistemleri yeterli düzeyde düşünülmüştür.	3	5	5
☐ Isı duman algılayıcıları mevcuttur.	E	E	E
☐ Manuel ihbar butonları mevcuttur.	E	E	E

☐ Sulu ve kuru yangın söndürücüleri mevcuttur.	E	E	E
☐ Söndürme tüpü mevcuttur.	E	E	E
☐ Otomatik yağmurlama sistemi mevcuttur.	E	E	E
☐ Yangın söndürme elemanları kolayca görülebilmek üzere kırmızıya boyanmıştır.	E	E	E
☐ İtfaiye su alma sistemi ve hidrant sistemi mevcuttur.	E	E	E
45. Su ve elektrik kesintilerine karşı önlem alınmıştır.	5	5	5
☐ Jeneratör mevcuttur.	E	E	E
☐ Kesintisiz güç kaynağı sistemi (UPS) mevcuttur.	E	E	E
☐ Su rezervi mevcuttur.	E	E	E
☐ Su depoları mevcuttur.	E	E	E
46. Hasta, ziyaretçi ve personel için ayrılan park alanları güvenlidir.	4	5	2
☐ Park alanlarının izlenmesini sağlamak üzere park alanlarına kamera yerleştirilmiştir.	E	E	E
☐ Park alanlarında yeterli aydınlatma mevcuttur.	H	H	H
☐ Park alanlarında güvenlik sağlanmıştır.	E	E	E
47. Bütün uyarı işaretlerinde görsellik kullanılır. (farklı dillerde konuşanlar için)	5	5	5
☐ Bütün uyarı işaretlerinde ses kullanılır. (görme engelliler için)	H	H	H
48. Kaldırım kaplama malzemesi, ıslakken kaygan olmayacak biçimde seçilmiştir.	4	5	1

DIŞ MEKANLAR VE YEŞİL ALANLAR

1. İŞLEVSEL KALİTE

1.1. Kullanım

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. Dış mekanlarda oturma birimlerinin konum ve tasarımları, topluca oturmaya elverişli birimler ve daha kişisel oturma birimleri oluşturacak şekilde tasarlanmıştır. | 1 | * | 1 |
| ☐ Uygun olduğu durumlarda kullanılmak üzere, çimenlik alanların bir kısmı kullanıma açılmıştır. | H | * | H |
| ☐ Mümkün olan yerlerde, oturma birimlerinin bazıları masalar etrafında oluşturulmuştur. | E | * | H |
| 2. Dış mekanlarda içme suyu akan çeşmeler mevcuttur. | 1 | * | 1 |
| 3. Çöp kutuları gereken yerlere dikkati çekecek şekilde yerleştirilmiştir. | 6 | * | 1 |
| 4. Kullanıcıların araçtan indikleri nokta ve giriş alanı yerel iklimden korunacak şekilde (yönlenme, saçak vb)tasarlanmıştır. | 6 | 6 | 6 |
| ☐ Kış aylarında yağmur, kar ve rüzgar rahatsız edici değildir. | E | H | E |
| ☐ Yaz aylarında güneş ve sıcak etkili değildir. | E | H | E |
| 5. Giriş tıkanıklığı önleyecek şekilde yeteri kadar geniştir. | 5 | 5 | 6 |

1.2. Ulaşılabilirlik

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 6. Kaldırımlar, dış mekanlardaki yollar ve yeşil alanlardaki patikalarda, kullanılan kaplama malzemesi tekerlekli sandalyelerin sarsılmadan geçmesine imkan verir. | 1 | 5 | 1 |
| ☐ Dışarıdaki yürüme yolları, tekerlekli sandalyedekilerin de kolayca geçebileceği gibi az eğimle oluşturulmuştur. | H | E | H |
| ☐ Dışarıya açılan kapılar, engellilerin kolay ulaşımını sağlamak için, otomatiktir. | E | H | E |
| ☐ Oturma birimlerinin arasında, tekerlekli sandalyeler için de alanlar mevcuttur. | H | H | H |
| ☐ Dış mekanlardaki çeşmeleri çocuklar ve tekerlekli sandalyedekiler de kullanabilir. | * | * | H |
| 7. Mümkün olduğu durumlarda, büyük ortak mekanlardan dış mekanlara direk ulaşım mevcuttur. | 1 | 1 | 1 |

8. Dış mekanlarda yol-yön bulmak için yardımcı ipuçları vardır.	1	*	1
☐ Yeşil alanlar kolayca ayırt edilebilecek yol-yön bulmaya yönelik ipuçları sağlayacak şekilde tasarlanmıştır.	H	*	H
☐ Farklı bölümler, nirengi noktaları, renkler, resimler veya diğer özellikler ile ayırt edilebilir kılınmıştır.	H	*	H

2. PSİKO-SOSYAL KALİTE

2.1. Estetik

9. Dış mekanların, çevre alanların peyzaj düzenlemesi yapılmıştır.	2	*	4
10. Dış mekanlar, hasta ve diğer kullanıcılara çekici gelecek şekilde tasarlanmıştır.	1	1	1
☐ Dış mekanlar ve yeşil alanların aydınlatması ve estetik duygularını tatmin edecek şekilde yapılmıştır.	H	H	H
☐ Dış mekan bir manzara oluşturur. (bahçe veya doğal çevre)	H	H	H
☐ Dış mekan mümkün olduğunca yeşil alanlara ayrılmıştır.	E	*	E
☐ Ağaç, çalı ve çiçekler, yılın her mevsiminde renkli ve çiçekli olacak şekilde düşünülmüştür.	H	*	H
☐ Dış mekanlardaki oturma birimleri, 'çekici'dir.	H	*	H

2.2. Konfor

11. Oturma birimlerinde kolluklar ve sırt dayama parçaları mevcuttur.	3	*	4
☐ Oturma birimleri, rahat bir şekilde oturup kalkamayan kişilerin de buraları rahatça kullanabilmesine olanak verir.	E	*	H
☐ Oturma birimleri, gerektiğinde güneşten faydalanmak veya gerektiğinde güneşten korunmak üzere farklı yönlendirmelerle yerleştirilmiştir.	H	*	H
☐ İnsanların güneşte veya gölgede oturma seçenekleri mevcuttur.	H	*	H

2.3. Mahremiyet ve özerklik

12. Oturma birimlerinde mahremiyet ve bir mekan hissi yaratmak için oturma birimlerinin etrafı ağaç veya çalılarla çevrilmiştir.	1	*	1
--	---	---	---

2.4. Sosyal destek ve Yetki vermek

13. Bazı oturma birimleri, oturanların insanları seyredebileceği şekilde ana dolaşım alanları kenarlarında konumlandırılmıştır. 2 * 1

3. TEKNİK KALİTE

3.1. Sağlık ve güvenlik

14. Yürüme yolları boyunca rampalarda ve düz bölümlerde, sürekli bir tırabzan tasarlanmıştır. 1 1 1
- ☐ Eğer metal tırabzanlar kullanıldıysa, ıslanığında kaygan olmayacak bir malzemeye kaplanmıştır. H H H
15. Dış mekanların aydınlatması güvenlik duygusunu tatmin edecek şekilde yapılmıştır. 3 5 4
- ☐ Yollar geceleri iyi aydınlatılır. E E H
- ☐ Yeşil alanlar geceleri iyi aydınlatılır. H E H
- ☐ Ağaç ve çalılar, hırsızların saklanabileceği yerler oluşturmayacak şekilde seçilmiş ve konumlandırılmıştır. E E E
16. Dış mekanlara açılan kapılarda ağır veya kendinden kilitlenen kapıların kullanımından kaçınılmıştır. 6 6 6

İÇ MEKANLAR (GENEL)

1. İŞLEVSEL KALİTE

1.1. Kullanım

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. Sosyal mekanlar ve dolaşım alanları, mekansal kaliteye sahip, iyi planlanmış ve uygundur. | 1 | 3 | 5 |
| 2. Mümkün olan yerlerde, ilişkili işlevlere sahip mekanlar birbirine yakın konumlandırılmıştır. | 3 | 5 | 5 |
| 3. Genel olarak iç mekanlarda kullanılan malzemeler kullanıma uygundur. | 4 | 5 | 4 |
| ☐ Genel olarak iç mekanlarda kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomiktir. | E | E | E |

1.2. Ulaşılabilirlik

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 4. Yol-yön bulma stratejisi yüksek kalitede ve tasarım çözümüyle tam olarak bağdaştırılmıştır. | 2 | 3 | 3 |
| 5. Kolay yol bulma için plan şeması basit, açık ve anlaşılabilir. | 2 | 3 | 3 |
| 6. Girişe yakın bir bilgi – danışma kaynağı vardır. | 6 | 6 | 6 |
| 7. Hastane içinde yol-yön bulmak için yardımcı öğeler vardır. | 6 | 2 | 6 |
| ☐ İç mekanda farklı bölümler, mimari detaylar, ışıklandırma, renk, doku, sanat eserleri ve bitkiler gibi öğelerle birbirinden farklı kılınmıştır. | H | H | H |
| ☐ Hastanenin birçok yerinden dış mekan görülebilir. | H | H | H |
| 8. Hastane içinde düğüm noktaları ve yön bulma için haritalar mevcuttur. | 3 | 5 | 6 |
| ☐ Haritalar okunaklıdır | E | E | E |
| ☐ Haritalar “buradasınız” etiketine sahiptir. | E | E | E |
| 9. İşaretler açıkça görülebilir. | 6 | 6 | 6 |
| ☐ İşaretler okunaklıdır. | E | E | E |
| ☐ İşaretler sürekli. | E | E | E |
| ☐ İşaretler çok-dildedir. | H | H | H |
| ☐ Tavana asılı tabelaları aydınlatmak için ışıklandırma elemanları kullanılmıştır. | H | H | H |
| 10. Kat numaraları ana girişin olduğu katla ilişkilendirilerek verilmiş ve katların | 6 | 6 | 6 |

zemin altı veya üstü olduğu belirtilmiştir.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Binalar arası geçişler söz konusuysa, bu geçişlerin bulunduğu noktalarda, birbirine bağlanan katların numaralarının aynıdır. | E | E | E |
| ☐ Mekan numaraları ait oldukları kat numarasıyla başlar. | E | E | E |
| ☐ Eğer mekan numaralandırmalarında sayı ve harfler beraber kullanılmışsa, sayı gibi algılanabilecek harflerin kullanımından kaçınılmıştır. (I, O gibi) | E | E | H |
11. Eğer renkli yer çizgileri yol bulma sisteminin bir parçası olarak kullanılıyorsa, bu renkler birbiriyle karşıtlık oluşturan renklerdir.
- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Eğer renkli yer çizgileri yol bulma sisteminin bir parçası olarak kullanılıyorsa, bu çizgiler dekorasyonun bir parçası olarak kullanılan diğer desen ve çizgilerden rahatça ayrılabilir. | * | * | 6 |
|---|---|---|---|

2. PSİKO-SOSYAL KALİTE

2.1. Estetik

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 12. Kurum iç mekanlarda yüksek kalitede bir hasta çevresi sağlar. | 2 | 4 | 3 |
| 13. İç mekanlarda renk ve ışık, , personel ve hasta için uygun kullanılmıştır. | 2 | 3 | 3 |
| 14. İç mekanlarda manzara, personel ve hasta için uygun kullanılmıştır. | 1 | 1 | 1 |
| 15. İç mekanların tasarımı rahatlatıcı/sakinleştiricidir. | 1 | 2 | 1 |
- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ İç mekanların tasarımı kurumsal olmayan ve evi andıran bir duygu verir. | H | H | H |
| ☐ Ferahlık duygusu hissedilir. | H | E | E |
| ☐ Renk seçimleri konforlu ve sıcak bir ortam yaratacak şekildedir. | H | H | E |
| ☐ Gerçek doğal manzaraların olmadığı yerlerde resimler ve sanat eserleri kullanılmıştır. | H | H | H |
| ☐ Akvaryum, heykeller, TV gibi pozitif uyarı vardır. | H | H | H |
| ☐ İç avlular varsa peyzaj düzenlemesi yapılmıştır. | H | * | H |
| ☐ Doğal mekan, iç mekana su öğeleri veya bitkiler kullanılarak taşınmıştır. | H | H | H |
16. Genel olarak iç mekanların doğal ışık alması sağlanmıştır.
- | | | | |
|--|---|---|---|
| 17. İç mekanlarda profesyonel bir görüntü oluşturacak şekilde detaylara ve işçiliğe dikkat edilmiştir. | 1 | 3 | 2 |
|--|---|---|---|

2.2. Konfor

18. Genel olarak iç mekanlarda konfor ve mahremiyet için akustik tasarım yapılmıştır.	1	1	1
19. Genel olarak iç mekanların hava kalitesi, hasta, personel ve halk için uygundur.	2	2	3
20. Genel olarak iç mekanlarda pasif termal konfor düşünülmüştür.	3	1	1
☐ Yazın pasif olarak serinlik sağlanabilir. (gölgeleme, stor, yönlendirme vb..)	H	H	H
☐ Sera etkisinden kaçınılmıştır.	H	E	H

2.4. Sosyal destek ve Yetki vermek

21. Yatan hastaların gidebileceği bir ortak salon mevcuttur.	1	1	1
☐ Salon çeşitli faaliyetlerin yer almasına uygun tasarlanmıştır.	*	*	*
☐ Salon gerektiğinde bölünebilir.	*	*	*
☐ Salona girişten önce içeriğin görülebilmesini sağlayan saydam bir duvar veya bölüm düşünülmüştür.	*	*	*
22. Yemek yenen alanların dışarıyı gören manzaraları mevcuttur.	5	6	4
☐ Yemek yenen alanlardaki masalar tekerlekli sandalyedeki kişilerin kullanımına da uygundur.	H	H	E
☐ Tekerlekli sandalye kullananlar yemekleri rahatça görebilir, sıraya girebilir ve ödeme yapabilirler.	H	E	H
23. Hasta ve yakınlarının dinlerinin gereklerini yerine getirebilecekleri mekan/mezanlar mevcuttur.	1	1	1
☐ Dini mekan, farklı inançlara bağlı kullanıcılar tarafından kullanılabilir.	H	H	H
☐ Dini mekan, ayarlanabilen aydınlatmaya sahip, sessiz ve huzurlu bir atmosfere sahiptir.	H	H	H
☐ Dini mekan, tekerlekli sandalyedekilerin de rahatça kullanabileceği şekilde tasarlanmıştır.	H	H	H
24. Hastalar ve yakınlarının çocukları için çocuk bakım hizmeti mevcuttur.	1	1	1
25. Hastaların kişisel bakımlarını sağlayacak bir mekan (kuaför gibi) mevcuttur.	1	1	1
26. Hasta eğitim fonksiyonu gören bir mekan mevcuttur.	1	1	1
☐ Mesaj veya ilan panosu gibi bilgi sağlayan sistemlere yer verilmiştir.	*	*	*
☐ Hasta eğitim odası, yeterli görsel malzeme ve açıklamayla donatılmıştır.	*	*	*

☐ Hasta eğitim odası girişimsel olmayan bazı müdahaleleri ve teşhis tekniklerinin uygulanışlarını gözlemlemeye imkan verir.	*	*	*
27. Hasta ve ziyaretçiler için kütüphane mevcuttur.	1	1	1
☐ Kütüphane iyi tasarlanmıştır.	*	*	*
☐ Kütüphane sessiz ve konforlu bir atmosfere sahiptir.	*	*	*
☐ Kütüphane tekerlekli sandalyedekilerin de kullanabileceği şekilde tasarlanmıştır.	*	*	*
☐ Kütüphanede hasta eğitimi için ayrılmış bir bölüm vardır ve bu bölüm bilgisayar vb araç-gereçle donatılmıştır.	*	*	*
☐ Kütüphane kolayca bulunacak ve ana dolaşım alanlarına yakın bir konumdadır.	*	*	*
☐ Kütüphane yatan hastalara kitap sağlama hizmeti verir.	*	*	*

3. TEKNİK KALİTE

3.1. Sağlık ve güvenlik

28. Belirli yerlerde güvenlik noktaları tasarlanmıştır.	3	2	4
☐ Personel, bulunduğu bölümlerdeki hareketleri kolayca izleyebilir. (hemşire ünitelerinden vs)	E	H	E
29. Döşeme kaplamaları, ıslakken kayganlaşmayan, göz almayan ve sessiz malzemeden seçilmiştir.	1	3	1

ORTAK ALANLAR (GİRİŞ HOLÜ, RESEPSİYON, BEKLEME ve DOLAŞIM ALANLARI)

1. İŞLEVSEL KALİTE

1.1. Kullanım

1. Ortak alanlarda kullanılan malzemeler kullanıma uygundur.	2	4	4
☐ Ortak alanlarda kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomiktir.	E	E	E
☐ Koridor duvarlarında, dokulu alçı duvar yüzeyler gibi kolayca zarar görebilecek yüzey kaplamalarından kaçınılmıştır.	E	E	E
2. Bütün kullanıcılar için yeterli alan mevcuttur.	3	2	6
3. Danışma bankosundaki personel, girişi açıkça görebilir.	3	6	6
☐ Danışma bankosundaki personel, bekleme alanını açıkça görebilir.	E	H	H
☐ Dolaşım ve bekleme alanının tıkanmaması için, banko etrafındaki alan yeterlidir.	H	H	E
☐ Bankonun girişten görülmesi kolaydır.	E	E	E
☐ Banko yüksek/alçak değildir.	H	E	H
☐ Banko uzunluğu evraklı ve özel hastalar için uygun şekilde düzenlenmiştir.	H	H	E
4. Oturma alanları yeterli miktardadır.	6	4	6
☐ Resmi olmayan görüşmeler için mekanlar mevcuttur.	H	H	E
☐ Oturma birimleri farklı işlevler göz önüne alınarak farklılaşır.	H	H	E
5. Yakında tuvalet mevcuttur.	5	2	3
☐ Tuvaletlere bekleme alanından değil de holden veya koridordan girilir.	E	E	E
☐ Hem erkek hem de kadın tuvaletlerinde bebek bakımı için alan ayrılmıştır.	H	H	H
☐ Tuvaletlerde priz mevcuttur.	H	H	H
☐ Her tuvalette elbise asacağı mevcuttur.	E	E	E
6. Bekleme alanlarında ve etrafında ihtiyaçlar düşünülmüştür.	2	3	4
☐ Giriş holünde kullanıcıların beklemeleri için yeterli alan mevcuttur.	E	H	H
☐ Bekleme alanlarının dışında fakat yakınında, hasta ve ziyaretçilerin kullanımına açık telefonlar mevcuttur.	H	E	H
☐ Telefonların çevresi yarı-kapalı biçimde tasarlanmıştır.	H	E	H
☐ Her telefonun yanında yazı yazmak için bir raf veya eleman tasarlanmıştır.	H	H	H

☐ Bekleme alanlarında içme suyu mevcuttur.	H	E	E
☐ Bekleme alanlarında yiyecek alınabilecek makineler mevcuttur.	H	H	E
☐ Bekleme alanlarında içecek alınabilecek makineler mevcuttur.	H	H	E
☐ Bekleme alanlarında çöp kutusu mevcuttur.	H	H	E
☐ Bekleme alanında dergi, broşür ve diğer materyaller için uygun ve çekici bir sergi alanı tasarlanmıştır.	H	H	E
7. Koridorlar işlevsel tasarlanmıştır.	4	3	3
☐ Hastalar tarafından izlenen rotalar mümkün olduğunca kısadır.	E	E	H
☐ Koridorlar işlevler arası bağlantıda verimlidir.	E	E	H
☐ Koridorlar insanların dolaşımında ve gereçlerin dağıtımında verimlidir.	E	E	H
☐ Koridorlarda, araç-gereçten tıkanıklık yaşamamak üzere, yeterli miktarda, uygun ve kolay ulaşılabilen depolama alanları tasarlanmıştır.	H	E	H
☐ Uzun koridorlarda yer yer oturma birimlerinin yer aldığı nişler mevcuttur.	H	E	H
8. Personel dolaşımının bekleme alanlarından geçmesi tasarımla engellenmiştir.	1	1	1
9. Asansörler doğru tasarlanmıştır.	3	5	5
☐ Asansör kapıları yeterli büyüklüktedir. (hasta yatağı, ilgili personel ve aracın geçmesine yetecek kadar)	E	E	E
☐ Asansör kapılarının açıldığı noktaların karşısına rastlayan duvarlarda, yerden 150 cm yükseklikte kat numaralarını belirten levhalar mevcuttur.	E	E	H
☐ Temiz ve sıhhi malzeme taşımak için servis amaçlı asansör mevcuttur.	H	E	E
☐ Çöp ve tıbbi atık malzeme taşımak için servis amaçlı asansör mevcuttur.	H	E	E
☐ Hasta asansörü mevcuttur.	E	E	E
☐ Ziyaretçi asansörü mevcuttur.	E	E	E
10. Asansör beklerken hastaların oturması için alan ve oturma birimleri mevcuttur.	1	1	4

1.2. Ulaşılabilirlik

11. Bekleme alanı engellerden arındırılmıştır. (içecek makineleri-sandalyeler veya diğer tür mobilyalar)	6	1	6
☐ Geçişleri ve akışı aksatmayacak bir biçimde tekerlekli sandalyelerin konulduğu bir bölüm ayrılmıştır.	H	H	E
12. Bekleme alanında ve dolaşım alanlarında engellilerin rahatça dolaşabilmesi ve bu alanlara ulaşabilmesi mümkündür.	3	2	4

☐ Bekleme alanındaki oturma birimlerinin aralarında yer yer tekerlekli sandalyelerin girebileceği alanlar bırakılmıştır.	H	H	E
☐ Oturma birimleri, çocuklar, yaşlılar, hamile kadınlar ve fiziksel olarak zayıf durumdaki insanları da içine alan geniş bir kullanıcı yelpazesine hizmet verebilecek şekilde tasarlanmıştır.	H	H	H
☐ Yüzey kotundaki değişiklikler tekerlekli sandalye ile geçilebilecek şekilde tasarlanmıştır.	E	E	H
13. Danışma bankosunun yaşlılar ve tekerlekli sandalyeler için alçak bir bölümü var mı?	1	1	3
☐ Danışma bankosunun bir bölümü yaşlılar ve engellilerin oturarak yazmalarına imkan verir.	H	H	H
14. Bekleme alanındaki hizmetler ulaşılabilir kılınmıştır.	4	3	5
☐ Bazı telefonlar yürüme engellilerin kullanabileceği, bazıları ise işitme zorluğu yaşayanların kullanabileceği şekilde düşünülmüştür.	H	H	H
☐ İçme suyuna çocuk ve tekerlekli sandalyedekiler de ulaşabilir.	*	*	E
☐ Tuvaletler tekerlekli sandalyelerin de girişine ve kullanımına olanak verir.	H	H	H
15. Hastaneye ilk girişte, kullanıcılar bilgilendirme ve yardım için nereye başvuracaklarını açıkça görebilir.	6	6	6
☐ Girişe yakın bir danışma kaynağı vardır.	E	E	E
☐ Kullanıcılar, danışma bankosunu, mekanda bulunan diğer banko veya pencerelerden kolayca ayırt edebilir.	E	E	E
☐ Danışma bankosu, oturma birimleri ve dolaşım alanları, hastanın bir sonraki adımda nereye yönleneceğini görmesine imkan verecek şekilde konumlandırılmış ve tasarlanmıştır.	E	H	H
☐ Bankodan girişe görüş alanı açıktır.	E	E	E
16. Hastaneye ilk girişte, kullanıcıların yol-yön bulmalarını kolayca sağlamaları ve bilgilendirilmeleri için iç işaretleme sistemleri mevcuttur.	3	5	6
☐ İşaretler açıkça görülebilir.	H	E	E
☐ İşaretler okunaklıdır.	E	E	E
☐ İşaretler sürekli	E	E	E
☐ İşaretler çok-dildedir.	H	H	H
17. Yön bulma için haritalar sağlanmıştır.	4	5	6
☐ Haritalar okunaklıdır.	E	E	E

☐ Haritalar “buradasınız” etiketine sahiptir.	E	E	E
18. Yol-yön bulma için başka yardımlar vardır.	1	1	3
☐ Farklı bölümler, mimari detaylar, ışıklandırma, renk, doku, sanat eserleri ve bitkiler gibi öğelerle birbirinden farklı kılınmıştır.	H	H	H
☐ Koridorlar, mimari detaylar, ışıklandırma, renk, doku, sanat eserleri ve bitkiler gibi öğelerle birbirinden farklı kılınmıştır.	H	H	H
☐ Ana koridor(lar), ana bekleme salonundan işlevsel olarak ayrı fakat görsel olarak bağlıdır.	H	H	H
☐ Koridorlardan dış manzaranın görülmesine imkan verilmiştir.	H	H	H
19. Asansörler herkesin kullanımına uygun tasarlanmıştır.	3	3	3
☐ Asansörlerde kat numaraları yazıyla belirtilmenin yanında görme engelliler için kabartma yazıyla da belirtilmiştir.	H	H	H
☐ Asansör kontrol düğmeleri, tekerlekli sandalye kullanıcıları tarafından da ulaşılabilir konumdadır.	H	H	H

2. PSİKO-SOSYAL KALİTE

2.1. Estetik

20. Hoş karşılayan/estetik bir giriş ve danışma alanı mevcuttur.	1	1	3
☐ Bekleme alanı, bitirmeler, sanat eserleri, manzara ve diğer elemanlarla, sıcak ve kurumsal olmayan ortam sağlayacak şekilde tasarlanmıştır.	H	H	H
☐ Doğrudan olmayan ve kurumsal bir hava vermeyecek şekilde tasarlanmış ışıklandırma elemanları mevcuttur (masa lambaları ve nişlere yerleştirilmiş spotlar gibi).	H	H	H
☐ Floresan lambalardan kaçınılmıştır.	H	H	H
☐ Doğal ışık hasta ve personel için sempatik bir ortam yaratır.	H	H	H
☐ Bekleme odaları ve açık alanlar hasta ve ziyaretçi psikolojisine duyarlıdır.	H	H	H
☐ Bekleme alanlarından dışarıdaki manzara görülebilir.	H	H	E
21. Bekleme alanı karışıklıktan uzaktır.	5	4	6
☐ Danışma ve bekleme alanıyla ilgili olmayan diğer bütün çalışma alanları ve araç-gereç görüntüden saklanmıştır.	H	H	H
☐ Kullanılan renkler dinlendiricidir.	H	E	E
22. İnsanların konsültasyon için çağırılma sistemleri kullanıcı-dostudur.	4	4	4

23. Giriş ve danışma alanında hasta ve yakınlarının beklemesi için oturma alanları iyi düzenlenmiştir.	2	1	3
☐ Oturma birimleri rahattır.	H	H	E
☐ Oturma birimleri iç tasarımla uyumludur.	H	H	E
24. Dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmıştır.	1	1	3
☐ İlgi çekicilik kazandırmak amacıyla, sanat eserleri, bitkiler gibi öğeler kullanılmıştır.	E	H	H
☐ Hastaların yataklarda taşındıkları ve bekledikleri mekanların tavanlarını da ilgi çekici kılmak üzere, bu mekanların tavanlarında da sanat eserleri ve görsel öğeler kullanılmıştır.	H	H	H
☐ Merdiven kovalarını ilgi çekici kılmak üzere, bu mekanlarda da sanat eserleri ve görsel öğeler kullanılmıştır.	E	H	H
25. Dolaşım alanları rahatsızlık verici etkilere arındırılmıştır.	1	1	2
☐ Koridorlarda tünel etkisinden kaçınılmıştır.	H	E	H
☐ Tıbbi ekipman kullanımda değilse görüntüden saklanmıştır.	H	H	H
☐ Doğal ışık mevcuttur.	E	E	E

2.2. Konfor

26. Isısal konfor sağlanmıştır.	5	6	6
27. Aşırı sıcaklık yayan aydınlatmalardan kaçınılmıştır.	4	6	6
28. Rahatsız edici kokuların (ilaç, tuvalet,yemek vb) bulunmaması sağlanmıştır.	6	6	6
29. Yer ve tavan kaplamaları gürültüyü azaltan malzemelerle oluşturulmuştur.	1	1	1
30. Bazı yetişkin oturma birimleri oyun alanını görmeyecek şekilde (tamamen sırtını dönmüş şekilde) konumlandırılmıştır.	*	*	*

2.3. Mahremiyet ve özerklik

31. Mahremiyet hem görsel, hem de işitsel açıdan sağlanmıştır.	2	3	3
☐ Kayıt yaptırmakta olan hastaların kişisel bilgilerinin duyulmasını engelleyici bir tasarım veya mekanda bu amaca hizmet eden elemanlar mevcuttur.	H	E	H
☐ Sesi azaltmak ve mahremiyeti arttırmak üzere, özel odalar ve mekansal bölüntüler mevcuttur.	E	E	E

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ Oturma birimlerinin birbirine göre olan konum ve uzaklıkları, oturanları rahat ettirecek ve konuşmanın rahat gerçekleşmesine olanak verecek biçimde tasarlanmıştır. | H | H | E |
|--|---|---|---|
32. Kullanıcıların kaldıkları süre boyunca kişisel eşyalarını koymaları için kilitli dolaplar, vestiyer veya palto çengelleri gibi elemanlar mevcuttur.
- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ Danışma ve kayıt alanında çalışan personelin özel eşya ve fotoğrafları gibi kişisel malzemelerini koymalarına ve çalıştıkları mekanı kişiselleştirmelerine tasarımla imkan verilmiştir. | H | H | H |
|--|---|---|---|

2.4. Sosyal destek ve Yetki vermek

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 33. Hasta, aile ve sağlık bakımı sağlayıcıları arasında etkileşim ve iletişim için mekanlar vardır. | 1 | 1 | 1 |
|---|---|---|---|
34. Ortak alanlardaki oturma birimleri, farklı sosyal gruplar ve farklı grup büyüklüklerine hitap edebilecek şekilde farklılaşır.
- | | | | |
|--|---|---|---|
| 35. Bekleme alanında çocuklar için oyun alanı mevcuttur. | 1 | 1 | 1 |
|--|---|---|---|
- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Oyun alanı, etrafı çevrilmiş bir oyun çukuru oluşturacak biçimde tasarlanmıştır. | * | * | * |
| ☐ Oyun ekipmanı mevcuttur. | * | * | * |
| ☐ Oyun alanı sesi perdelemek üzere bölünmüştür. | * | * | * |
| ☐ Oyun alanında yer alan oyuncaklar sağlam malzeme ve yapıdadır. | * | * | * |
| ☐ Oyun alanında yer alan oyuncaklar birden fazla çocuk tarafından kullanılabilir. | * | * | * |
| ☐ Oyun alanı güvenlidir. | * | * | * |
| ☐ Oyun alanı ana bekleme salonundan görülür. | * | * | * |
| ☐ Oyun alanında yer alan aktiviteler, görsel ve işitsel açıdan danışma alanından kolayca denetlenebilir. | * | * | * |
| ☐ Oyun alanında yer alan oyuncakların kolayca yutulabilecek veya kaybedilebilecek kadar küçük parçalar içermesinden kaçınılmıştır. | * | * | * |
| ☐ Oyun alanı, dolaşım hareketlerinden uzakta konumlandırılmıştır. | * | * | * |
| ☐ Bazı yetişkin oturma birimleri oyun alanına bakar. | * | * | * |

3. TEKNİK KALİTE

3.1. Sağlık ve güvenlik

36. Danışma bankosu güvenlidir.	6	6	6
☐ Banko sivri köşelere sahip olmayan bir biçimde tasarlanmıştır.	E	E	E
☐ Banko göz kamaştırmayan/parlamayan bir malzemedan yapılmıştır.	E	E	E
37. Mobilyalar güvenli olacak şekilde seçilmiştir.	6	6	6
☐ Oturma birimleri ve diğer mobilyalar sabittir.	E	H	E
☐ Mobilyalarda sivri ve çıkıntılı köşelerden kaçınılmıştır.	E	E	E
☐ Oturma birimlerinde sivri ve çıkıntılı köşelerden kaçınılmıştır.	E	E	E
38. Mekanda sivri ve çıkıntılı köşelerden kaçınılmıştır.	5	5	4
☐ Yüzeyde kaymayı önleyen bir kaplama kullanılmıştır.	H	H	H
☐ Yer ve duvar renkleri, zayıf görme yeteneğine sahip olanlar düşünülerek birbirine zıt renklerde oluşturulmuştur.	H	H	H
☐ Aydınlatma, yer kaplamaları ve diğer yüzeyler arasındaki etkileşim, parlamayı ve göz alıcılığı engelleyecek şekilde düzenlenmiştir.	H	H	H
39. Kapalı devre yayın mevcuttur.	6	6	6
40. Girişler, çıkışlar, koridor birleşimleri, basamaklar, asansörlere yaklaşılacak alanlar, rampalar ve yüzey kotundaki her türlü değişiklikte farklı renkler kullanılarak dikkat çekilmiştir.	1	1	3
41. Kenarlarda, yer ve duvarlar arasındaki ayrımı kesinleştirmek için tamamen zıt bir renkte süpürgelik veya bant gibi bir öğe kullanılmıştır.	3	1	3
42. Koridorlar güvenlidir.	3	4	4
☐ Koridorlar, mobilya, sağlık araç-gereci ve duvardan çıkan musluklar gibi engellerden arındırılmıştır.	H	E	E
☐ Koridorlar, görme bozukluğu yaşayanların güvenliği açısından birbirleriyle dik açıyla kesişirler.	E	E	E
☐ Dolaşım alanlarında duvarlar boyunca yürüme sorunu yaşayanlar için korkuluklar yerleştirilmiştir.	H	E	H
☐ Koridorlarda, duvar ve tavanların renkleri, birbirinden en az 2 ton farklı olacak şekilde boyanmıştır.	H	H	H
☐ Koridorlarda, parlak olmayan yüzeyler kullanılmıştır.	E	E	E
☐ Göz kamaşmasını önlemek için, koridorlardaki pencereler, koridorun en	H	H	E

sonu yerine koridor boyunca yan duvarlara konulmuştur.

☐ Koridorlarda ışıklandırma, hasta yatağıyla geçen hastaların gözüne girmeyecek şekilde tasarlanmıştır.	H	H	H
☐ Koridorlardaki cam kapı ve duvarlar, belli olacak şekilde işaretlenmiştir.	H	E	E
43. Merdivenler güvenlidir.	5	2	2
☐ Merdiven basamaklarının kenarları kolayca ayırt edilebilir.	E	E	H
☐ Renkler, köşe ve kenarlar, çizgiler, mekandaki öğelerin birbirleriyle komşulukları, yüzey ve dokular, merdiven kovanını daha belirli kılmak üzere tasarlanmıştır.	E	E	H
☐ Merdiven kovanının rengi, merdivene yaklaşmakta olan kişiye uyarı niteliği taşıması açısından, en üstteki basamağın üstüne kadar devam eder.	H	H	H
☐ Merdiven kovalarında, sahanlıklar sık aralıklarla kullanılmıştır.	E	E	E
☐ Merdiven kovalarında, parlama veya gölge olmaksızın, yeterli ve uygun aydınlatma sağlanmıştır.	E	E	H
☐ Merdiven basamakları, görüntü kirliliğinden arındırılmıştır. (canlı çiçek desenleri, geometrik desenler, çizgiler ve görsel karmaşa yaratabilecek diğer dokular gibi).	E	E	H
☐ Merdiven basamakları kaymayacak malzemeye kaplanmıştır.	E	H	H
☐ Merdiven kovalarında olduğu kadar, uzun koridorlarda da tutunacak uygun elemanlar tasarlanmıştır.	E	H	H
☐ Tutacak veya korkuluklar, birkaç basamaklık kısa merdivenlerde de mevcuttur.	E	H	H
☐ Tutacak veya korkuluklar, merdivenlerin her iki tarafına da yerleştirilmiştir.	E	E	H
☐ Korkuluklar, merdiven kovalarının ilk ve son basamaklarının dışına kadar ilerler.	E	E	H
☐ Merdiven kovaları, halı, duvar ve diğer düşey yüzeylerle kontrast oluşturur.	E	E	H

HASTA ODALARI

1. İŞLEVSEL KALİTE

1.1. Kullanım

1. Hem özel, hem de yarı-özel odalar mevcuttur.	6	6	6
☐ Özel odalarda, ziyaretçilerin gece kalabilmelerine olanak sağlayan çekyat veya yatak mevcuttur.	E	E	E
☐ Hasta yatağı, gardırop, yatak başında duran bir raf veya komodin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan vardır.	E	E	E
2. Kullanılan malzemeler kullanıma uygundur.	5	5	5
☐ Kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomiktir.	E	E	E
3. Yatak kontrolü, hemşire çağırma düğmesi, ışık ve televizyon kontrol düğmelerinin kullanımı kolay ve anlaşılabilir.	5	5	4
☐ Yatak kontrolü, hemşire çağırma düğmesi, ışık ve televizyon kontrol düğmelerine hasta tarafından kolayca erişilebilir.	E	E	E
☐ Düğmeler gece kullanılmak için ışıklandırılmıştır.	H	H	H
☐ Düğmeler her iki elle de kullanılabilir.	E	E	E
☐ Telefon, her iki elle de ulaşılabilir ve kullanılabilir durumdadır.	H	H	H
☐ Yatak üstündeki masa rahat kullanılır.	E	E	E
☐ Yatak üstündeki masanın yüksekliği hastaların kişisel durumlarına göre ayarlanabilir.	E	E	E
4. Oda içindeki gardıroplar her mevsime uygun giysileri, ayakkabıları ve diğer küçük eşyaları da alabilecek büyüklüktedir.	6	6	6
☐ Gardırobun içinde küçük kilitli bir bölüm mevcuttur.	E	E	E
☐ Gardırobun konumu dolaşımı ve odadaki diğer işlevleri engellemeyecek şekildedir.	E	E	E
5. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmıştır.	4	5	5
☐ Odaların banyolarındaki batarya ve düğmeler kolayca anlaşılabilir.	E	E	E
☐ Banyodaki raflar, hastaların temizlik malzemelerini kolayca alabilecek büyüklüktedir.	H	H	E
☐ Duşta havlu ve elbise askıları duş teknesinin hemen yanında fakat su	E	H	E

gelmeyecek bir konumdadır.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Banyo tezgahı, hastanın klozette otururken de kullanabileceği gibi tasarlanmıştır. | H | H | H |
| ☐ Banyoda, gerekli tıbbi malzemelerin depolanacağı bir alan mevcuttur. | H | H | E |
| 6. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüştür. | 4 | 6 | 5 |
| ☐ Duş alanı, hastanın tekerlekli sandalyeden direk duş taburesine geçebileceği şekilde tasarlanmıştır. | H | E | E |
| ☐ Ele alınabilen duş başlığı mevcuttur. | E | E | E |
| ☐ Duş bataryaları ve duş başlığına hem ayakta hem de oturur pozisyonda ulaşılır. | E | E | E |
| ☐ Duşta sabun ve şampuan hem oturan hem de ayaktaki hastanın rahatça ulaşabileceği konumdadır. | H | E | E |
| ☐ Duş için ayrılan alanda, hastaya yardımcı olmak üzere iki kişilik daha yer mevcuttur. | E | H | E |

1.2. Ulaşılabilirlik

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 7. Tekerlekli sandalye, serum askısı ve yürüteçlerin oda içinde rahatça dolaşması ve dönmesi mümkündür. | 6 | 6 | 6 |
| ☐ Oda ve banyodaki aynalar, oturan veya tekerlekli sandalyedeki hastalar tarafından da kullanılabilir. | H | H | H |
| ☐ Oda ve banyodaki elektrik prizleri tekerlekli sandalyedeki hastalar tarafından da ulaşılıp kullanılabilir. | H | H | H |
| 8. Banyoda tekerlekli sandalyedeki hastalar için kullanım düşünülmüştür. | 5 | 5 | 5 |
| ☐ Banyo ve lavabodaki bataryalar güçsüz veya kavrama kabiliyeti düşük hastalar tarafından da ulaşılıp kontrol edilebilir. | E | E | E |
| ☐ Banyolardaki raflar, tekerlekli sandalyedeki hastaların da kullanabileceği gibi konumlandırılmıştır. | H | H | H |
| ☐ Tuvalet girişi ve klozete kadar olan alanda, tekerlekli sandalyedeki bir hastaya yardımcı olmak üzere iki hemşirenin hareket edebileceği alan mevcuttur. | E | H | H |
| 9. Odalarda haritalar sağlanmıştır. | 6 | 6 | 6 |
| ☐ Haritalar okunaklıdır. | E | E | E |

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ Haritalar “buradasınız” etiketine sahiptir. | E | E | E |
|--|---|---|---|

2. PSİKO-SOSYAL KALİTE

2.1. Estetik

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 10. Odalarda dışarıyı görüş/manzara düşünülmüştür. | 6 | 5 | 4 |
| ☐ Yarı-özel odalar için yatakların yan yana olduğu bir düzen seçilmişse, yatağı koridor tarafına yakın olan hasta pencereden dışarıyı görebilir. | E | E | H |
| ☐ Hasta odalarının pencereleri mümkün olduğunca büyüktür. | E | E | H |
| ☐ Mümkünse, sokak kotunda yer alan aktiviteler pencerelerden görülebilir. | H | H | H |
| ☐ Perdeler hasta ve ziyaretçiler tarafından kolayca idare edilebilir. | E | E | H |
| ☐ Perdeler, odanın geceleri tamamen karanlık olmasını sağlar. | E | E | E |
| 11. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde ve yeterince kullanılmıştır. | 4 | 4 | 2 |
| ☐ Odalardaki sanat eserlerinin konumları, yataktan rahatça görülebilecek şekildedir. | E | E | H |
| ☐ Kullanılan sanat eserleri, soyut eserler olmaktan çok natüremortlar ve diğer tasvirlerden mi oluşmaktadır. | E | E | H |
| ☐ Kullanılan sanat eserlerinde fotoğraflar ve resim reproduksiyonları mevcuttur. | E | H | H |
| ☐ Kullanılan sanat eserlerinde şehir manzaraları, portreler, koyu renkler ve yazılı posterlerden kaçınılmıştır. | E | E | H |
| ☐ Doğa odalarda canlandırılmıştır. | H | H | H |

2.2. Konfor

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 12. Yarı-özel odalarda iki televizyon mevcuttur. | 1 | 1 | 1 |
| ☐ Televizyon ve radyolar için kişisel kulaklıklar sağlanmıştır. | H | H | H |
| 13. Aydınlatma doğru ve yeterli düzeyde tasarlanmıştır. | 4 | 5 | 3 |
| ☐ Aydınlatma düzeyleri, günün farklı zamanlarına, odadaki gün ışığına ve odadaki farklı işlevlere göre ayarlanabilir. | H | H | H |
| ☐ Aydınlatma düğmeleri, hem hasta hem de personel için kolay ulaşılabilir. | H | H | H |
| ☐ Hasta yatağının yakınında gece lambası mevcuttur. | H | H | H |
| ☐ Odada gölge oluşturan veya hasta tenine doğal olmayan bir ton veren ışıklandırmadan kaçınılmıştır. | E | E | E |

☐ Hasta ve ziyaretçilerin çok parlak ışıktan rahatsız olmamaları için dolaylı aydınlatma sağlanmıştır.	H	H	H
☐ Eğer ayakuçları birbirine bakan yataklarla bir oda tasarlanmışsa, hastaların yatak başlarındaki ışıkların birbirinin gözlerini almaması sağlanmıştır.	*	*	*
14. Banyo havalandırması iyi yapılır.	6	6	6
15. Isısal konfor sağlanmıştır.	6	6	6
16. Odalarda rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmıştır.	6	6	6

2.3. Mahremiyet ve özerklik

17. Hasta odaları mahremiyete önem verecek şekilde tasarlanmıştır.	5	5	5
☐ Hasta odasının koridora bakan duvarında bir pencere mevcutsa, hasta bu pencerenin görsel olarak kapanmasını kontrol edebilir.	*	*	*
☐ Eğer ayakuçları birbirine bakan yataklarla bir oda tasarlanmışsa, hastaların birbirini görüşleri mümkündür.	*	*	*
☐ Oda kapısı, baş tarafı yerine ayakucu tarafında mı konumlandırılmıştır.	E	E	E
☐ Hasta odalarındaki malzemelerin sesi yutan malzemeler olmasına dikkat edilmiştir.	H	H	H
☐ Hasta odalarının yakınlarındaki mekanlar sessiz işlemlere sahiptir.	E	E	E
☐ Hastaların tekli veya ikili oda seçenekleri vardır.	E	E	E
18. Hasta odalarını, örneğin küçük nesneler, resimler veya çiçekler ile kişiselleştirilebilmek için raflar veya panolar mevcuttur.	4	3	4
19. Banyo, mahremiyeti sağlamak üzere akustik olarak izole edilmiştir.	5	5	5
20. Banyo, dışarıya bakan duvar yerine koridor tarafındaki duvarda mı konumlandırılmıştır.	6	6	6

2.4. Sosyal destek ve Yetki vermek

21. Uzun süreli kalacak olan hastalar ve sosyal iletişime ihtiyaç duyanlar için, 3 veya 4 yataklı odalar mevcuttur.	6	6	6
☐ Ziyaretçiler, hastalarıyla yemek yerken oturacak bir yer, bir masa veya tepsi sağlanmıştır.	E	E	E

3. TEKNİK KALİTE

3.1. Sağlık ve güvenlik

22. Odalardaki donatılar sivri köşelerden arındırılmıştır.	6	6	6
☐ Gece kullanımı için, odada ve banyoda gece ışığı ve ışıklandırılmış düğmeler mevcuttur.	E	E	E
23. Banyo kapısı dışardan açılabilir.	6	6	6
☐ Banyoda dışarıdan geçen borular yanık ve diğer yaralanmaları engelleyecek şekilde izole edilmiş ve konumlandırılmıştır.	E	E	E
☐ Banyodaki raflar sivri köşelerden arındırılmıştır.	E	E	E
☐ Banyo küveti/duş teknesi yerler kaymayan bir malzemeye kaplanmıştır.	H	H	E
☐ Duş alırken ayakta duramayanlar için bir duş taburesi mevcuttur.	E	E	E
☐ Duş taburesi kaymayan bir malzemedendir.	H	H	H
☐ Banyoda tutunma barları mevcuttur.	E	E	E
☐ Tutunma barları hasta duş taburesinden kalkarken, tekerlekli sandalyeden tuvalete veya duş taburesine geçerken ve ayakta dururken, hastanın ağırlığını taşıyabilecek güçte ve tasarımdadır.	H	E	E
☐ Klozette oturan bir hasta tarafından ulaşılacak acil durum düğmesi mevcuttur.	E	E	E
24. Çöpler, hasta odalarından uzaktır.	6	6	6

TANI, KONSÜLTASYON VE TEDAVİ ODALARI

1. İŞLEVSEL KALİTE

1.1. Kullanım

1. Soyunma odaları işlevseldir.	*	*	*
☐ Soyunma odalarındaki en az bir kabin, içeriye bir hastayla beraber bir kişinin daha girmesine olanak verebilecek büyüklükte tasarlanmıştır.	*	*	*
☐ Soyunma odalarındaki aydınlatma yeterlidir.	*	*	*
☐ Ayakkabılarını giymek ve bağlamak için eğilemeyenler için yardımcı olması amacıyla küçük bir mobilya düşünülmüştür.	*	*	*
2. Bekleme alanları işlevseldir.	4	5	5
☐ Bekleme alanlarının yakınında tuvaletler ve içme suyu mevcuttur.	H	E	E
☐ Bekleme odasındaki oturma birimleri yeterli ve rahattır.	H	E	E
3. Konsültasyon odalarında doğal ışık mevcuttur.	6	5	4
4. Hasta ihtiyaçları yeterli düzeyde düşünülmüştür.	3	5	5
☐ Tekerlekli sandalye kullanıcıları için de ulaşılabilir olan tuvaletler ve içme suları hasta ve yakınları için mevcuttur.	H	H	E
☐ Tekerlekli sandalyeler için tasarlanmış tuvalet, içme suyu ve telefonların konumlandırılmaları, önlüklü insanların halka açık mekanlara çıkmasını gerektirmeyecek, hasta yakınlarının da tedavi alanlarına geçmesini gerektirmeyecek şekilde tasarlanmıştır.	*	*	*
5. Soyunma odaları herkesin kullanımına uygun tasarlanmıştır.	*	*	*
☐ En azından bir soyunma odası veya kabin, bir tekerlekli sandalye ve yardımcı bir kişiyi alabilecek ölçülerdedir.	*	*	*
☐ Soyunma odasına konan ayna, tekerlekli sandalye kullananlar tarafından da kullanılabilir.	*	*	*
6. Hastaların tıbbi malzeme ve araç-gereçle ilişkisi en aza indirilmiştir.	1	3	1
7. Eğer hasta yakınlarının tedavi odalarına girmesine izin verilmiyorsa, bu odaların hemen yanında bekleme alanları tasarlanmıştır.	6	6	6

1.2. Ulaşılabilirlik

8. Muayene ve tedavi odaları, hastaların geri dönüşlerinde yollarını kolayca bulabilmeleri açısından açıkça belirlenmiştir.	3	3	2
9. Rota ve gidilecek yerler açıkça işaretlenmiştir.	3	3	2
10. Dolaşım alanlarına çıkışlar rahat anlaşılabilir şekilde tasarlanmıştır.	3	3	6

2. PSİKO-SOSYAL KALİTE

2.1. Estetik

11. Tıbbi ekipman kullanımda değilse görüntüden saklanmıştır.	1	3	4
12. Muayene ve tedavi odalarının duvar ve tavanlarında doğal öğeler veya rahatlatıcı sanat eserleri mevcuttur.	5	4	1
13. Muayene ve tedavi odasının dekorasyonu, sıcak, rahatlatıcı bir imaj yaratır.	4	3	1

2.2. Konfor

14. Soyunma odası, muayene odası, tedavi odası ve hastaların önlükle beklediği bütün alanlar, kurumun geri kalanından biraz daha sıcak olacak şekilde tasarlanmıştır.	*	*	*
15. Mevcut ışıklandırma gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde tasarlanmıştır.	3	3	6
☐ Işıklandırma, tedavi gören hastanın gözünün içine girmesini önleyecek şekilde konumlandırılmıştır.	H	E	E
☐ Muayene ve tedavi işlemlerinin stresli olacağını öngörüldüğü durumlar için, direk olmayan, yumuşak ışıklandırma sağlanmıştır.	H	H	H
16. Mümkün olduğunca, her muayene ve tedavi odasında iki rahat sandalye mevcuttur.	5	6	5
☐ Rahat oturma birimleri sağlanmıştır.	E	E	E
17. Hastaları rahatlatıcı pozitif uyaranlar düşünülmüş tür.	3	2	2
☐ Muayene odasında, dışarının gürültülerini maskelemek ve rahatlamaya yardımcı olmak amacıyla, hastanın kontrol edebileceği müzik mevcuttur.	H	H	H
☐ Muayene ve tedavi işlemlerinin uzun sürebileceği durumlarda, televizyon, radyo, müzik ve dergiler mevcuttur.	H	H	H
☐ Görsel mahremiyetin gerekli olmayacağı durumlar için, dış mekanlar ve holü görmeye imkan verecek pencereler mevcuttur.	E	H	H

18. Rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmıştır.	5	6	5
19. Termal konfor ve havalandırma sağlanmıştır.	5	6	6

2.3. Mahremiyet ve özerklik

20. Tıbbi personelin ailelerle özel görüşmeler yapabileceği, yeterli sayıda konsültasyon odası mevcuttur.	5	6	6
21. Muayene ve tedavi odaları, mahremiyeti sağlayacak şekilde tasarlanmıştır.	6	6	6
☐ Muayene ve tedavi odalarında mahremiyeti sağlayacak perdeler uygun yerlere konulmuştur.	E	E	E
☐ Muayene ve tedavi odaları işitsel olarak mahremiyeti sağlar.	E	E	E
☐ Muayene ve tedavi odaları görsel olarak mahremiyeti sağlar.	E	E	E
☐ Muayene ve tedavi odalarının yanlarında, tedaviden sonra dinlenmeye ihtiyaç duyan hastaların kullanması için, ayrı bir derlenme odası tasarlanmıştır.	H	H	H
☐ Soyunma-giyinme odalarının kilitlenebilir kapıları vardır.	*	*	*
☐ Soyunma kabinlerindeki perde veya duvarlar tam bir görsel mahremiyet sağlar.	*	*	*
☐ Soyunma odalarında giysilerin asılması ve kişisel eşyaların saklanması için ulaşılması kolay kancalar, raflar mevcuttur.	*	*	*
☐ Eğer hastalar muayene odasında soyunuyorlarsa, kapı açık olduğunda mahremiyeti sağlamak üzere perde veya başka bir malzemeden bir ayırıcı sağlanmıştır.	H	E	E
☐ Hastalar, soyunma alanından önlükle bekleme alanına, oradan da muayene veya tedavi odasına, diğer insanların görüş alanında olmaksızın geçebilir.	*	*	*
☐ Eğer hastaların önlükle bir bekleme odasında beklemeleri gerekiyorsa, oda, cinsiyetle göre ayrılmış iki bölümden oluşur.	*	*	*

3. TEKNİK KALİTE

3.1. Sağlık ve güvenlik

22. Bütün bekleme alanları, personelin sürekli gözetimi altında olacak şekilde tasarlanmıştır.	6	6	6
--	---	---	---

(*) işaretinin olduğu sorulara ilişkin mekanlar ve özellikler bu hastanede bulunmamaktadır.

Ek 6 Hasta anket formu

Anketin bu bölümünde, tedavi gördüğünüz hastanenin, **HASTANE GENELİ, BİNA KABUĞU VE BİÇİMLENİŞİ** ile ilgili görüşlerinizi bizimle paylaşmanızı rica ediyoruz.

Soruların karşılıklarına, 6 üzerinden not verirken, **1:çok zayıf/çok kötü, 6:mükemmel/çok iyi** olduğunu düşünerek not vermeniz gerekmektedir. Vereceğiniz puan için sayının üzerine örnekteki gibi bir işaret koymanız yeterlidir. Bazı soruların cevapları ise **evet** veya **hayır** olacak şekilde düzenlenmiştir.

Vaktiniz ve sabrınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Aslı Sungur Ergenoğlu- Yıldız Teknik Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi-Mimari Tasarım Sorunları Bilim Dalı

Örnek 1 _____

1	2	X	4	5	6
---	---	----------	---	---	---

Örnek 2 _____

Xevet ☐ hayır

MESLEĞİNİZ: _____

1. Hastane binası, işlevsel gereklilikleri karşılıyor mu?
2. Bina içinde ve dışında yürüme mesafeleri mümkün olduğunca kısa ve dolambaçsız mı?
3. Bina içinde ve dışında iş akışı ve kullanıcı dolaşımı uygun şekilde planlanmış mı?
4. Bina içindeki mekanlar kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?
5. Binaya bütün araçlar (taksi, toplu ulaşım, özel araç gibi) ile ulaşım kolay mı?
6. Girişlerin görülmesi ve ulaşımı iyi düzenlenmiş mi?
7. Bina, bütününde, herkes için engellerden arındırılarak ulaşılabilir kılınmış mı?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

☐ Engelli insanlar ve çocuk arabalı ebeveynler için kolay ulaşım sağlanmış mı?

☐evet ☐ hayır

☐ Dışarıdaki alanlar, engelliler ve çocuk arabalarının geçebileceği şekilde, sokak mobilyaları, mazgallar gibi engellerden arındırılmış mı?

☐evet ☐ hayır

8. Hasta ve ziyaretçiler için yeterli park alanı var mı?
9. İç ve dışta yön bulma için haritalar varsa, haritalar okunaklı mı?
10. İşaretleme sistemi var ise, işaretler açıkça görülebiliyor mu?
11. Yol-yön bulmayı kolaylaştırmak için peyzaj, heykel gibi öğelerden yararlanılmış mı?
12. Dış cephede yol-yön bulmak için renk, doku, tasarım, malzeme farklılıkları var mı?
13. Binanın işleviyle tasarımı bütünleşmiş mi/uyumlu mu?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

☐ Bina (içeride ve dışarıda) bir iyi-olma mesajı iletiyor mu?

☐evet ☐ hayır

☐ Bina güven hissi uyandırıyor mu?

☐evet ☐ hayır

☐ Binanın dışardan hoş karşılayıcı bir görünüşü var mı?

☐evet ☐ hayır

☐ Binanın (içeride ve dışarıda) sağlık binası olduğu görsel olarak iletiliyor mu?

☐evet ☐ hayır

☐ Bina kaliteli görünüyor mu?

☐evet ☐ hayır

14. Bina tasarımında hoş giden yenilikler/ilginçlikler var mı?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

15. Bina, sanat eseri olarak kabul edilecek bir tasarım değeri gösteriyor mu?

16. Bina bölümleri birbiriyle uyumlu tasarlanmış mı?

17. Binanın kompozisyonu dengeli ve oranları doğru kurulmuş mu?

18. Bina formu estetik mi?

19. Malzeme seçimi estetik mi?

20. Bina ve ekleri çevresine ve arsaya uygun biçimde tasarlanmış mı?

☐ Bölgedeki mimari ve tarihi çevreye uyum sağlıyor mu?

☐evet ☐ hayır

☐ Siluet/görünüm/peyzaj açısından arsaya uygun mu?

☐evet ☐ hayır

21. Park alanları güvenli mi?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Anketin bu bölümünde, tedavi gördüğünüz hastanenin **DIŞ MEKANLARI VE YEŞİL ALANLARI** ile ilgili görüşlerinizi bizimle paylaşmanızı rica ediyoruz.

1. Dış mekanlarda oturma birimleri, topluca oturmaya elverişli birimler ve daha kişisel birimler oluşturacak şekilde tasarlanmış mı?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

2. Araçtan inilen nokta ve giriş, iklimden korunacak şekilde (saçak vb) tasarlanmış mı?

☐ Kış aylarında yağmur, kar ve rüzgar rahatsız edici mi?

☐evet ☐ hayır

☐ Yaz aylarında güneş ve sıcak etkili mi?

☐evet ☐ hayır

3. Giriş tıkanıklığı önleyecek şekilde yeteri kadar geniş mi?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

4. Kaldırımlar, dış mekanlardaki yollar ve yeşil alanlardaki patikalarda, kullanılan kaplama malzemesi tekerlekli sandalyelerin sarsılmadan geçmesine imkan veriyor mu?

5. Dış mekanlarda yol-yön bulmak için yardımcı ipuçları (heykel, resim, peyzaj özellikleri vb) var mı?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

6. Dış mekanlar, hasta ve diğer kullanıcılara çekici gelecek şekilde tasarlanmış mı?

7. Oturma birimleri, rahat bir şekilde oturup kalkamayan kişilerin de buraları rahatça kullanabilmesine olanak veriyor mu?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

8. Dış mekanların aydınlatması güvenlik duygusunu tatmin edecek şekilde yapılmış mı?

7. Asansörler doğru tasarlanmış mı?
8. Bekleme ve dolaşım alanlarında engellilerin rahatça dolaşabilmesi mümkün mü?
9. Hastaneye ilk girişte, hastalar nereye başvuracaklarını açıkça görebiliyor mu?
10. Hastaneye ilk girişte, kullanıcıların yol-yön bulmaları ve bilgilendirilmeleri için işaretleme sistemleri var ise işaretler okunaklı mı?
11. Yön bulma için haritalar var ise, haritalar okunaklı mı?
12. Yol-yön bulma için başka yardımlar var mı?
13. Asansörler herkesin kullanımına uygun tasarlanmış mı?
14. Hoş karşılayan/estetik bir giriş ve danışma alanı mevcut mu?
15. Bekleme alanı karışıklıktan uzak mı?
16. Giriş ve danışma alanında bekleme için oturma alanları iyi düzenlenmiş mi?
17. Dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?
18. Dolaşım alanları rahatsızlık verici etkilerden arındırılmış mı?
19. Isısal konfor sağlanmış mı?
20. Aşırı sıcaklık yayan aydınlatmalardan kaçınılmış mı?
21. Rahatsız edici kokuların (ilaç, tuvalet,yemek vb) bulunmaması sağlanmış mı?
22. Mahremiyet hem görsel, hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?
23. Bekleme alanında çocuklar için oyun alanı var ise, oyun alanı güvenli mi?
24. Danışma bankosu güvenli mi?
25. Mobilyalar güvenli olacak şekilde seçilmiş mi?
26. Koridorlar güvenli mi?
27. Merdivenler güvenli mi?

[illegible]

Anketin bu bölümünde, tedavi gördüğünüz hastanenin **HASTA ODALARI** ile ilgili görüşlerinizi bizimle paylaşmanızı rica ediyoruz.

1. Hasta yatağı, gardirop, yatak başında duran bir raf veya komodin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?
2. Kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?
3. Yatak kontrolü, hemşire çağırma düğmesi, ışık ve televizyon kontrol düğmelerinin kullanımı kolay ve anlaşılabilir mi?
4. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

5. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?
6. Tekerlekli sandalye ve serum askısıyla oda içinde rahatça dolaşmak mümkün mü?
7. Odalarda dışarıyı görüş/manzara düşünülmüş mü?
8. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde ve yeterince kullanılmış mı?
9. Aydınlatma doğru ve yeterli düzeyde tasarlanmış mı?
10. Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?
11. Isısal konfor sağlanmış mı?
12. Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?
13. Banyo, ses açısından izole edilmiş mi?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

Anketin bu bölümünde, tedavi gördüğünüz hastanenin **TANI, KONSÜLTASYON VE TEDAVİ ODALARI** ile ilgili görüşlerinizi bizimle paylaşmanızı rica ediyoruz.

1. Soyunma odaları işlevsel mi?
2. Bekleme alanları işlevsel mi?
3. Hasta ihtiyaçları yeterli düzeyde düşünülmüş mü?
4. Soyunma odaları herkesin kullanımına uygun tasarlanmış mı?
5. Muayene ve tedavi odaları, hastaların geri dönüşlerinde yollarını kolayca bulabilmeleri açısından açıkça belirlenmiş mi?
6. Rota ve gidilecek yerler açıkça işaretlenmiş mi?
7. Muayene ve tedavi odalarında doğal öğeler veya sanat eserleri var mı?
8. Muayene ve tedavi odasının dekorasyonu, sıcak, rahatlatıcı bir imaj yaratıyor mu?
9. Işıklandırma gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?
10. Rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmış mı?
11. Özel görüşmeler için yeterli sayıda konsültasyon odası mevcut mu?
12. Muayene ve tedavi odaları, görsel mahremiyeti sağlayacak şekilde tasarlanmış mı?
13. Muayene ve tedavi odaları, işitsel mahremiyeti sağlayacak şekilde tasarlanmış mı?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

Ekleme istedikleriniz:

Ek 7 Tıbbi personel anket formu

Anketin bu bölümünde, tedavi gördüğünüz hastanenin, **HASTANE GENELİ, BİNA KABUĞU VE BİÇİMLENİŞİ** ile ilgili görüşlerinizi bizimle paylaşmanızı rica ediyoruz.

Soruların karşılıklarına, 6 üzerinden not verirken, **1:çok zayıf/çok kötü, 6:mükemmel/çok iyi** olduğunu düşünerek not vermeniz gerekmektedir. Vereceğiniz puan için sayının üzerine örnekteki gibi bir işaret koymanız yeterlidir. Diğer soruların cevapları **evet** veya **hayır** olacak şekilde düzenlenmiştir.

Vaktiniz ve sabrınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Aslı Sungur Ergenoğlu- Yıldız Teknik Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi-Mimari Tasarım Sorunları Bilim Dalı

Örnek 1_____

1	2	X	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Örnek 2_____

☒ evet ☐ hayır

MESLEĞİNİZ:_____

22. Tasarım, hastane yönetiminin hizmet felsefesi ve stratejisine uygun mu?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

☐ evet ☐ hayır

23. Hastane binası, işlevsel gereklilikleri karşılıyor mu?

☐ evet ☐ hayır

24. Genel olarak bina malzeme ve bitirmeleri kullanıma uygun mu?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

☐ evet ☐ hayır

☐ Genel olarak binadaki malzemelerin tamiri kolay ve ekonomik mi?

☐ Binayı içte ve dışta temiz tutmak kolay mı?

☐ evet ☐ hayır

25. Bina içinde ve dışındaki yürüme mesafeleri mümkün olduğunca kısa ve dolambaçsız mı?

☐ evet ☐ hayır

26. Bina içinde ve dışında iş akışı ve personel dolaşımı uygun şekilde planlanmış mı?

☐ evet ☐ hayır

☐ Bina içinde birimler arasında ulaşım uygun planlanmış mı?

☐ Bina içinde ve dışında araç-gereç dağıtımı uygun şekilde planlanmış mı?

☐ Bina içinde ve dışında çöp boşaltılması uygun şekilde planlanmış mı?

☐ Teşhis ve tanıya ilişkin birimler personelin ulaşımına uygun planlanmış mı?

27. Hastanedeki tüm mekan ve odalar hedeflenen işlevleri karşılayabilecek büyüklükte mi?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

28. Bekleme ve ortak alanlar, gibi alanların büyüklük ve sayıları bina bütününde yeterli mi?

29. Bina içindeki mekanlar kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?

30. Bina, değişiklik ve büyümeye imkan verebilecek şekilde tasarlanmış mı?

31. Binaya bütün araçlar (taksi, toplu ulaşım, özel araç gibi) için ulaşım olanakları kolay mı?

- ☐ Ambulanslar için uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmış mı?
- ☐ Yangın araçları için uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmış mı?
- ☐ Toplu taşıma araçları ile uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmış mı?

32. Girişlerin görülmesi ve ulaşımı iyi düzenlenmiş mi?

33. Girişin kullanımı herkes için kolay mı?

34. Servis araçları (mal nakli ve çöp boşaltımı) için ayrı servis girişi mevcut mu?

35. Bina, bütününde, herkes için engellerden arındırılarak ulaşılabilir kılınmış mı?

36. Yeterli park alanı var mı?

37. İç ve dışta yön bulma için haritalar varsa, haritalar okunaklı mı?

38. Dış cephede yol-yön bulmak için renk, doku, tasarım, malzeme farklılıkları var mı?

39. Bina, hastaların iyi olma halini destekleyici olarak tasarlanmış mı?

40. Binanın işleviyle tasarımı bütünleşmiş mi/uyumlu mu?

- ☐ Bina (içeride ve dışarıda) bir iyi-olma mesajı iletiyor mu?
- ☐ Binanın (içeride ve dışarıda) sağlık binası olduğu görsel olarak iletiliyor mu?
- ☐ Bina kaliteli görünüyor mu?

41. Bina tasarımında hoş giden yenilikler/ilginçlikler var mı?

42. Bina tasarımı yeterince uyarıcı bir hava taşıyor mu?

43. Bina, sanat eseri olarak kabul edilecek bir tasarım değeri gösteriyor mu?

44. Bina açıkça tanımlanmış bir mimari görünüm yaratıyor mu?

45. Bina bölümleri birbiriyle uyumlu tasarımlanmış mı?

46. Binanın kompozisyonu dengeli ve oranları doğru kurulmuş mu?

47. Bina formu estetik mi?

48. Malzeme seçimi estetik mi?

49. Bina tasarımını zenginleştiren renk ve dokular kullanılmış mı?

50. Bina ve ekleri çevresine ve arsaya uygun biçimde tasarlanmış mı?

- ☐ Bölgedeki mimari ve tarihi çevreye uyum sağlıyor mu?
- ☐ Siluet/görünüm/peyzaj açısından arsaya uygun mu?

51. Bina çevresine katkı ve yeni yerel iş alanları sağlayarak kentsel gelişimde mekan duygusunu güçlendiriyor mu?

52. Bitişik binalara iyi bir komşu oluyor mu?

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

☐ evet ☐ hayır

☐ evet ☐ hayır

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

53. Bu binada görev yapmak statü açısından sizce bir farklılık yaratıyor mu?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

54. Park alanları güvenli mi?

Anketin bu bölümünde, tedavi gördüğünüz hastanenin **DIŞ MEKANLARI VE YEŞİL ALANLARI** ile ilgili görüşlerinizi bizimle paylaşmanızı rica ediyoruz.

9. Dış mekanlarda oturma birimlerinin konum ve tasarımları, topluca oturmaya elverişli birimler ve daha kişisel oturma birimleri oluşturacak şekilde tasarlanmış mı?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

10. Araçtan inilen nokta ve giriş iklimden korunacak şekilde (saçak vb) tasarlanmış mı?

☐ Kış aylarında yağmur, kar ve rüzgar rahatsız edici mi?

☐ evet ☐ hayır

☐ Yaz aylarında güneş ve sıcak etkili mi?

☐ evet ☐ hayır

11. Giriş tıkanıklığı önleyecek şekilde yeteri kadar geniş mi?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

12. Kaldırımlar, dış mekanlardaki yollar ve yeşil alanlardaki patikalarda, kullanılan kaplama malzemesi tekerlekli sandalyelerin sarsılmadan geçmesine imkan veriyor mu?

13. Dış mekanlar, hasta ve diğer kullanıcılara çekici gelecek şekilde tasarlanmış mı?

14. Dış mekanların aydınlatması güvenlik duygusunu tatmin edecek şekilde yapılmış mı?

Anketin bu bölümünde, tedavi gördüğünüz hastanenin **GENEL İÇ MEKANLARI** ile ilgili görüşlerinizi bizimle paylaşmanızı rica ediyoruz.

18. Sosyal mekanlar ve dolaşım alanları, mekansal kaliteye sahip ve iyi planlanmış mı?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

19. İlişkili işlevlere sahip mekanlar birbirine yakın konumlandırılmış mı?

20. Genel olarak iç mekanlarda kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

☐ Genel olarak iç mekanlarda kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomik mi?

☐ evet ☐ hayır

21. Yol-yön bulma stratejisi yüksek kalitede mi?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

22. Kolay yol bulma için plan şeması basit, açık ve anlaşılabilir mi?

23. Hastane içinde yön bulma için harita ve işaretler mevcut mu?

☐ Haritalar okunaklı ve sürekli mi?

☐ evet ☐ hayır

24. Kurum iç mekanlarda yüksek kalitede bir hasta çevresi sağlıyor mu?

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

25. İç mekanlarda renk ve ışık uygun kullanılmış mı?

26. İç mekanlarda manzara uygun kullanılmış mı?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Ek 8 Hasta Yanıtlarının Frekans Tabloları

HASTANE GENELİ, BİNA KABUĞU VE BİÇİMLENİŞİ

1. Hastane binası, işlevsel gereklilikleri karşılıyor mu?

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	2	3	4,0	4,0
	3	14	18,7	22,7
	4	30	40,0	62,7
	5	14	18,7	81,3
	6	14	18,7	100,0
	Total	75	100,0	

4. Bina içindeki mekanlar kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	2	5	6,7	6,7
	3	6	8,0	14,7
	4	25	33,3	48,0
	5	19	25,3	73,3
	6	20	26,7	100,0
	Total	75	100,0	

2. Bina içinde ve dışında yürüme mesafeleri mümkün olduğunca kısa ve dolambasız mı?

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	2	13	17,3	17,3
	3	16	21,3	38,7
	4	25	33,3	72,0
	5	13	17,3	89,3
	6	8	10,7	100,0
	Total	75	100,0	

5. Binaya bütün araçlar (taksi, toplu ulaşım, özel araç gibi) ile ulaşım kolay mı?

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	2,7	2,7
	2	1	1,3	4,0
	3	10	13,3	17,3
	4	21	28,0	45,3
	5	32	42,7	88,0
	6	9	12,0	100,0
	Total	75	100,0	

3. Bina içinde ve dışında iş akışı ve kullanıcı dolaşımı uygun şekilde planlanmış mı?

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	1,3	1,3
	2	4	5,3	6,7
	3	23	30,7	37,3
	4	30	40,0	77,3
	5	15	20,0	97,3
	6	2	2,7	100,0
	Total	75	100,0	

6. Girişlerin görülmesi ve ulaşımı iyi düzenlenmiş mi?

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	1,3	1,3
	2	2	2,7	4,0
	3	10	13,3	17,3
	4	23	30,7	48,0
	5	23	30,7	78,7
	6	16	21,3	100,0
	Total	75	100,0	

7. Bina, bütününde, herkes için engellerden arındırılarak ulaşılabilir kılınmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	10	13,3	13,3
3	10	13,3	26,7
4	23	30,7	57,3
5	26	34,7	92,0
6	6	8,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Engelli insanlar ve çocuk arabalı ebeveynler için kolay ulaşım sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	58	77,3	77,3
Hayir	17	22,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Dışarıdaki alanlar, engelliler ve çocuk arabalarının geçebileceği şekilde, sokak mobilyaları, mazgallar gibi engellerden arındırılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	39	52,0	52,0
Hayir	36	48,0	100,0
Total	75	100,0	

8. Hasta ve ziyaretçiler için yeterli park alanı var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	6	8,0	9,3
3	20	26,7	36,0
4	12	16,0	52,0
5	27	36,0	88,0
6	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

9. İç ve dışta yön bulma için haritalar varsa, haritalar okunaklı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	17	22,7	33,3
3	29	38,7	72,0
4	12	16,0	88,0
5	7	9,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

10. İşaretleme sistemi var ise, işaretler açıkça görülebiliyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	20	26,7	34,7
3	26	34,7	69,3
4	11	14,7	84,0
5	8	10,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

11. Yol-yön bulmayı kolaylaştırmak için peyzaj, heykel gibi öğelerden yararlanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	28	37,3	37,3
2	24	32,0	69,3
3	17	22,7	92,0
4	5	6,7	98,7
5	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

12. Dış cephede yol-yön bulmak için renk, doku, tasarım, malzeme farklılıkları var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	18	24,0	24,0
2	21	28,0	52,0
3	20	26,7	78,7
4	12	16,0	94,7
5	3	4,0	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

13. Binanın işleviyle tasarımı bütünleşmiş mi/uyumlu mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	18	24,0	29,3
3	15	20,0	49,3
4	24	32,0	81,3
5	13	17,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bina (içeride ve dışarıda) bir iyi-olma mesajı iletiyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	46	61,3	61,3
Hayir	29	38,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bina güven hissi uyandırıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	67	89,3	89,3
Hayir	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Binanın dışardan hoş karşılayıcı bir görünüşü var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	34	45,3	45,3
Hayir	41	54,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Binanın (içeride ve dışarıda) sağlık binası olduğu görsel olarak iletiliyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	63	84,0	84,0
Hayir	12	16,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bina kaliteli görünüyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	64	85,3	85,3
Hayir	11	14,7	100,0
Total	75	100,0	

14. Bina tasarımında hoş giden yenilikler/ilginçlikler var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	29	38,7	42,7
3	23	30,7	73,3
4	19	25,3	98,7
5	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

15. Bina, sanat eseri olarak kabul edilecek bir tasarım değeri gösteriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	34	45,3	45,3
2	21	28,0	73,3
3	19	25,3	98,7
4	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

16. Bina bölümleri birbiriyle uyumlu tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	15	20,0	28,0
3	16	21,3	49,3
4	21	28,0	77,3
5	9	12,0	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

17. Binanın kompozisyonu dengeli ve oranları doğru kurulmuş mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	3	4,0	12,0
3	20	26,7	38,7
4	26	34,7	73,3
5	11	14,7	88,0
6	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

18. Bina formu estetik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	7	9,3	9,3
2	17	22,7	32,0
3	35	46,7	78,7
4	13	17,3	96,0
5	2	2,7	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

19. Malzeme seçimi estetik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	2	2,7	2,7
3	23	30,7	33,3
4	23	30,7	64,0
5	22	29,3	93,3
6	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

20. Bina ve ekleri çevresine ve arsaya uygun biçimde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	4	5,3	8,0
3	26	34,7	42,7
4	13	17,3	60,0
5	15	20,0	80,0
6	15	20,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bölgedeki mimari ve tarihi çevreye uyum sağlıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	46	61,3	61,3
Hayir	29	38,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Siluet/görünüm/peyzaj açısından arsaya uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	49	65,3	65,3
Hayir	26	34,7	100,0
Total	75	100,0	

21. Park alanları güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	15	20,0	24,0
3	14	18,7	42,7
4	12	16,0	58,7
5	20	26,7	85,3
6	11	14,7	100,0
Total	75	100,0	

DİŞ MEKANLAR VE YEŞİL ALANLAR

1. Dış mekanlarda oturma birimleri, topluca oturmaya elverişli birimler ve daha kişisel birimler oluşturacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	21	28,0	28,0
2	23	30,7	58,7
3	23	30,7	89,3
4	7	9,3	98,7
5	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

2. Araçtan inilen nokta ve giriş, iklimden korunacak şekilde (saçak vb) tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	2	2,7	5,3
3	4	5,3	10,7
4	13	17,3	28,0
5	29	38,7	66,7
6	25	33,3	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Kış aylarında yağmur, kar ve rüzgar rahatsız edici mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	3	4,0	4,1
Hayir	70	93,3	100,0
Total	73	97,3	
Missing System	2	2,7	
Total	75	100,0	

- ☐ Yaz aylarında güneş ve sıcak etkili mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	4	5,3	5,3
Hayir	71	94,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Giriş tıkanıklığı önleyecek şekilde yeteri kadar geniş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	3	4,0	5,3
3	10	13,3	18,7
4	17	22,7	41,3
5	22	29,3	70,7
6	22	29,3	100,0
Total	75	100,0	

4. Kaldırımlar, dış mekanlardaki yollar ve yeşil alanlardaki patikalarda, kullanılan kaplama malzemesi tekerlekli sandalyelerin sarsılmadan geçmesine imkan veriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	1	1,3	12,0
3	15	20,0	32,0
4	35	46,7	78,7
5	12	16,0	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

5. Dış mekanlarda yol-yön bulmak için yardımcı ipuçları (heykel, resim, peyzaj özellikleri vb) var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	16	21,3	21,3
2	24	32,0	53,3
3	17	22,7	76,0
4	12	16,0	92,0
5	5	6,7	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

6. Dış mekanlar, hasta ve diğer kullanıcılara çekici gelecek şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	13,3	13,3
2	26	34,7	48,0
3	30	40,0	88,0
4	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

7. Oturma birimleri, rahat bir şekilde oturup kalkamayan kişilerin de buraları rahatça kullanabilmesine olanak veriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	13	17,3	17,3
2	23	30,7	48,0
3	18	24,0	72,0
4	8	10,7	82,7
5	9	12,0	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

8. Dış mekanların aydınlatması güvenlik duygusunu tatmin edecek şekilde yapılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	15	20,0	22,7
3	11	14,7	37,3
4	25	33,3	70,7
5	13	17,3	88,0
6	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

GENEL İÇ MEKANLAR

1. Sosyal mekanlar ve dolaşım alanları, mekansal kaliteye sahip ve iyi planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	8	10,7	10,7
3	6	8,0	18,7
4	18	24,0	42,7
5	33	44,0	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

2. İlişkili işlevlere sahip mekanlar birbirine yakın konumlandırılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	10	13,3	13,3
3	4	5,3	18,7
4	35	46,7	65,3
5	19	25,3	90,7
6	7	9,3	100,0
Total	75	100,0	

3. Genel olarak iç mekanlarda kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
3	4	5,3	6,7
4	22	29,3	36,0
5	38	50,7	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

4. Kolay yol bulma için plan şeması basit, açık ve anlaşılabilir mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	9	12,0	22,7
3	19	25,3	48,0
4	14	18,7	66,7
5	16	21,3	88,0
6	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

5. Hastane içinde yol-yön bulmak farklı bölümler, (mimari detaylar, ışıklandırma, renk, doku, sanat eserleri ve bitkiler gibi öğelerle) birbirinden farklı kılınmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	12,0	12,0
2	15	20,0	32,0
3	21	28,0	60,0
4	16	21,3	81,3
5	10	13,3	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

6. Hastane içinde yön bulma için haritalar uygun yerlerde bulunuyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	13,3	13,3
2	19	25,3	38,7
3	5	6,7	45,3
4	8	10,7	56,0
5	18	24,0	80,0
6	15	20,0	100,0
Total	75	100,0	

7. İşaretler açıkça görülebiliyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	9	12,0	14,7
3	22	29,3	44,0
4	10	13,3	57,3
5	21	28,0	85,3
6	11	14,7	100,0
Total	75	100,0	

8. Kurum iç mekanlarda yüksek kalitede bir çevre sağlıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	7	9,3	14,7
4	17	22,7	37,3
5	27	36,0	73,3
6	20	26,7	100,0
Total	75	100,0	

9. Size göre iç mekanlarda renk ve ışık uygun kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	3	4,0	4,0
3	11	14,7	18,7
4	16	21,3	40,0
5	27	36,0	76,0
6	18	24,0	100,0
Total	75	100,0	

10. Size göre iç mekanlarda manzara uygun kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	4	5,3	10,7
3	27	36,0	46,7
4	23	30,7	77,3
5	11	14,7	92,0
6	6	8,0	100,0
Total	75	100,0	

11. İç mekanların tasarımı rahatlatıcı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	18	24,0	30,7
3	12	16,0	46,7
4	18	24,0	70,7
5	18	24,0	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

☐ İç mekanların tasarımı kurumsal olmayan ve evi andıran bir duygu veriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	15	20,0	20,0
Hayir	60	80,0	100,0
Total	75	100,0	

12. İç mekanlarda detaylara ve işçiliğe dikkat edilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	3	4,0	4,0
3	21	28,0	32,0
4	21	28,0	60,0
5	18	24,0	84,0
6	12	16,0	100,0
Total	75	100,0	

13. Gürültü ve diğer kişiler tarafından konuşmalarınızın duyulması önlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	12,0	12,0
2	1	1,3	13,3
3	19	25,3	38,7
4	14	18,7	57,3
5	19	25,3	82,7
6	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

14. Size göre genel olarak iç mekanların hava kalitesi uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	11	14,7	21,3
3	7	9,3	30,7
4	3	4,0	34,7
5	19	25,3	60,0
6	30	40,0	100,0
Total	75	100,0	

15. Bir ibadet mekanı var ise, huzurlu bir ortama sahip mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	56	74,7	74,7
2	9	12,0	86,7
3	1	1,3	88,0
6	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

16. Hasta eğitim fonksiyonu gören bir oda var ise, iyi tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	67	89,3	89,3
2	2	2,7	92,0
3	1	1,3	93,3
5	4	5,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

17. Hasta ve ziyaretçiler için kütüphane var ise, iyi tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	69	92,0	92,0
2	1	1,3	93,3
3	3	4,0	97,3
4	1	1,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

ORTAK ALANLAR (GİRİŞ HOLÜ, RESEPSİYON, BEKLEME ve DOLAŞIM ALANLARI)

1. Ortak alanlarda kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
3	7	9,3	10,7
4	26	34,7	45,3
5	25	33,3	78,7
6	16	21,3	100,0
Total	75	100,0	

2. Bütün kullanıcılar için ortak alanların büyüklüğü yeterli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	2	2,7	2,7
3	10	13,3	16,0
4	16	21,3	37,3
5	19	25,3	62,7
6	28	37,3	100,0
Total	75	100,0	

3. Banko doğru tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	9	12,0	12,0
4	24	32,0	44,0
5	17	22,7	66,7
6	25	33,3	100,0
Total	75	100,0	

4. Oturma alanları yeterli miktarda mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	5	6,7	6,7
3	17	22,7	29,3
4	21	28,0	57,3
5	9	12,0	69,3
6	23	30,7	100,0
Total	75	100,0	

5. Bekleme alanlarında ve etrafında ihtiyaçlar düşünülmüş mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	3	4,0	12,0
3	6	8,0	20,0
4	8	10,7	30,7
5	23	30,7	61,3
6	29	38,7	100,0
Total	75	100,0	

6. Koridorlar işlevsel tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	9	12,0	17,3
4	12	16,0	33,3
5	34	45,3	78,7
6	16	21,3	100,0
Total	75	100,0	

7. Asansörler doğru tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	6	8,0	18,7
3	8	10,7	29,3
4	14	18,7	48,0
5	26	34,7	82,7
6	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

8. Bekleme ve dolaşım alanlarında engellilerin rahatça dolaşabilmesi mümkün mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	6	8,0	8,0
3	6	8,0	16,0
4	13	17,3	33,3
5	36	48,0	81,3
6	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

9. Hastaneye ilk girişte, hastalar nereye başvuracaklarını açıkça görebiliyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
3	7	9,3	10,7
4	4	5,3	16,0
5	33	44,0	60,0
6	30	40,0	100,0
Total	75	100,0	

10. Hastaneye ilk girişte, kullanıcıların yol-yön bulmaları ve bilgilendirilmeleri için işaretleme sistemleri var ise işaretler okunaklı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	5	6,7	9,3
3	23	30,7	40,0
4	14	18,7	58,7
5	23	30,7	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

11. Yön bulma için haritalar var ise, haritalar okunaklı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	12	16,0	18,7
3	17	22,7	41,3
4	15	20,0	61,3
5	19	25,3	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

12. Yol-yön bulma için başka yardımlar var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	21	28,0	28,0
2	5	6,7	34,7
3	25	33,3	68,0
4	12	16,0	84,0
5	6	8,0	92,0
6	6	8,0	100,0
Total	75	100,0	

13. Asansörler herkesin kullanımına uygun tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	7	9,3	9,3
2	7	9,3	18,7
3	11	14,7	33,3
4	14	18,7	52,0
5	20	26,7	78,7
6	16	21,3	100,0
Total	75	100,0	

14. Hoş karşılayan/estetik bir giriş ve danışma alanı mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	17	22,7	25,3
3	20	26,7	52,0
4	18	24,0	76,0
5	13	17,3	93,3
6	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

15. Bekleme alanı karışıklıktan uzak mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	3	4,0	6,7
3	7	9,3	16,0
4	22	29,3	45,3
5	11	14,7	60,0
6	30	40,0	100,0
Total	75	100,0	

16. Giriş ve danışma alanında bekleme için oturma alanları iyi düzenlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	9	12,0	13,3
3	22	29,3	42,7
4	15	20,0	62,7
5	5	6,7	69,3
6	23	30,7	100,0
Total	75	100,0	

17. Dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	12	16,0	16,0
2	16	21,3	37,3
3	24	32,0	69,3
4	10	13,3	82,7
5	8	10,7	93,3
6	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

18. Dolaşım alanları rahatsızlık verici etkilere arındırılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	1	1,3	6,7
3	12	16,0	22,7
4	21	28,0	50,7
5	19	25,3	76,0
6	18	24,0	100,0
Total	75	100,0	

19. Isısal konfor sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
3	1	1,3	2,7
4	16	21,3	24,0
5	28	37,3	61,3
6	29	38,7	100,0
Total	75	100,0	

20. Aşırı sıcaklık yayan aydınlatmalardan kaçınılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	1	1,3	1,3
4	4	5,3	6,7
5	25	33,3	40,0
6	45	60,0	100,0
Total	75	100,0	

21. Rahatsız edici kokuların (ilaç, tuvalet,yemek vb) bulunmaması sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
3	3	4,0	6,7
4	2	2,7	9,3
5	22	29,3	38,7
6	46	61,3	100,0
Total	75	100,0	

22. Mahremiyet hem görsel, hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	5	6,7	6,7
4	22	29,3	36,0
5	22	29,3	65,3
6	26	34,7	100,0
Total	75	100,0	

23. Bekleme alanında çocuklar için oyun alanı var ise, oyun alanı güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	69	92,0	92,0
2	2	2,7	94,7
3	1	1,3	96,0
4	2	2,7	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

24. Danışma bankosu güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	6	8,0	8,0
4	5	6,7	14,7
5	23	30,7	45,3
6	41	54,7	100,0
Total	75	100,0	

25. Mobilyalar güvenli olacak şekilde seçilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	10	13,3	13,3
4	23	30,7	44,0
5	18	24,0	68,0
6	24	32,0	100,0
Total	75	100,0	

26. Koridorlar güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	5	6,7	6,7
4	13	17,3	24,0
5	32	42,7	66,7
6	25	33,3	100,0
Total	75	100,0	

27. Merdivenler güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	3	4,0	4,0
3	6	8,0	12,0
4	13	17,3	29,3
5	31	41,3	70,7
6	22	29,3	100,0
Total	75	100,0	

HASTA ODALARI

1. Hasta yatağı, gardırop, yatak başında duran bir raf veya komodin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
3	2	2,7	4,0
4	4	5,3	9,3
5	15	20,0	29,3
6	53	70,7	100,0
Total	75	100,0	

2. Kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	2	2,7	8,0
4	4	5,3	13,3
5	29	38,7	52,0
6	36	48,0	100,0
Total	75	100,0	

3. Yatak kontrolü, hemşire çağırma düğmesi, ışık ve televizyon kontrol düğmelerinin kullanımı kolay ve anlaşılabilir mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
3	2	2,7	4,0
4	8	10,7	14,7
5	25	33,3	48,0
6	39	52,0	100,0
Total	75	100,0	

4. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	11	14,7	14,7
4	6	8,0	22,7
5	24	32,0	54,7
6	34	45,3	100,0
Total	75	100,0	

5. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
3	10	13,3	14,7
4	8	10,7	25,3
5	24	32,0	57,3
6	32	42,7	100,0
Total	75	100,0	

6. Tekerlekli sandalye ve serum askısıyla oda içinde rahatça dolaşmak mümkün mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
3	2	2,7	4,0
4	11	14,7	18,7
5	34	45,3	64,0
6	27	36,0	100,0
Total	75	100,0	

7. Odalarda dışarıyı görüş/manzara düşünülmüş mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	11	14,7	17,3
3	2	2,7	20,0
4	24	32,0	52,0
5	19	25,3	77,3
6	17	22,7	100,0
Total	75	100,0	

8. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde ve yeterince kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	10	13,3	18,7
3	18	24,0	42,7
4	24	32,0	74,7
5	11	14,7	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

9. Aydınlatma doğru ve yeterli düzeyde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	5	6,7	6,7
3	2	2,7	9,3
4	23	30,7	40,0
5	32	42,7	82,7
6	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

10. Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	4	5,3	6,7
3	1	1,3	8,0
4	11	14,7	22,7
5	35	46,7	69,3
6	23	30,7	100,0
Total	75	100,0	

11. Isısal konfor sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
3	1	1,3	2,7
4	9	12,0	14,7
5	16	21,3	36,0
6	48	64,0	100,0
Total	75	100,0	

12. Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	5	6,7	6,7
4	15	20,0	26,7
5	20	26,7	53,3
6	35	46,7	100,0
Total	75	100,0	

13. Banyo, ses açısından izole edilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
4	23	30,7	32,0
5	23	30,7	62,7
6	28	37,3	100,0
Total	75	100,0	

TANI, KONSÜLTASYON VE TEDAVİ ODALARI

1. Soyunma odaları işlevsel mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	9	12,0	12,0
3	8	10,7	22,7
4	14	18,7	41,3
5	23	30,7	72,0
6	21	28,0	100,0
Total	75	100,0	

2. Bekleme alanları işlevsel mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	10	13,3	18,7
4	14	18,7	37,3
5	25	33,3	70,7
6	22	29,3	100,0
Total	75	100,0	

3. Hasta ihtiyaçları yeterli düzeyde düşünülmüş mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	1	1,3	2,7
3	7	9,3	12,0
4	22	29,3	41,3
5	23	30,7	72,0
6	21	28,0	100,0
Total	75	100,0	

4. Soyunma odaları herkesin kullanımına uygun tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	11	14,7	20,0
4	23	30,7	50,7
5	21	28,0	78,7
6	16	21,3	100,0
Total	75	100,0	

5. Muayene ve tedavi odaları, hastaların geri dönüşlerinde yollarını kolayca bulabilmeleri açısından açıkça belirlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	2	2,7	2,7
3	18	24,0	26,7
4	21	28,0	54,7
5	15	20,0	74,7
6	19	25,3	100,0
Total	75	100,0	

6. Rota ve gidilecek yerler açıkça işaretlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	8	10,7	10,7
3	15	20,0	30,7
4	23	30,7	61,3
5	11	14,7	76,0
6	18	24,0	100,0
Total	75	100,0	

7. Muayene ve tedavi odalarında doğal öğeler veya sanat eserleri var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	9	12,0	22,7
3	27	36,0	58,7
4	9	12,0	70,7
5	13	17,3	88,0
6	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

8. Muayene ve tedavi odasının dekorasyonu, sıcak, rahatlatıcı bir imaj yaratıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	26	34,7	40,0
3	25	33,3	73,3
4	5	6,7	80,0
5	7	9,3	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

9. Işıklandırma gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	5	6,7	6,7
3	17	22,7	29,3
4	7	9,3	38,7
5	29	38,7	77,3
6	17	22,7	100,0
Total	75	100,0	

10. Rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
3	5	6,7	8,0
4	9	12,0	20,0
5	21	28,0	48,0
6	39	52,0	100,0
Total	75	100,0	

11. Özel görüşmeler için yeterli sayıda konsültasyon odası mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	8	10,7	10,7
4	6	8,0	18,7
5	27	36,0	54,7
6	34	45,3	100,0
Total	75	100,0	

12. Muayene ve tedavi odaları, görsel mahremiyeti sağlayacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	2	2,7	2,7
3	8	10,7	13,3
4	6	8,0	21,3
5	27	36,0	57,3
6	32	42,7	100,0
Total	75	100,0	

13. Muayene ve tedavi odaları, işitsel mahremiyeti sağlayacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	14	18,7	18,7
4	13	17,3	36,0
5	24	32,0	68,0
6	24	32,0	100,0
Total	75	100,0	

Ek 9 Tıbbi personel yanıtları frekans tabloları

HASTANE GENELİ, BİNA KABUĞU VE BİÇİMLENİŞİ

1. Tasarım, hastane yönetiminin hizmet felsefesi ve stratejisine uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	6	8,0	8,0
3	26	34,7	42,7
4	24	32,0	74,7
5	17	22,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

2. Hastane binası, işlevsel gereklilikleri karşılıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	13	17,3	17,3
3	18	24,0	41,3
4	24	32,0	73,3
5	18	24,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Genel olarak bina malzeme ve bitirmeleri kullanıma uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	7	9,3	10,7
3	18	24,0	34,7
4	29	38,7	73,3
5	16	21,3	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

☐ Genel olarak binadaki malzemelerin tamiri kolay ve ekonomik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	57	76,0	76,0
Hayir	18	24,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Binayı içte ve dışta temiz tutmak kolay mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	61	81,3	81,3
Hayir	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

4. Bina içinde ve dışındaki yürüme mesafeleri mümkün olduğunca kısa ve dolambaçsız mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	18	24,0	30,7
3	19	25,3	56,0
4	11	14,7	70,7
5	21	28,0	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

5. Bina içinde ve dışında iş akışı ve personel dolaşımı uygun şekilde planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	22	29,3	29,3
3	26	34,7	64,0
4	16	21,3	85,3
5	10	13,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bina içinde birimler arasında ulaşım uygun planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	40	53,3	53,3
Hayir	35	46,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bina içinde ve dışında araç-gereç dağıtımı uygun şekilde planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	46	61,3	61,3
Hayir	29	38,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bina içinde ve dışında çöp boşaltılması uygun şekilde planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	61	81,3	81,3
Hayir	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Teşhis ve tanıya ilişkin birimler personelin ulaşımına uygun planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	48	64,0	64,0
Hayir	27	36,0	100,0
Total	75	100,0	

6. Hastanedeki tüm mekan ve odalar hedeflenen işlevleri karşılayabilecek büyüklükte mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	16	21,3	29,3
3	22	29,3	58,7
4	17	22,7	81,3
5	11	14,7	96,0
6	3	4,0	100,0
Total	75	100,0	

7. Bekleme ve ortak alanlar, gibi alanların büyüklük ve sayıları bina bütününde yeterli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	30	40,0	44,0
3	19	25,3	69,3
4	13	17,3	86,7
5	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

8. Bina içindeki mekanlar kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	17	22,7	24,0
3	31	41,3	65,3
4	17	22,7	88,0
5	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

9. Bina, değişiklik ve büyümeye imkan verebilecek şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	12,0	12,0
2	14	18,7	30,7
3	26	34,7	65,3
4	17	22,7	88,0
5	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

10. Binaya bütün araçlar (taksi, toplu ulaşım, özel araç gibi) için ulaşım olanakları kolay mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	15	20,0	20,0
2	10	13,3	33,3
3	8	10,7	44,0
4	16	21,3	65,3
5	21	28,0	93,3
6	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Ambulanslar için uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	67	89,3	89,3
Hayir	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Yangın araçları için uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	57	76,0	76,0
Hayir	18	24,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Toplu taşıma araçları ile uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	40	53,3	53,3
Hayir	33	44,0	97,3
4	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

11. Girişlerin görülmesi ve ulaşımı iyi düzenlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	19	25,3	25,3
4	28	37,3	62,7
5	26	34,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

12. Girişin kullanımı herkes için kolay mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	10	13,3	18,7
4	25	33,3	52,0
5	32	42,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

13. Servis araçları (mal nakli ve çöp boşaltımı) için ayrı servis girişi mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	8	10,7	12,0
3	7	9,3	21,3
4	4	5,3	26,7
5	45	60,0	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

14. Bina, bütününde, herkes için engellerden arındırılarak ulaşılabilir kılınmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	11	14,7	20,0
3	18	24,0	44,0
4	18	24,0	68,0
5	20	26,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

17. Dış cephede yol-yön bulmak için renk, doku, tasarım, malzeme farklılıkları var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	11	14,7	14,7
2	12	16,0	30,7
3	13	17,3	48,0
4	21	28,0	76,0
5	16	21,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

15. Yeterli park alanı var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	19	25,3	25,3
2	23	30,7	56,0
3	12	16,0	72,0
4	13	17,3	89,3
5	6	8,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

18. Bina, hastaların iyi olma halini destekleyici olarak tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	14	18,7	24,0
3	10	13,3	37,3
4	26	34,7	72,0
5	19	25,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

16. İç ve dışta yön bulma için haritalar varsa, haritalar okunaklı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	6	8,0	8,0
3	18	24,0	32,0
4	17	22,7	54,7
5	30	40,0	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

19. Binanın işleviyle tasarımı bütünleşmiş mi/uyumlu mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	12	16,0	21,3
3	17	22,7	44,0
4	29	38,7	82,7
5	11	14,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Bina (içeride ve dışarıda) bir iyi-olma mesajı iletiyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	56	74,7	74,7
Hayir	19	25,3	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Binanın (içeride ve dışarıda) sağlık binası olduğu görsel olarak iletiliyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	56	74,7	74,7
Hayir	19	25,3	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Bina kaliteli görünüyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	52	69,3	69,3
Hayir	23	30,7	100,0
Total	75	100,0	

20. Bina tasarımında hoş giden yenilikler/ilginçlikler var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	22	29,3	29,3
3	22	29,3	58,7
4	17	22,7	81,3
5	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

21. Bina tasarımı yeterince uyarıcı bir hava taşıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	23	30,7	34,7
3	20	26,7	61,3
4	19	25,3	86,7
5	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

22. Bina, sanat eseri olarak kabul edilecek bir tasarım değeri gösteriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	29	38,7	38,7
2	24	32,0	70,7
3	12	16,0	86,7
4	8	10,7	97,3
5	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

23. Bina açıkça tanımlanmış bir mimari görünüme yaratıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	12	16,0	16,0
2	28	37,3	53,3
3	8	10,7	64,0
4	22	29,3	93,3
5	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

24. Bina bölümleri birbiriyle uyumlu tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	12,0	12,0
2	12	16,0	28,0
3	19	25,3	53,3
4	25	33,3	86,7
5	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

25. Binanın kompozisyonu dengeli ve oranları doğru kurulmuş mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	12,0	12,0
2	7	9,3	21,3
3	21	28,0	49,3
4	34	45,3	94,7
5	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

26. Bina formu estetik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	16	21,3	21,3
2	15	20,0	41,3
3	15	20,0	61,3
4	18	24,0	85,3
5	10	13,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

27. Malzeme seçimi estetik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	18	24,0	29,3
3	16	21,3	50,7
4	18	24,0	74,7
5	16	21,3	96,0
6	3	4,0	100,0
Total	75	100,0	

28. Bina tasarımını zenginleştiren renk ve dokular kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	25	33,3	34,7
3	18	24,0	58,7
4	17	22,7	81,3
5	12	16,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

29. Bina ve ekleri çevresine ve arsaya uygun biçimde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	8	10,7	16,0
3	24	32,0	48,0
4	21	28,0	76,0
5	18	24,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bölgedeki mimari ve tarihi çevreye uyum sağlıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	51	68,0	68,0
Hayir	24	32,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Siluet/görünüm/peyzaj açısından arsaya uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	55	73,3	73,3
Hayir	20	26,7	100,0
Total	75	100,0	

30. Bina çevresine katkı ve yeni yerel iş alanları sağlayarak kentsel gelişimde mekan duygusunu güçlendiriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	11	14,7	14,7
3	21	28,0	42,7
4	32	42,7	85,3
5	11	14,7	100,0
Total	75	100,0	

33. Park alanları güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	13	17,3	17,3
2	9	12,0	29,3
3	18	24,0	53,3
4	21	28,0	81,3
5	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

31. Bitişik binalara iyi bir komşu oluyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	16	21,3	21,3
3	20	26,7	48,0
4	26	34,7	82,7
5	12	16,0	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

32. Bu binada görev yapmak statü açısından sizce bir farklılık yaratıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	2	2,7	6,7
3	25	33,3	40,0
4	20	26,7	66,7
5	17	22,7	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

DIŞ MEKANLAR VE YEŞİL ALANLAR

1. Dış mekanlarda oturma birimlerinin konum ve tasarımları, topluca oturmaya elverişli birimler ve daha kişisel oturma birimleri oluşturacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	15	20,0	20,0
2	21	28,0	48,0
3	26	34,7	82,7
4	10	13,3	96,0
5	3	4,0	100,0
Total	75	100,0	

2. Araçtan inilen nokta ve giriş iklimden korunacak şekilde (saçak vb) tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	10	13,3	24,0
3	14	18,7	42,7
4	30	40,0	82,7
5	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Kış aylarında yağmur, kar ve rüzgar rahatsız edici mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	44	58,7	58,7
Hayir	31	41,3	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Yaz aylarında güneş ve sıcak etkili mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	51	68,0	68,0
Hayir	24	32,0	100,0
Total	75	100,0	

3. Giriş tıkanıklığı önleyecek şekilde yeteri kadar geniş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	10	13,3	20,0
3	36	48,0	68,0
4	19	25,3	93,3
5	3	4,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

4. Kaldırımlar, dış mekanlardaki yollar ve yeşil alanlardaki patikalarda, kullanılan kaplama malzemesi tekerlekli sandalyelerin sarsılmadan geçmesine imkan veriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	8	10,7	16,0
3	22	29,3	45,3
4	35	46,7	92,0
5	4	5,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

5. Dış mekanlar, hasta ve diğer kullanıcılara çekici gelecek şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	15	20,0	20,0
2	16	21,3	41,3
3	19	25,3	66,7
4	17	22,7	89,3
5	6	8,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

6. Dış mekanların aydınlatması güvenlik duygusunu tatmin edecek şekilde yapılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	3	4,0	8,0
3	22	29,3	37,3
4	26	34,7	72,0
5	17	22,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

GENEL İÇ MEKANLAR

1. Sosyal mekanlar ve dolaşım alanları, mekansal kaliteye sahip ve iyi planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	5	6,7	10,7
3	34	45,3	56,0
4	19	25,3	81,3
5	9	12,0	93,3
6	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

2. İlişkili işlevlere sahip mekanlar birbirine yakın konumlandırılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	6	8,0	12,0
3	19	25,3	37,3
4	33	44,0	81,3
5	12	16,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Genel olarak iç mekanlarda kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
3	12	16,0	17,3
4	39	52,0	69,3
5	21	28,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Genel olarak iç mekanlarda kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	56	74,7	74,7
Hayir	19	25,3	100,0
Total	75	100,0	

4. Yol-yön bulma stratejisi yüksek kalitede mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	9	12,0	13,3
3	36	48,0	61,3
4	14	18,7	80,0
5	14	18,7	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

5. Kolay yol bulma için plan şeması basit, açık ve anlaşılabilir mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	10	13,3	13,3
3	37	49,3	62,7
4	14	18,7	81,3
5	10	13,3	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

6. Hastane içinde yön bulma için harita ve işaretler mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	8	10,7	14,7
3	10	13,3	28,0
4	19	25,3	53,3
5	27	36,0	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Haritalar okunaklı ve sürekli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	55	73,3	73,3
Hayir	20	26,7	100,0
Total	75	100,0	

7. Kurum iç mekanlarda yüksek kalitede bir hasta çevresi sağlıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	3	4,0	4,0
3	29	38,7	42,7
4	17	22,7	65,3
5	24	32,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

8. İç mekanlarda renk ve ışık uygun kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	9	12,0	12,0
3	22	29,3	41,3
4	19	25,3	66,7
5	21	28,0	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

9. İç mekanlarda manzara uygun kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	4	5,3	16,0
3	28	37,3	53,3
4	23	30,7	84,0
5	10	13,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

10. İç mekanların tasarımı rahatlatıcı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	14	18,7	18,7
3	20	26,7	45,3
4	27	36,0	81,3
5	13	17,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

☐ İç mekanların tasarımı kurumsal olmayan ve evi andıran bir duygu veriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	23	30,7	30,7
Hayir	52	69,3	100,0
Total	75	100,0	

11. İç mekanlarda detaylara ve işçiliğe dikkat edilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	12	16,0	21,3
3	24	32,0	53,3
4	11	14,7	68,0
5	18	24,0	92,0
6	6	8,0	100,0
Total	75	100,0	

12. Genel olarak iç mekanlarda konfor ve mahremiyet için akustik tasarım yapılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	9	12,0	20,0
3	25	33,3	53,3
4	18	24,0	77,3
5	15	20,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

13. Genel olarak iç mekanların hava kalitesi, hasta, personel ve halk için uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	17	22,7	28,0
3	10	13,3	41,3
4	23	30,7	72,0
5	17	22,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

14. Hasta eğitim odası varsa, iyi tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	20	26,7	26,7
2	2	2,7	29,3
3	19	25,3	54,7
4	27	36,0	90,7
5	5	6,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

15. Kütüphane var ise, kütüphane iyi tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	27	36,0	36,0
2	6	8,0	44,0
3	17	22,7	66,7
4	7	9,3	76,0
5	9	12,0	88,0
6	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

16. Personel bulunduğu bölümlerdeki hareketleri kolayca izleyebiliyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	13	17,3	17,3
2	13	17,3	34,7
3	21	28,0	62,7
4	14	18,7	81,3
5	11	14,7	96,0
6	3	4,0	100,0
Total	75	100,0	

ORTAK ALANLAR (GİRİŞ HOLÜ, RESEPSİYON, BEKLEME ve DOLAŞIM ALANLARI)

1. Ortak alanlarda kullanılan malzemeler uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	7	9,3	9,3
3	26	34,7	44,0
4	21	28,0	72,0
5	19	25,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Ortak alanlarda kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	46	61,3	61,3
Hayir	29	38,7	100,0
Total	75	100,0	

2. Bütün kullanıcılar için ortak alanların büyüklüğü yeterli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	12	16,0	16,0
2	11	14,7	30,7
3	21	28,0	58,7
4	23	30,7	89,3
5	3	4,0	93,3
6	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Banko doğru tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	3	4,0	12,0
3	31	41,3	53,3
4	22	29,3	82,7
5	10	13,3	96,0
6	3	4,0	100,0
Total	75	100,0	

4. Oturma alanları yeterli miktarda mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	19	25,3	25,3
2	13	17,3	42,7
3	19	25,3	68,0
4	13	17,3	85,3
5	9	12,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

5. Bekleme alanlarında ve etrafında ihtiyaçlar düşünülmüş mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	16	21,3	21,3
2	17	22,7	44,0
3	8	10,7	54,7
4	19	25,3	80,0
5	11	14,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

6. Koridorlar işlevsel tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	4	5,3	10,7
3	32	42,7	53,3
4	17	22,7	76,0
5	16	21,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

7. Personel dolaşımının bekleme alanlarından geçmesi tasarımıyla engellenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	14	18,7	18,7
2	20	26,7	45,3
3	25	33,3	78,7
4	11	14,7	93,3
5	4	5,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

8. Asansörler doğru tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	15	20,0	30,7
3	20	26,7	57,3
4	17	22,7	80,0
5	13	17,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

9. Bekleme alanında ve dolaşım alanlarında engellilerin rahatça dolaşabilmesi ve bu alanlara ulaşabilmesi mümkün mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	10	13,3	20,0
3	13	17,3	37,3
4	26	34,7	72,0
5	14	18,7	90,7
6	7	9,3	100,0
Total	75	100,0	

10. Hastaneye ilk girişte, hastalar nereye başvuracaklarını açıkça görebiliyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	13,3	13,3
2	8	10,7	24,0
3	10	13,3	37,3
4	15	20,0	57,3
5	21	28,0	85,3
6	11	14,7	100,0
Total	75	100,0	

11. Hastaneye ilk girişte, kullanıcıların yol-yön bulmaları ve bilgilendirilmeleri için işaretleme sistemleri var ise işaretler okunaklı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	14	18,7	18,7
3	17	22,7	41,3
4	23	30,7	72,0
5	19	25,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

12. Yön bulma için haritalar sağlanmış ise, haritalar okunaklı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	14	18,7	18,7
3	17	22,7	41,3
4	23	30,7	72,0
5	19	25,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

13. Yol-yön bulma için başka yardımlar var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	9	12,0	18,7
3	15	20,0	38,7
4	25	33,3	72,0
5	21	28,0	100,0
Total	75	100,0	

14. Asansörler herkesin kullanımına uygun tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	12	16,0	21,3
3	21	28,0	49,3
4	14	18,7	68,0
5	18	24,0	92,0
6	6	8,0	100,0
Total	75	100,0	

15. Hoş karşılayan/estetik bir giriş ve danışma alanı mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	11	14,7	20,0
3	14	18,7	38,7
4	26	34,7	73,3
5	20	26,7	100,0
Total	75	100,0	

16. Bekleme alanı karışıklıktan uzak mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	13,3	13,3
2	16	21,3	34,7
3	15	20,0	54,7
4	17	22,7	77,3
5	15	20,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

17. İnsanların konsültasyon için çağırılma sistemleri kullanıcı-dostu mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	13	17,3	21,3
3	16	21,3	42,7
4	13	17,3	60,0
5	26	34,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

18. Bekleme alanlarında oturma alanları iyi düzenlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	14	18,7	18,7
3	22	29,3	48,0
4	22	29,3	77,3
5	17	22,7	100,0
Total	75	100,0	

19. Dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	16	21,3	28,0
3	21	28,0	56,0
4	17	22,7	78,7
5	14	18,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

20. Dolaşım alanları rahatsızlık verici etkilere arındırılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	13	17,3	17,3
3	22	29,3	46,7
4	27	36,0	82,7
5	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

21. Isısal konfor sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	7	9,3	14,7
3	16	21,3	36,0
4	19	25,3	61,3
5	25	33,3	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

22. Rahatsız edici kokuların (ilaç, tuvalet,yemek vb) bulunmaması sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	5	6,7	10,7
3	20	26,7	37,3
4	18	24,0	61,3
5	19	25,3	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

23. Mahremiyet hem görsel, hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	8	10,7	14,7
3	15	20,0	34,7
4	21	28,0	62,7
5	26	34,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

24. Danışmada çalışan personelin özel eşya ve fotoğrafları gibi kişisel malzemelerini koymalarına ve çalıştıkları mekânı kişiselleştirmelerine imkan verilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	14	18,7	18,7
2	25	33,3	52,0
3	9	12,0	64,0
4	14	18,7	82,7
5	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

25. Ortak alanlardaki oturma birimleri, farklı sosyal gruplar ve farklı grup büyüklüklerine hitap edebilecek şekilde farklılaşıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	13,3	13,3
2	18	24,0	37,3
3	24	32,0	69,3
4	19	25,3	94,7
5	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

26. Bekleme alanında çocuklar için oyun alanı var ise, oyun alanı güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	26	34,7	34,7
2	12	16,0	50,7
3	10	13,3	64,0
4	25	33,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

27. Danışma bankosu güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	11	14,7	20,0
3	16	21,3	41,3
4	27	36,0	77,3
5	13	17,3	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

28. Mobilyalar güvenli olacak şekilde seçilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	7	9,3	9,3
3	22	29,3	38,7
4	21	28,0	66,7
5	23	30,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

29. Koridorlar güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	28	37,3	42,7
4	18	24,0	66,7
5	19	25,3	92,0
6	6	8,0	100,0
Total	75	100,0	

30. Merdivenler güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	10	13,3	17,3
3	15	20,0	37,3
4	22	29,3	66,7
5	18	24,0	90,7
6	7	9,3	100,0
Total	75	100,0	

HASTA ODALARI

1. Hasta yatağı, gardırop, yatak başında duran bir raf veya komodin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	7	9,3	9,3
3	16	21,3	30,7
4	20	26,7	57,3
5	18	24,0	81,3
6	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

2. Kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	2	2,7	8,0
3	15	20,0	28,0
4	24	32,0	60,0
5	23	30,7	90,7
6	7	9,3	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	52	69,3	69,3
Hayir	23	30,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Yatak kontrolü, hemşire çağırma düğmesi, ışık ve televizyon kontrol düğmelerinin kullanımı kolay ve anlaşılabilir mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	9	12,0	12,0
4	20	26,7	38,7
5	33	44,0	82,7
6	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

4. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	6	8,0	8,0
4	29	38,7	46,7
5	30	40,0	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

5. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
3	2	2,7	6,7
4	42	56,0	62,7
5	20	26,7	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

6. Tekerlekli sandalye ve serum askısıyla oda içinde rahatça dolaşmak mümkün mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	12	16,0	16,0
4	37	49,3	65,3
5	18	24,0	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

7. Aydınlatma doğru ve yeterli düzeyde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
3	11	14,7	16,0
4	34	45,3	61,3
5	22	29,3	90,7
6	7	9,3	100,0
Total	75	100,0	

8. Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	15	20,0	20,0
4	21	28,0	48,0
5	29	38,7	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

9. Isısal konfor sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
3	9	12,0	17,3
4	24	32,0	49,3
5	27	36,0	85,3
6	11	14,7	100,0
Total	75	100,0	

10. Odalarda rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	6	8,0	8,0
3	10	13,3	21,3
4	27	36,0	57,3
5	19	25,3	82,7
6	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

11. Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	5	6,7	8,0
3	20	26,7	34,7
4	25	33,3	68,0
5	22	29,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

12. Banyo, mahremiyeti sağlamak üzere akustik olarak izole edilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	10	13,3	13,3
3	12	16,0	29,3
4	25	33,3	62,7
5	24	32,0	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

TANI, KONSÜLTASYON VE TEDAVİ ODALARI

1. Soyunma odaları işlevsel mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	13,3	13,3
2	16	21,3	34,7
3	24	32,0	66,7
4	15	20,0	86,7
5	8	10,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

2. Bekleme alanları işlevsel mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	18	24,0	26,7
3	31	41,3	68,0
4	15	20,0	88,0
5	7	9,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Tıbbi personel ihtiyaçları yeterli düzeyde düşünülmüş mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	15	20,0	28,0
3	24	32,0	60,0
4	20	26,7	86,7
5	8	10,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

4. Soyunma odaları herkesin kullanımına uygun tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	15	20,0	28,0
3	32	42,7	70,7
4	17	22,7	93,3
5	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

5. Hastaların tıbbi malzeme ve araç-gereçle ilişkisi en aza indirilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	5	6,7	6,7
3	24	32,0	38,7
4	27	36,0	74,7
5	12	16,0	90,7
6	7	9,3	100,0
Total	75	100,0	

6. Muayene ve tedavi odaları, hastaların geri dönüşlerinde yollarını kolayca bulabilmeleri açısından açıkça belirlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	31	41,3	46,7
4	27	36,0	82,7
5	11	14,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

7. Tıbbi ekipman kullanımda değilse görüntüden saklanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	11	14,7	14,7
3	28	37,3	52,0
4	19	25,3	77,3
5	15	20,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

8. Muayene ve tedavi odalarının duvar ve tavanlarında doğal öğeler veya rahatlatıcı sanat eserleri mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	12,0	12,0
2	11	14,7	26,7
3	16	21,3	48,0
4	27	36,0	84,0
5	12	16,0	100,0
Total	75	100,0	

9. Muayene ve tedavi odasının dekorasyonu, sıcak, rahatlatıcı bir imaj yaratıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	4	5,3	8,0
3	29	38,7	46,7
4	28	37,3	84,0
5	11	14,7	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

10. Soyunma odası, muayene odası, tedavi odası ve hastaların önlükle beklediği bütün alanlar, kurumun geri kalanından biraz daha sıcak olacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	5	6,7	6,7
3	26	34,7	41,3
4	36	48,0	89,3
5	6	8,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

11. Işıklandırma gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	9	12,0	17,3
3	15	20,0	37,3
4	23	30,7	68,0
5	20	26,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

12. Rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	7	9,3	9,3
3	32	42,7	52,0
4	17	22,7	74,7
5	17	22,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

13. Tıbbi personelin ailelerle özel görüşmeler yapabileceği, yeterli sayıda konsültasyon odası mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	13	17,3	17,3
2	15	20,0	37,3
3	25	33,3	70,7
4	14	18,7	89,3
5	4	5,3	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

16. Bekleme alanları, personelin sürekli gözetimi altında olacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	3	4,0	14,7
3	29	38,7	53,3
4	18	24,0	77,3
5	15	20,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

14. Muayene ve tedavi odaları, işitsel mahremiyeti sağlıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	10	13,3	16,0
3	21	28,0	44,0
4	30	40,0	84,0
5	12	16,0	100,0
Total	75	100,0	

15. Muayene ve tedavi odaları, görsel mahremiyeti sağlıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	11	14,7	17,3
3	17	22,7	40,0
4	23	30,7	70,7
5	22	29,3	100,0
Total	75	100,0	

Ek 9 Tıbbi personel yanıtları frekans tabloları

HASTANE GENELİ, BİNA KABUĞU VE BİÇİMLENİŞİ

1. Tasarım, hastane yönetiminin hizmet felsefesi ve stratejisine uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	6	8,0	8,0
3	26	34,7	42,7
4	24	32,0	74,7
5	17	22,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

2. Hastane binası, işlevsel gereklilikleri karşılıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	13	17,3	17,3
3	18	24,0	41,3
4	24	32,0	73,3
5	18	24,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Genel olarak bina malzeme ve bitirmeleri kullanıma uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	7	9,3	10,7
3	18	24,0	34,7
4	29	38,7	73,3
5	16	21,3	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

☐ Genel olarak binadaki malzemelerin tamiri kolay ve ekonomik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	57	76,0	76,0
Hayir	18	24,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Binayı içte ve dışta temiz tutmak kolay mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	61	81,3	81,3
Hayir	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

4. Bina içinde ve dışındaki yürüme mesafeleri mümkün olduğunca kısa ve dolambaçsız mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	18	24,0	30,7
3	19	25,3	56,0
4	11	14,7	70,7
5	21	28,0	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

5. Bina içinde ve dışında iş akışı ve personel dolaşımı uygun şekilde planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	22	29,3	29,3
3	26	34,7	64,0
4	16	21,3	85,3
5	10	13,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bina içinde birimler arasında ulaşım uygun planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	40	53,3	53,3
Hayir	35	46,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bina içinde ve dışında araç-gereç dağıtımı uygun şekilde planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	46	61,3	61,3
Hayir	29	38,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bina içinde ve dışında çöp boşaltılması uygun şekilde planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	61	81,3	81,3
Hayir	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Teşhis ve tanıya ilişkin birimler personelin ulaşımına uygun planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	48	64,0	64,0
Hayir	27	36,0	100,0
Total	75	100,0	

6. Hastanedeki tüm mekan ve odalar hedeflenen işlevleri karşılayabilecek büyüklükte mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	16	21,3	29,3
3	22	29,3	58,7
4	17	22,7	81,3
5	11	14,7	96,0
6	3	4,0	100,0
Total	75	100,0	

7. Bekleme ve ortak alanlar, gibi alanların büyüklük ve sayıları bina bütününde yeterli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	30	40,0	44,0
3	19	25,3	69,3
4	13	17,3	86,7
5	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

8. Bina içindeki mekanlar kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	17	22,7	24,0
3	31	41,3	65,3
4	17	22,7	88,0
5	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

9. Bina, değişiklik ve büyümeye imkan verebilecek şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	12,0	12,0
2	14	18,7	30,7
3	26	34,7	65,3
4	17	22,7	88,0
5	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

10. Binaya bütün araçlar (taksi, toplu ulaşım, özel araç gibi) için ulaşım olanakları kolay mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	15	20,0	20,0
2	10	13,3	33,3
3	8	10,7	44,0
4	16	21,3	65,3
5	21	28,0	93,3
6	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Ambulanslar için uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	67	89,3	89,3
Hayir	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Yangın araçları için uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	57	76,0	76,0
Hayir	18	24,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Toplu taşıma araçları ile uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	40	53,3	53,3
Hayir	33	44,0	97,3
4	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

11. Girişlerin görülmesi ve ulaşımı iyi düzenlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	19	25,3	25,3
4	28	37,3	62,7
5	26	34,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

12. Girişin kullanımı herkes için kolay mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	10	13,3	18,7
4	25	33,3	52,0
5	32	42,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

13. Servis araçları (mal nakli ve çöp boşaltımı) için ayrı servis girişi mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	8	10,7	12,0
3	7	9,3	21,3
4	4	5,3	26,7
5	45	60,0	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

14. Bina, bütününde, herkes için engellerden arındırılarak ulaşılabilir kılınmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	11	14,7	20,0
3	18	24,0	44,0
4	18	24,0	68,0
5	20	26,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

17. Dış cephede yol-yön bulmak için renk, doku, tasarım, malzeme farklılıkları var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	11	14,7	14,7
2	12	16,0	30,7
3	13	17,3	48,0
4	21	28,0	76,0
5	16	21,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

15. Yeterli park alanı var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	19	25,3	25,3
2	23	30,7	56,0
3	12	16,0	72,0
4	13	17,3	89,3
5	6	8,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

18. Bina, hastaların iyi olma halini destekleyici olarak tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	14	18,7	24,0
3	10	13,3	37,3
4	26	34,7	72,0
5	19	25,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

16. İç ve dışta yön bulma için haritalar varsa, haritalar okunaklı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	6	8,0	8,0
3	18	24,0	32,0
4	17	22,7	54,7
5	30	40,0	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

19. Binanın işleviyle tasarımı bütünleşmiş mi/uyumlu mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	12	16,0	21,3
3	17	22,7	44,0
4	29	38,7	82,7
5	11	14,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Bina (içeride ve dışarıda) bir iyi-olma mesajı iletiyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	56	74,7	74,7
Hayir	19	25,3	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Binanın (içeride ve dışarıda) sağlık binası olduğu görsel olarak iletiliyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	56	74,7	74,7
Hayir	19	25,3	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Bina kaliteli görünüyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	52	69,3	69,3
Hayir	23	30,7	100,0
Total	75	100,0	

20. Bina tasarımında hoş giden yenilikler/ilginçlikler var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	22	29,3	29,3
3	22	29,3	58,7
4	17	22,7	81,3
5	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

21. Bina tasarımı yeterince uyarıcı bir hava taşıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	23	30,7	34,7
3	20	26,7	61,3
4	19	25,3	86,7
5	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

22. Bina, sanat eseri olarak kabul edilecek bir tasarım değeri gösteriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	29	38,7	38,7
2	24	32,0	70,7
3	12	16,0	86,7
4	8	10,7	97,3
5	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

23. Bina açıkça tanımlanmış bir mimari görünüme yaratıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	12	16,0	16,0
2	28	37,3	53,3
3	8	10,7	64,0
4	22	29,3	93,3
5	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

24. Bina bölümleri birbiriyle uyumlu tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	12,0	12,0
2	12	16,0	28,0
3	19	25,3	53,3
4	25	33,3	86,7
5	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

25. Binanın kompozisyonu dengeli ve oranları doğru kurulmuş mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	12,0	12,0
2	7	9,3	21,3
3	21	28,0	49,3
4	34	45,3	94,7
5	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

26. Bina formu estetik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	16	21,3	21,3
2	15	20,0	41,3
3	15	20,0	61,3
4	18	24,0	85,3
5	10	13,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

27. Malzeme seçimi estetik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	18	24,0	29,3
3	16	21,3	50,7
4	18	24,0	74,7
5	16	21,3	96,0
6	3	4,0	100,0
Total	75	100,0	

28. Bina tasarımını zenginleştiren renk ve dokular kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	25	33,3	34,7
3	18	24,0	58,7
4	17	22,7	81,3
5	12	16,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

29. Bina ve ekleri çevresine ve arsaya uygun biçimde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	8	10,7	16,0
3	24	32,0	48,0
4	21	28,0	76,0
5	18	24,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bölgedeki mimari ve tarihi çevreye uyum sağlıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	51	68,0	68,0
Hayir	24	32,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Siluet/görünüm/peyzaj açısından arsaya uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	55	73,3	73,3
Hayir	20	26,7	100,0
Total	75	100,0	

30. Bina çevresine katkı ve yeni yerel iş alanları sağlayarak kentsel gelişimde mekan duygusunu güçlendiriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	11	14,7	14,7
3	21	28,0	42,7
4	32	42,7	85,3
5	11	14,7	100,0
Total	75	100,0	

31. Bitişik binalara iyi bir komşu oluyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	16	21,3	21,3
3	20	26,7	48,0
4	26	34,7	82,7
5	12	16,0	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

32. Bu binada görev yapmak statü açısından sizce bir farklılık yaratıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	2	2,7	6,7
3	25	33,3	40,0
4	20	26,7	66,7
5	17	22,7	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

33. Park alanları güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	13	17,3	17,3
2	9	12,0	29,3
3	18	24,0	53,3
4	21	28,0	81,3
5	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

DIŞ MEKANLAR VE YEŞİL ALANLAR

1. Dış mekanlarda oturma birimlerinin konum ve tasarımları, topluca oturmaya elverişli birimler ve daha kişisel oturma birimleri oluşturacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	15	20,0	20,0
2	21	28,0	48,0
3	26	34,7	82,7
4	10	13,3	96,0
5	3	4,0	100,0
Total	75	100,0	

2. Araçtan inilen nokta ve giriş iklimden korunacak şekilde (saçak vb) tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	10	13,3	24,0
3	14	18,7	42,7
4	30	40,0	82,7
5	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Kış aylarında yağmur, kar ve rüzgar rahatsız edici mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	44	58,7	58,7
Hayir	31	41,3	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Yaz aylarında güneş ve sıcak etkili mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	51	68,0	68,0
Hayir	24	32,0	100,0
Total	75	100,0	

3. Giriş tıkanıklığı önleyecek şekilde yeteri kadar geniş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	10	13,3	20,0
3	36	48,0	68,0
4	19	25,3	93,3
5	3	4,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

4. Kaldırımlar, dış mekanlardaki yollar ve yeşil alanlardaki patikalarda, kullanılan kaplama malzemesi tekerlekli sandalyelerin sarsılmadan geçmesine imkan veriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	8	10,7	16,0
3	22	29,3	45,3
4	35	46,7	92,0
5	4	5,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

5. Dış mekanlar, hasta ve diğer kullanıcılara çekici gelecek şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	15	20,0	20,0
2	16	21,3	41,3
3	19	25,3	66,7
4	17	22,7	89,3
5	6	8,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

6. Dış mekanların aydınlatması güvenlik duygusunu tatmin edecek şekilde yapılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	3	4,0	8,0
3	22	29,3	37,3
4	26	34,7	72,0
5	17	22,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

GENEL İÇ MEKANLAR

1. Sosyal mekanlar ve dolaşım alanları, mekansal kaliteye sahip ve iyi planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	5	6,7	10,7
3	34	45,3	56,0
4	19	25,3	81,3
5	9	12,0	93,3
6	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

2. İlişkili işlevlere sahip mekanlar birbirine yakın konumlandırılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	6	8,0	12,0
3	19	25,3	37,3
4	33	44,0	81,3
5	12	16,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Genel olarak iç mekanlarda kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
3	12	16,0	17,3
4	39	52,0	69,3
5	21	28,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Genel olarak iç mekanlarda kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	56	74,7	74,7
Hayir	19	25,3	100,0
Total	75	100,0	

4. Yol-yön bulma stratejisi yüksek kalitede mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	9	12,0	13,3
3	36	48,0	61,3
4	14	18,7	80,0
5	14	18,7	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

5. Kolay yol bulma için plan şeması basit, açık ve anlaşılabilir mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	10	13,3	13,3
3	37	49,3	62,7
4	14	18,7	81,3
5	10	13,3	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

6. Hastane içinde yön bulma için harita ve işaretler mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	8	10,7	14,7
3	10	13,3	28,0
4	19	25,3	53,3
5	27	36,0	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Haritalar okunaklı ve sürekli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	55	73,3	73,3
Hayir	20	26,7	100,0
Total	75	100,0	

7. Kurum iç mekanlarda yüksek kalitede bir hasta çevresi sağlıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	3	4,0	4,0
3	29	38,7	42,7
4	17	22,7	65,3
5	24	32,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

8. İç mekanlarda renk ve ışık uygun kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	9	12,0	12,0
3	22	29,3	41,3
4	19	25,3	66,7
5	21	28,0	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

9. İç mekanlarda manzara uygun kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	4	5,3	16,0
3	28	37,3	53,3
4	23	30,7	84,0
5	10	13,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

10. İç mekanların tasarımı rahatlatıcı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	14	18,7	18,7
3	20	26,7	45,3
4	27	36,0	81,3
5	13	17,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

☐ İç mekanların tasarımı kurumsal olmayan ve evi andıran bir duygu veriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	23	30,7	30,7
Hayir	52	69,3	100,0
Total	75	100,0	

11. İç mekanlarda detaylara ve işçiliğe dikkat edilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	12	16,0	21,3
3	24	32,0	53,3
4	11	14,7	68,0
5	18	24,0	92,0
6	6	8,0	100,0
Total	75	100,0	

12. Genel olarak iç mekanlarda konfor ve mahremiyet için akustik tasarım yapılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	9	12,0	20,0
3	25	33,3	53,3
4	18	24,0	77,3
5	15	20,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

13. Genel olarak iç mekanların hava kalitesi, hasta, personel ve halk için uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	17	22,7	28,0
3	10	13,3	41,3
4	23	30,7	72,0
5	17	22,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

14. Hasta eğitim odası varsa, iyi tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	20	26,7	26,7
2	2	2,7	29,3
3	19	25,3	54,7
4	27	36,0	90,7
5	5	6,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

15. Kütüphane var ise, kütüphane iyi tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	27	36,0	36,0
2	6	8,0	44,0
3	17	22,7	66,7
4	7	9,3	76,0
5	9	12,0	88,0
6	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

16. Personel bulunduğu bölümlerdeki hareketleri kolayca izleyebiliyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	13	17,3	17,3
2	13	17,3	34,7
3	21	28,0	62,7
4	14	18,7	81,3
5	11	14,7	96,0
6	3	4,0	100,0
Total	75	100,0	

ORTAK ALANLAR (GİRİŞ HOLÜ, RESEPSİYON, BEKLEME ve DOLAŞIM ALANLARI)

1. Ortak alanlarda kullanılan malzemeler uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	7	9,3	9,3
3	26	34,7	44,0
4	21	28,0	72,0
5	19	25,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Ortak alanlarda kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	46	61,3	61,3
Hayir	29	38,7	100,0
Total	75	100,0	

2. Bütün kullanıcılar için ortak alanların büyüklüğü yeterli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	12	16,0	16,0
2	11	14,7	30,7
3	21	28,0	58,7
4	23	30,7	89,3
5	3	4,0	93,3
6	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Banko doğru tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	3	4,0	12,0
3	31	41,3	53,3
4	22	29,3	82,7
5	10	13,3	96,0
6	3	4,0	100,0
Total	75	100,0	

4. Oturma alanları yeterli miktarda mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	19	25,3	25,3
2	13	17,3	42,7
3	19	25,3	68,0
4	13	17,3	85,3
5	9	12,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

5. Bekleme alanlarında ve etrafında ihtiyaçlar düşünülmüş mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	16	21,3	21,3
2	17	22,7	44,0
3	8	10,7	54,7
4	19	25,3	80,0
5	11	14,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

6. Koridorlar işlevsel tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	4	5,3	10,7
3	32	42,7	53,3
4	17	22,7	76,0
5	16	21,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

7. Personel dolaşımının bekleme alanlarından geçmesi tasarımıyla engellenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	14	18,7	18,7
2	20	26,7	45,3
3	25	33,3	78,7
4	11	14,7	93,3
5	4	5,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

8. Asansörler doğru tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	15	20,0	30,7
3	20	26,7	57,3
4	17	22,7	80,0
5	13	17,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

9. Bekleme alanında ve dolaşım alanlarında engellilerin rahatça dolaşabilmesi ve bu alanlara ulaşabilmesi mümkün mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	10	13,3	20,0
3	13	17,3	37,3
4	26	34,7	72,0
5	14	18,7	90,7
6	7	9,3	100,0
Total	75	100,0	

10. Hastaneye ilk girişte, hastalar nereye başvuracaklarını açıkça görebiliyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	13,3	13,3
2	8	10,7	24,0
3	10	13,3	37,3
4	15	20,0	57,3
5	21	28,0	85,3
6	11	14,7	100,0
Total	75	100,0	

11. Hastaneye ilk girişte, kullanıcıların yol-yön bulmaları ve bilgilendirilmeleri için işaretleme sistemleri var ise işaretler okunaklı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	14	18,7	18,7
3	17	22,7	41,3
4	23	30,7	72,0
5	19	25,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

12. Yön bulma için haritalar sağlanmış ise, haritalar okunaklı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	14	18,7	18,7
3	17	22,7	41,3
4	23	30,7	72,0
5	19	25,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

13. Yol-yön bulma için başka yardımlar var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	9	12,0	18,7
3	15	20,0	38,7
4	25	33,3	72,0
5	21	28,0	100,0
Total	75	100,0	

14. Asansörler herkesin kullanımına uygun tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	12	16,0	21,3
3	21	28,0	49,3
4	14	18,7	68,0
5	18	24,0	92,0
6	6	8,0	100,0
Total	75	100,0	

15. Hoş karşılayan/estetik bir giriş ve danışma alanı mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	11	14,7	20,0
3	14	18,7	38,7
4	26	34,7	73,3
5	20	26,7	100,0
Total	75	100,0	

16. Bekleme alanı karışıklıktan uzak mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	13,3	13,3
2	16	21,3	34,7
3	15	20,0	54,7
4	17	22,7	77,3
5	15	20,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

17. İnsanların konsültasyon için çağırılma sistemleri kullanıcı-dostu mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	13	17,3	21,3
3	16	21,3	42,7
4	13	17,3	60,0
5	26	34,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

18. Bekleme alanlarında oturma alanları iyi düzenlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	14	18,7	18,7
3	22	29,3	48,0
4	22	29,3	77,3
5	17	22,7	100,0
Total	75	100,0	

19. Dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	16	21,3	28,0
3	21	28,0	56,0
4	17	22,7	78,7
5	14	18,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

20. Dolaşım alanları rahatsızlık verici etkilere arındırılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	13	17,3	17,3
3	22	29,3	46,7
4	27	36,0	82,7
5	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

21. Isısal konfor sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	7	9,3	14,7
3	16	21,3	36,0
4	19	25,3	61,3
5	25	33,3	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

22. Rahatsız edici kokuların (ilaç, tuvalet,yemek vb) bulunmaması sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	5	6,7	10,7
3	20	26,7	37,3
4	18	24,0	61,3
5	19	25,3	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

23. Mahremiyet hem görsel, hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	8	10,7	14,7
3	15	20,0	34,7
4	21	28,0	62,7
5	26	34,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

24. Danışmada çalışan personelin özel eşya ve fotoğrafları gibi kişisel malzemelerini koymalarına ve çalıştıkları mekânı kişiselleştirmelerine imkan verilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	14	18,7	18,7
2	25	33,3	52,0
3	9	12,0	64,0
4	14	18,7	82,7
5	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

25. Ortak alanlardaki oturma birimleri, farklı sosyal gruplar ve farklı grup büyüklüklerine hitap edebilecek şekilde farklılaşıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	13,3	13,3
2	18	24,0	37,3
3	24	32,0	69,3
4	19	25,3	94,7
5	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

26. Bekleme alanında çocuklar için oyun alanı var ise, oyun alanı güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	26	34,7	34,7
2	12	16,0	50,7
3	10	13,3	64,0
4	25	33,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

27. Danışma bankosu güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	11	14,7	20,0
3	16	21,3	41,3
4	27	36,0	77,3
5	13	17,3	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

28. Mobilyalar güvenli olacak şekilde seçilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	7	9,3	9,3
3	22	29,3	38,7
4	21	28,0	66,7
5	23	30,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

29. Koridorlar güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	28	37,3	42,7
4	18	24,0	66,7
5	19	25,3	92,0
6	6	8,0	100,0
Total	75	100,0	

30. Merdivenler güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	10	13,3	17,3
3	15	20,0	37,3
4	22	29,3	66,7
5	18	24,0	90,7
6	7	9,3	100,0
Total	75	100,0	

HASTA ODALARI

1. Hasta yatağı, gardırop, yatak başında duran bir raf veya komodin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	7	9,3	9,3
3	16	21,3	30,7
4	20	26,7	57,3
5	18	24,0	81,3
6	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

2. Kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	2	2,7	8,0
3	15	20,0	28,0
4	24	32,0	60,0
5	23	30,7	90,7
6	7	9,3	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	52	69,3	69,3
Hayir	23	30,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Yatak kontrolü, hemşire çağırma düğmesi, ışık ve televizyon kontrol düğmelerinin kullanımı kolay ve anlaşılabilir mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	9	12,0	12,0
4	20	26,7	38,7
5	33	44,0	82,7
6	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

4. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	6	8,0	8,0
4	29	38,7	46,7
5	30	40,0	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

5. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
3	2	2,7	6,7
4	42	56,0	62,7
5	20	26,7	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

6. Tekerlekli sandalye ve serum askısıyla oda içinde rahatça dolaşmak mümkün mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	12	16,0	16,0
4	37	49,3	65,3
5	18	24,0	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

7. Aydınlatma doğru ve yeterli düzeyde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
3	11	14,7	16,0
4	34	45,3	61,3
5	22	29,3	90,7
6	7	9,3	100,0
Total	75	100,0	

8. Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	15	20,0	20,0
4	21	28,0	48,0
5	29	38,7	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

9. Isısal konfor sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
3	9	12,0	17,3
4	24	32,0	49,3
5	27	36,0	85,3
6	11	14,7	100,0
Total	75	100,0	

10. Odalarda rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	6	8,0	8,0
3	10	13,3	21,3
4	27	36,0	57,3
5	19	25,3	82,7
6	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

11. Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	5	6,7	8,0
3	20	26,7	34,7
4	25	33,3	68,0
5	22	29,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

12. Banyo, mahremiyeti sağlamak üzere akustik olarak izole edilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	10	13,3	13,3
3	12	16,0	29,3
4	25	33,3	62,7
5	24	32,0	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

TANI, KONSÜLTASYON VE TEDAVİ ODALARI

1. Soyunma odaları işlevsel mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	13,3	13,3
2	16	21,3	34,7
3	24	32,0	66,7
4	15	20,0	86,7
5	8	10,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

2. Bekleme alanları işlevsel mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	18	24,0	26,7
3	31	41,3	68,0
4	15	20,0	88,0
5	7	9,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Tıbbi personel ihtiyaçları yeterli düzeyde düşünülmüş mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	15	20,0	28,0
3	24	32,0	60,0
4	20	26,7	86,7
5	8	10,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

4. Soyunma odaları herkesin kullanımına uygun tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	15	20,0	28,0
3	32	42,7	70,7
4	17	22,7	93,3
5	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

5. Hastaların tıbbi malzeme ve araç-gereçle ilişkisi en aza indirilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	5	6,7	6,7
3	24	32,0	38,7
4	27	36,0	74,7
5	12	16,0	90,7
6	7	9,3	100,0
Total	75	100,0	

6. Muayene ve tedavi odaları, hastaların geri dönüşlerinde yollarını kolayca bulabilmeleri açısından açıkça belirlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	31	41,3	46,7
4	27	36,0	82,7
5	11	14,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

7. Tıbbi ekipman kullanımda değilse görüntüden saklanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	11	14,7	14,7
3	28	37,3	52,0
4	19	25,3	77,3
5	15	20,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

8. Muayene ve tedavi odalarının duvar ve tavanlarında doğal öğeler veya rahatlatıcı sanat eserleri mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	12,0	12,0
2	11	14,7	26,7
3	16	21,3	48,0
4	27	36,0	84,0
5	12	16,0	100,0
Total	75	100,0	

9. Muayene ve tedavi odasının dekorasyonu, sıcak, rahatlatıcı bir imaj yaratıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	4	5,3	8,0
3	29	38,7	46,7
4	28	37,3	84,0
5	11	14,7	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

10. Soyunma odası, muayene odası, tedavi odası ve hastaların önlükle beklediği bütün alanlar, kurumun geri kalanından biraz daha sıcak olacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	5	6,7	6,7
3	26	34,7	41,3
4	36	48,0	89,3
5	6	8,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

11. Işıklandırma gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	9	12,0	17,3
3	15	20,0	37,3
4	23	30,7	68,0
5	20	26,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

12. Rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	7	9,3	9,3
3	32	42,7	52,0
4	17	22,7	74,7
5	17	22,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

13. Tıbbi personelin ailelerle özel görüşmeler yapabileceği, yeterli sayıda konsültasyon odası mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	13	17,3	17,3
2	15	20,0	37,3
3	25	33,3	70,7
4	14	18,7	89,3
5	4	5,3	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

16. Bekleme alanları, personelin sürekli gözetimi altında olacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	3	4,0	14,7
3	29	38,7	53,3
4	18	24,0	77,3
5	15	20,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

14. Muayene ve tedavi odaları, işitsel mahremiyeti sağlıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	10	13,3	16,0
3	21	28,0	44,0
4	30	40,0	84,0
5	12	16,0	100,0
Total	75	100,0	

15. Muayene ve tedavi odaları, görsel mahremiyeti sağlıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	11	14,7	17,3
3	17	22,7	40,0
4	23	30,7	70,7
5	22	29,3	100,0
Total	75	100,0	

Ek 8 Hasta Yanıtlarının Frekans Tabloları

HASTANE GENELİ, BİNA KABUĞU VE BİÇİMLENİŞİ

1. Hastane binası, işlevsel gereklilikleri karşılıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	3	4,0	4,0
3	14	18,7	22,7
4	30	40,0	62,7
5	14	18,7	81,3
6	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

2. Bina içinde ve dışında yürüme mesafeleri mümkün olduğunca kısa ve dolambaçsız mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	13	17,3	17,3
3	16	21,3	38,7
4	25	33,3	72,0
5	13	17,3	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Bina içinde ve dışında iş akışı ve kullanıcı dolaşımı uygun şekilde planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	4	5,3	6,7
3	23	30,7	37,3
4	30	40,0	77,3
5	15	20,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

4. Bina içindeki mekanlar kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	5	6,7	6,7
3	6	8,0	14,7
4	25	33,3	48,0
5	19	25,3	73,3
6	20	26,7	100,0
Total	75	100,0	

5. Binaya bütün araçlar (taksi, toplu ulaşım, özel araç gibi) ile ulaşım kolay mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	1	1,3	4,0
3	10	13,3	17,3
4	21	28,0	45,3
5	32	42,7	88,0
6	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

6. Girişlerin görülmesi ve ulaşımı iyi düzenlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	2	2,7	4,0
3	10	13,3	17,3
4	23	30,7	48,0
5	23	30,7	78,7
6	16	21,3	100,0
Total	75	100,0	

7. Bina, bütününde, herkes için engellerden arındırılarak ulaşılabilir kılınmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	10	13,3	13,3
3	10	13,3	26,7
4	23	30,7	57,3
5	26	34,7	92,0
6	6	8,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Engelli insanlar ve çocuk arabalı ebeveynler için kolay ulaşım sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	58	77,3	77,3
Hayir	17	22,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Dışarıdaki alanlar, engelliler ve çocuk arabalarının geçebileceği şekilde, sokak mobilyaları, mazgallar gibi engellerden arındırılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	39	52,0	52,0
Hayir	36	48,0	100,0
Total	75	100,0	

8. Hasta ve ziyaretçiler için yeterli park alanı var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	6	8,0	9,3
3	20	26,7	36,0
4	12	16,0	52,0
5	27	36,0	88,0
6	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

9. İç ve dışta yön bulma için haritalar varsa, haritalar okunaklı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	17	22,7	33,3
3	29	38,7	72,0
4	12	16,0	88,0
5	7	9,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

10. İşaretleme sistemi var ise, işaretler açıkça görülebiliyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	20	26,7	34,7
3	26	34,7	69,3
4	11	14,7	84,0
5	8	10,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

11. Yol-yön bulmayı kolaylaştırmak için peyzaj, heykel gibi öğelerden yararlanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	28	37,3	37,3
2	24	32,0	69,3
3	17	22,7	92,0
4	5	6,7	98,7
5	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

12. Dış cephede yol-yön bulmak için renk, doku, tasarım, malzeme farklılıkları var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	18	24,0	24,0
2	21	28,0	52,0
3	20	26,7	78,7
4	12	16,0	94,7
5	3	4,0	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

13. Binanın işleviyle tasarımı bütünleşmiş mi/uyumlu mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	18	24,0	29,3
3	15	20,0	49,3
4	24	32,0	81,3
5	13	17,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bina (içeride ve dışarıda) bir iyi-olma mesajı iletiyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	46	61,3	61,3
Hayir	29	38,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bina güven hissi uyandırıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	67	89,3	89,3
Hayir	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Binanın dışardan hoş karşılayıcı bir görünüşü var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	34	45,3	45,3
Hayir	41	54,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Binanın (içeride ve dışarıda) sağlık binası olduğu görsel olarak iletiliyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	63	84,0	84,0
Hayir	12	16,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bina kaliteli görünüyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	64	85,3	85,3
Hayir	11	14,7	100,0
Total	75	100,0	

14. Bina tasarımında hoş giden yenilikler/ilginçlikler var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	29	38,7	42,7
3	23	30,7	73,3
4	19	25,3	98,7
5	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

15. Bina, sanat eseri olarak kabul edilecek bir tasarım değeri gösteriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	34	45,3	45,3
2	21	28,0	73,3
3	19	25,3	98,7
4	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

16. Bina bölümleri birbiriyle uyumlu tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	15	20,0	28,0
3	16	21,3	49,3
4	21	28,0	77,3
5	9	12,0	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

17. Binanın kompozisyonu dengeli ve oranları doğru kurulmuş mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	3	4,0	12,0
3	20	26,7	38,7
4	26	34,7	73,3
5	11	14,7	88,0
6	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

18. Bina formu estetik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	7	9,3	9,3
2	17	22,7	32,0
3	35	46,7	78,7
4	13	17,3	96,0
5	2	2,7	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

19. Malzeme seçimi estetik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	2	2,7	2,7
3	23	30,7	33,3
4	23	30,7	64,0
5	22	29,3	93,3
6	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

20. Bina ve ekleri çevresine ve arsaya uygun biçimde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	4	5,3	8,0
3	26	34,7	42,7
4	13	17,3	60,0
5	15	20,0	80,0
6	15	20,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bölgedeki mimari ve tarihi çevreye uyum sağlıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	46	61,3	61,3
Hayir	29	38,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Siluet/görünüm/peyzaj açısından arsaya uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	49	65,3	65,3
Hayir	26	34,7	100,0
Total	75	100,0	

21. Park alanları güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	15	20,0	24,0
3	14	18,7	42,7
4	12	16,0	58,7
5	20	26,7	85,3
6	11	14,7	100,0
Total	75	100,0	

DİŞ MEKANLAR VE YEŞİL ALANLAR

1. Dış mekanlarda oturma birimleri, topluca oturmaya elverişli birimler ve daha kişisel birimler oluşturacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	21	28,0	28,0
2	23	30,7	58,7
3	23	30,7	89,3
4	7	9,3	98,7
5	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

2. Araçtan inilen nokta ve giriş, iklimden korunacak şekilde (saçak vb) tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	2	2,7	5,3
3	4	5,3	10,7
4	13	17,3	28,0
5	29	38,7	66,7
6	25	33,3	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Kış aylarında yağmur, kar ve rüzgar rahatsız edici mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	3	4,0	4,1
Hayir	70	93,3	100,0
Total	73	97,3	
Missing System	2	2,7	
Total	75	100,0	

- ☐ Yaz aylarında güneş ve sıcak etkili mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	4	5,3	5,3
Hayir	71	94,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Giriş tıkanıklığı önleyecek şekilde yeteri kadar geniş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	3	4,0	5,3
3	10	13,3	18,7
4	17	22,7	41,3
5	22	29,3	70,7
6	22	29,3	100,0
Total	75	100,0	

4. Kaldırımlar, dış mekanlardaki yollar ve yeşil alanlardaki patikalarda, kullanılan kaplama malzemesi tekerlekli sandalyelerin sarsılmadan geçmesine imkan veriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	1	1,3	12,0
3	15	20,0	32,0
4	35	46,7	78,7
5	12	16,0	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

5. Dış mekanlarda yol-yön bulmak için yardımcı ipuçları (heykel, resim, peyzaj özellikleri vb) var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	16	21,3	21,3
2	24	32,0	53,3
3	17	22,7	76,0
4	12	16,0	92,0
5	5	6,7	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

6. Dış mekanlar, hasta ve diğer kullanıcılara çekici gelecek şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	13,3	13,3
2	26	34,7	48,0
3	30	40,0	88,0
4	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

7. Oturma birimleri, rahat bir şekilde oturup kalkamayan kişilerin de buraları rahatça kullanabilmesine olanak veriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	13	17,3	17,3
2	23	30,7	48,0
3	18	24,0	72,0
4	8	10,7	82,7
5	9	12,0	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

8. Dış mekanların aydınlatması güvenlik duygusunu tatmin edecek şekilde yapılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	15	20,0	22,7
3	11	14,7	37,3
4	25	33,3	70,7
5	13	17,3	88,0
6	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

GENEL İÇ MEKANLAR

1. Sosyal mekanlar ve dolaşım alanları, mekansal kaliteye sahip ve iyi planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	8	10,7	10,7
3	6	8,0	18,7
4	18	24,0	42,7
5	33	44,0	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

2. İlişkili işlevlere sahip mekanlar birbirine yakın konumlandırılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	10	13,3	13,3
3	4	5,3	18,7
4	35	46,7	65,3
5	19	25,3	90,7
6	7	9,3	100,0
Total	75	100,0	

3. Genel olarak iç mekanlarda kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
3	4	5,3	6,7
4	22	29,3	36,0
5	38	50,7	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

4. Kolay yol bulma için plan şeması basit, açık ve anlaşılabilir mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	9	12,0	22,7
3	19	25,3	48,0
4	14	18,7	66,7
5	16	21,3	88,0
6	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

5. Hastane içinde yol-yön bulmak farklı bölümler, (mimari detaylar, ışıklandırma, renk, doku, sanat eserleri ve bitkiler gibi öğelerle) birbirinden farklı kılınmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	12,0	12,0
2	15	20,0	32,0
3	21	28,0	60,0
4	16	21,3	81,3
5	10	13,3	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

6. Hastane içinde yön bulma için haritalar uygun yerlerde bulunuyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	13,3	13,3
2	19	25,3	38,7
3	5	6,7	45,3
4	8	10,7	56,0
5	18	24,0	80,0
6	15	20,0	100,0
Total	75	100,0	

7. İşaretler açıkça görülebiliyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	9	12,0	14,7
3	22	29,3	44,0
4	10	13,3	57,3
5	21	28,0	85,3
6	11	14,7	100,0
Total	75	100,0	

8. Kurum iç mekanlarda yüksek kalitede bir çevre sağlıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	7	9,3	14,7
4	17	22,7	37,3
5	27	36,0	73,3
6	20	26,7	100,0
Total	75	100,0	

9. Size göre iç mekanlarda renk ve ışık uygun kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	3	4,0	4,0
3	11	14,7	18,7
4	16	21,3	40,0
5	27	36,0	76,0
6	18	24,0	100,0
Total	75	100,0	

10. Size göre iç mekanlarda manzara uygun kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	4	5,3	10,7
3	27	36,0	46,7
4	23	30,7	77,3
5	11	14,7	92,0
6	6	8,0	100,0
Total	75	100,0	

11. İç mekanların tasarımı rahatlatıcı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	18	24,0	30,7
3	12	16,0	46,7
4	18	24,0	70,7
5	18	24,0	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

☐ İç mekanların tasarımı kurumsal olmayan ve evi andıran bir duygu veriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	15	20,0	20,0
Hayir	60	80,0	100,0
Total	75	100,0	

12. İç mekanlarda detaylara ve işçiliğe dikkat edilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	3	4,0	4,0
3	21	28,0	32,0
4	21	28,0	60,0
5	18	24,0	84,0
6	12	16,0	100,0
Total	75	100,0	

13. Gürültü ve diğer kişiler tarafından konuşmalarınızın duyulması önlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	12,0	12,0
2	1	1,3	13,3
3	19	25,3	38,7
4	14	18,7	57,3
5	19	25,3	82,7
6	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

14. Size göre genel olarak iç mekanların hava kalitesi uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	11	14,7	21,3
3	7	9,3	30,7
4	3	4,0	34,7
5	19	25,3	60,0
6	30	40,0	100,0
Total	75	100,0	

15. Bir ibadet mekanı var ise, huzurlu bir ortama sahip mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	56	74,7	74,7
2	9	12,0	86,7
3	1	1,3	88,0
6	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

16. Hasta eğitim fonksiyonu gören bir oda var ise, iyi tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	67	89,3	89,3
2	2	2,7	92,0
3	1	1,3	93,3
5	4	5,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

17. Hasta ve ziyaretçiler için kütüphane var ise, iyi tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	69	92,0	92,0
2	1	1,3	93,3
3	3	4,0	97,3
4	1	1,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

ORTAK ALANLAR (GİRİŞ HOLÜ, RESEPSİYON, BEKLEME ve DOLAŞIM ALANLARI)

1. Ortak alanlarda kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
3	7	9,3	10,7
4	26	34,7	45,3
5	25	33,3	78,7
6	16	21,3	100,0
Total	75	100,0	

2. Bütün kullanıcılar için ortak alanların büyüklüğü yeterli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	2	2,7	2,7
3	10	13,3	16,0
4	16	21,3	37,3
5	19	25,3	62,7
6	28	37,3	100,0
Total	75	100,0	

3. Banko doğru tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	9	12,0	12,0
4	24	32,0	44,0
5	17	22,7	66,7
6	25	33,3	100,0
Total	75	100,0	

4. Oturma alanları yeterli miktarda mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	5	6,7	6,7
3	17	22,7	29,3
4	21	28,0	57,3
5	9	12,0	69,3
6	23	30,7	100,0
Total	75	100,0	

5. Bekleme alanlarında ve etrafında ihtiyaçlar düşünülmüş mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	3	4,0	12,0
3	6	8,0	20,0
4	8	10,7	30,7
5	23	30,7	61,3
6	29	38,7	100,0
Total	75	100,0	

6. Koridorlar işlevsel tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	9	12,0	17,3
4	12	16,0	33,3
5	34	45,3	78,7
6	16	21,3	100,0
Total	75	100,0	

7. Asansörler doğru tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	6	8,0	18,7
3	8	10,7	29,3
4	14	18,7	48,0
5	26	34,7	82,7
6	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

8. Bekleme ve dolaşım alanlarında engellilerin rahatça dolaşabilmesi mümkün mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	6	8,0	8,0
3	6	8,0	16,0
4	13	17,3	33,3
5	36	48,0	81,3
6	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

9. Hastaneye ilk girişte, hastalar nereye başvuracaklarını açıkça görebiliyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
3	7	9,3	10,7
4	4	5,3	16,0
5	33	44,0	60,0
6	30	40,0	100,0
Total	75	100,0	

10. Hastaneye ilk girişte, kullanıcıların yol-yön bulmaları ve bilgilendirilmeleri için işaretleme sistemleri var ise işaretler okunaklı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	5	6,7	9,3
3	23	30,7	40,0
4	14	18,7	58,7
5	23	30,7	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

11. Yön bulma için haritalar var ise, haritalar okunaklı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	12	16,0	18,7
3	17	22,7	41,3
4	15	20,0	61,3
5	19	25,3	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

12. Yol-yön bulma için başka yardımlar var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	21	28,0	28,0
2	5	6,7	34,7
3	25	33,3	68,0
4	12	16,0	84,0
5	6	8,0	92,0
6	6	8,0	100,0
Total	75	100,0	

13. Asansörler herkesin kullanımına uygun tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	7	9,3	9,3
2	7	9,3	18,7
3	11	14,7	33,3
4	14	18,7	52,0
5	20	26,7	78,7
6	16	21,3	100,0
Total	75	100,0	

14. Hoş karşılayan/estetik bir giriş ve danışma alanı mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	17	22,7	25,3
3	20	26,7	52,0
4	18	24,0	76,0
5	13	17,3	93,3
6	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

15. Bekleme alanı karışıklıktan uzak mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	3	4,0	6,7
3	7	9,3	16,0
4	22	29,3	45,3
5	11	14,7	60,0
6	30	40,0	100,0
Total	75	100,0	

16. Giriş ve danışma alanında bekleme için oturma alanları iyi düzenlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	9	12,0	13,3
3	22	29,3	42,7
4	15	20,0	62,7
5	5	6,7	69,3
6	23	30,7	100,0
Total	75	100,0	

17. Dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	12	16,0	16,0
2	16	21,3	37,3
3	24	32,0	69,3
4	10	13,3	82,7
5	8	10,7	93,3
6	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

18. Dolaşım alanları rahatsızlık verici etkilere arındırılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	1	1,3	6,7
3	12	16,0	22,7
4	21	28,0	50,7
5	19	25,3	76,0
6	18	24,0	100,0
Total	75	100,0	

19. Isısal konfor sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
3	1	1,3	2,7
4	16	21,3	24,0
5	28	37,3	61,3
6	29	38,7	100,0
Total	75	100,0	

20. Aşırı sıcaklık yayan aydınlatmalardan kaçınılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	1	1,3	1,3
4	4	5,3	6,7
5	25	33,3	40,0
6	45	60,0	100,0
Total	75	100,0	

21. Rahatsız edici kokuların (ilaç, tuvalet,yemek vb) bulunmaması sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
3	3	4,0	6,7
4	2	2,7	9,3
5	22	29,3	38,7
6	46	61,3	100,0
Total	75	100,0	

22. Mahremiyet hem görsel, hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	5	6,7	6,7
4	22	29,3	36,0
5	22	29,3	65,3
6	26	34,7	100,0
Total	75	100,0	

23. Bekleme alanında çocuklar için oyun alanı var ise, oyun alanı güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	69	92,0	92,0
2	2	2,7	94,7
3	1	1,3	96,0
4	2	2,7	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

24. Danışma bankosu güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	6	8,0	8,0
4	5	6,7	14,7
5	23	30,7	45,3
6	41	54,7	100,0
Total	75	100,0	

25. Mobilyalar güvenli olacak şekilde seçilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	10	13,3	13,3
4	23	30,7	44,0
5	18	24,0	68,0
6	24	32,0	100,0
Total	75	100,0	

26. Koridorlar güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	5	6,7	6,7
4	13	17,3	24,0
5	32	42,7	66,7
6	25	33,3	100,0
Total	75	100,0	

27. Merdivenler güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	3	4,0	4,0
3	6	8,0	12,0
4	13	17,3	29,3
5	31	41,3	70,7
6	22	29,3	100,0
Total	75	100,0	

HASTA ODALARI

1. Hasta yatağı, gardırop, yatak başında duran bir raf veya komodin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	1,3	1,3
	3	2	2,7	4,0
	4	4	5,3	9,3
	5	15	20,0	29,3
	6	53	70,7	100,0
	Total	75	100,0	

2. Kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	2	4	5,3	5,3
	3	2	2,7	8,0
	4	4	5,3	13,3
	5	29	38,7	52,0
	6	36	48,0	100,0
	Total	75	100,0	

3. Yatak kontrolü, hemşire çağırma düğmesi, ışık ve televizyon kontrol düğmelerinin kullanımı kolay ve anlaşılabilir mi?

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	1,3	1,3
	3	2	2,7	4,0
	4	8	10,7	14,7
	5	25	33,3	48,0
	6	39	52,0	100,0
	Total	75	100,0	

4. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	3	11	14,7	14,7
	4	6	8,0	22,7
	5	24	32,0	54,7
	6	34	45,3	100,0
	Total	75	100,0	

5. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	1,3	1,3
	3	10	13,3	14,7
	4	8	10,7	25,3
	5	24	32,0	57,3
	6	32	42,7	100,0
	Total	75	100,0	

6. Tekerlekli sandalye ve serum askısıyla oda içinde rahatça dolaşmak mümkün mü?

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	1,3	1,3
	3	2	2,7	4,0
	4	11	14,7	18,7
	5	34	45,3	64,0
	6	27	36,0	100,0
	Total	75	100,0	

7. Odalarda dışarıyı görüş/manzara düşünülmüş mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	11	14,7	17,3
3	2	2,7	20,0
4	24	32,0	52,0
5	19	25,3	77,3
6	17	22,7	100,0
Total	75	100,0	

8. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde ve yeterince kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	10	13,3	18,7
3	18	24,0	42,7
4	24	32,0	74,7
5	11	14,7	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

9. Aydınlatma doğru ve yeterli düzeyde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	5	6,7	6,7
3	2	2,7	9,3
4	23	30,7	40,0
5	32	42,7	82,7
6	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

10. Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	4	5,3	6,7
3	1	1,3	8,0
4	11	14,7	22,7
5	35	46,7	69,3
6	23	30,7	100,0
Total	75	100,0	

11. Isısal konfor sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
3	1	1,3	2,7
4	9	12,0	14,7
5	16	21,3	36,0
6	48	64,0	100,0
Total	75	100,0	

12. Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	5	6,7	6,7
4	15	20,0	26,7
5	20	26,7	53,3
6	35	46,7	100,0
Total	75	100,0	

13. Banyo, ses açısından izole edilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
4	23	30,7	32,0
5	23	30,7	62,7
6	28	37,3	100,0
Total	75	100,0	

TANI, KONSÜLTASYON VE TEDAVİ ODALARI

1. Soyunma odaları işlevsel mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	9	12,0	12,0
3	8	10,7	22,7
4	14	18,7	41,3
5	23	30,7	72,0
6	21	28,0	100,0
Total	75	100,0	

2. Bekleme alanları işlevsel mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	10	13,3	18,7
4	14	18,7	37,3
5	25	33,3	70,7
6	22	29,3	100,0
Total	75	100,0	

3. Hasta ihtiyaçları yeterli düzeyde düşünülmüş mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	1	1,3	2,7
3	7	9,3	12,0
4	22	29,3	41,3
5	23	30,7	72,0
6	21	28,0	100,0
Total	75	100,0	

4. Soyunma odaları herkesin kullanımına uygun tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	11	14,7	20,0
4	23	30,7	50,7
5	21	28,0	78,7
6	16	21,3	100,0
Total	75	100,0	

5. Muayene ve tedavi odaları, hastaların geri dönüşlerinde yollarını kolayca bulabilmeleri açısından açıkça belirlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	2	2,7	2,7
3	18	24,0	26,7
4	21	28,0	54,7
5	15	20,0	74,7
6	19	25,3	100,0
Total	75	100,0	

6. Rota ve gidilecek yerler açıkça işaretlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	8	10,7	10,7
3	15	20,0	30,7
4	23	30,7	61,3
5	11	14,7	76,0
6	18	24,0	100,0
Total	75	100,0	

7. Muayene ve tedavi odalarında doğal öğeler veya sanat eserleri var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	9	12,0	22,7
3	27	36,0	58,7
4	9	12,0	70,7
5	13	17,3	88,0
6	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

8. Muayene ve tedavi odasının dekorasyonu, sıcak, rahatlatıcı bir imaj yaratıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	26	34,7	40,0
3	25	33,3	73,3
4	5	6,7	80,0
5	7	9,3	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

9. Işıklandırma gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	5	6,7	6,7
3	17	22,7	29,3
4	7	9,3	38,7
5	29	38,7	77,3
6	17	22,7	100,0
Total	75	100,0	

10. Rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
3	5	6,7	8,0
4	9	12,0	20,0
5	21	28,0	48,0
6	39	52,0	100,0
Total	75	100,0	

11. Özel görüşmeler için yeterli sayıda konsültasyon odası mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	8	10,7	10,7
4	6	8,0	18,7
5	27	36,0	54,7
6	34	45,3	100,0
Total	75	100,0	

12. Muayene ve tedavi odaları, görsel mahremiyeti sağlayacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	2	2,7	2,7
3	8	10,7	13,3
4	6	8,0	21,3
5	27	36,0	57,3
6	32	42,7	100,0
Total	75	100,0	

13. Muayene ve tedavi odaları, işitsel mahremiyeti sağlayacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	14	18,7	18,7
4	13	17,3	36,0
5	24	32,0	68,0
6	24	32,0	100,0
Total	75	100,0	

Ek 9 Tıbbi personel yanıtları frekans tabloları

HASTANE GENELİ, BİNA KABUĞU VE BİÇİMLENİŞİ

1. Tasarım, hastane yönetiminin hizmet felsefesi ve stratejisine uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	6	8,0	8,0
3	26	34,7	42,7
4	24	32,0	74,7
5	17	22,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

2. Hastane binası, işlevsel gereklilikleri karşılıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	13	17,3	17,3
3	18	24,0	41,3
4	24	32,0	73,3
5	18	24,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Genel olarak bina malzeme ve bitirmeleri kullanıma uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	7	9,3	10,7
3	18	24,0	34,7
4	29	38,7	73,3
5	16	21,3	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

☐ Genel olarak binadaki malzemelerin tamiri kolay ve ekonomik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	57	76,0	76,0
Hayir	18	24,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Binayı içte ve dışta temiz tutmak kolay mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	61	81,3	81,3
Hayir	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

4. Bina içinde ve dışındaki yürüme mesafeleri mümkün olduğunca kısa ve dolambaçsız mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	18	24,0	30,7
3	19	25,3	56,0
4	11	14,7	70,7
5	21	28,0	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

5. Bina içinde ve dışında iş akışı ve personel dolaşımı uygun şekilde planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	22	29,3	29,3
3	26	34,7	64,0
4	16	21,3	85,3
5	10	13,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bina içinde birimler arasında ulaşım uygun planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	40	53,3	53,3
Hayir	35	46,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bina içinde ve dışında araç-gereç dağıtımı uygun şekilde planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	46	61,3	61,3
Hayir	29	38,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bina içinde ve dışında çöp boşaltılması uygun şekilde planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	61	81,3	81,3
Hayir	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Teşhis ve tanıya ilişkin birimler personelin ulaşımına uygun planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	48	64,0	64,0
Hayir	27	36,0	100,0
Total	75	100,0	

6. Hastanedeki tüm mekan ve odalar hedeflenen işlevleri karşılayabilecek büyüklükte mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	16	21,3	29,3
3	22	29,3	58,7
4	17	22,7	81,3
5	11	14,7	96,0
6	3	4,0	100,0
Total	75	100,0	

7. Bekleme ve ortak alanlar, gibi alanların büyüklük ve sayıları bina bütününde yeterli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	30	40,0	44,0
3	19	25,3	69,3
4	13	17,3	86,7
5	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

8. Bina içindeki mekanlar kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	17	22,7	24,0
3	31	41,3	65,3
4	17	22,7	88,0
5	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

9. Bina, değişiklik ve büyümeye imkan verebilecek şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	12,0	12,0
2	14	18,7	30,7
3	26	34,7	65,3
4	17	22,7	88,0
5	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

10. Binaya bütün araçlar (taksi, toplu ulaşım, özel araç gibi) için ulaşım olanakları kolay mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	15	20,0	20,0
2	10	13,3	33,3
3	8	10,7	44,0
4	16	21,3	65,3
5	21	28,0	93,3
6	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Ambulanslar için uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	67	89,3	89,3
Hayir	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Yangın araçları için uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	57	76,0	76,0
Hayir	18	24,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Toplu taşıma araçları ile uygun ulaşım ve yakın giriş sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	40	53,3	53,3
Hayir	33	44,0	97,3
4	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

11. Girişlerin görülmesi ve ulaşımı iyi düzenlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	19	25,3	25,3
4	28	37,3	62,7
5	26	34,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

12. Girişin kullanımı herkes için kolay mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	10	13,3	18,7
4	25	33,3	52,0
5	32	42,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

13. Servis araçları (mal nakli ve çöp boşaltımı) için ayrı servis girişi mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	8	10,7	12,0
3	7	9,3	21,3
4	4	5,3	26,7
5	45	60,0	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

14. Bina, bütününde, herkes için engellerden arındırılarak ulaşılabilir kılınmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	11	14,7	20,0
3	18	24,0	44,0
4	18	24,0	68,0
5	20	26,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

17. Dış cephede yol-yön bulmak için renk, doku, tasarım, malzeme farklılıkları var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	11	14,7	14,7
2	12	16,0	30,7
3	13	17,3	48,0
4	21	28,0	76,0
5	16	21,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

15. Yeterli park alanı var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	19	25,3	25,3
2	23	30,7	56,0
3	12	16,0	72,0
4	13	17,3	89,3
5	6	8,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

18. Bina, hastaların iyi olma halini destekleyici olarak tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	14	18,7	24,0
3	10	13,3	37,3
4	26	34,7	72,0
5	19	25,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

16. İç ve dışta yön bulma için haritalar varsa, haritalar okunaklı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	6	8,0	8,0
3	18	24,0	32,0
4	17	22,7	54,7
5	30	40,0	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

19. Binanın işleviyle tasarımı bütünleşmiş mi/uyumlu mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	12	16,0	21,3
3	17	22,7	44,0
4	29	38,7	82,7
5	11	14,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Bina (içeride ve dışarıda) bir iyi-olma mesajı iletiyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	56	74,7	74,7
Hayir	19	25,3	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Binanın (içeride ve dışarıda) sağlık binası olduğu görsel olarak iletiliyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	56	74,7	74,7
Hayir	19	25,3	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Bina kaliteli görünüyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	52	69,3	69,3
Hayir	23	30,7	100,0
Total	75	100,0	

20. Bina tasarımında hoş giden yenilikler/ilginçlikler var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	22	29,3	29,3
3	22	29,3	58,7
4	17	22,7	81,3
5	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

21. Bina tasarımı yeterince uyarıcı bir hava taşıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	23	30,7	34,7
3	20	26,7	61,3
4	19	25,3	86,7
5	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

22. Bina, sanat eseri olarak kabul edilecek bir tasarım değeri gösteriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	29	38,7	38,7
2	24	32,0	70,7
3	12	16,0	86,7
4	8	10,7	97,3
5	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

23. Bina açıkça tanımlanmış bir mimari görünüme yaratıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	12	16,0	16,0
2	28	37,3	53,3
3	8	10,7	64,0
4	22	29,3	93,3
5	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

24. Bina bölümleri birbiriyle uyumlu tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	12,0	12,0
2	12	16,0	28,0
3	19	25,3	53,3
4	25	33,3	86,7
5	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

25. Binanın kompozisyonu dengeli ve oranları doğru kurulmuş mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	12,0	12,0
2	7	9,3	21,3
3	21	28,0	49,3
4	34	45,3	94,7
5	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

26. Bina formu estetik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	16	21,3	21,3
2	15	20,0	41,3
3	15	20,0	61,3
4	18	24,0	85,3
5	10	13,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

27. Malzeme seçimi estetik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	18	24,0	29,3
3	16	21,3	50,7
4	18	24,0	74,7
5	16	21,3	96,0
6	3	4,0	100,0
Total	75	100,0	

28. Bina tasarımını zenginleştiren renk ve dokular kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	25	33,3	34,7
3	18	24,0	58,7
4	17	22,7	81,3
5	12	16,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

29. Bina ve ekleri çevresine ve arsaya uygun biçimde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	8	10,7	16,0
3	24	32,0	48,0
4	21	28,0	76,0
5	18	24,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Bölgedeki mimari ve tarihi çevreye uyum sağlıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	51	68,0	68,0
Hayir	24	32,0	100,0
Total	75	100,0	

☐ Siluet/görünüm/peyzaj açısından arsaya uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	55	73,3	73,3
Hayir	20	26,7	100,0
Total	75	100,0	

30. Bina çevresine katkı ve yeni yerel iş alanları sağlayarak kentsel gelişimde mekan duygusunu güçlendiriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	11	14,7	14,7
3	21	28,0	42,7
4	32	42,7	85,3
5	11	14,7	100,0
Total	75	100,0	

33. Park alanları güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	13	17,3	17,3
2	9	12,0	29,3
3	18	24,0	53,3
4	21	28,0	81,3
5	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

31. Bitişik binalara iyi bir komşu oluyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	16	21,3	21,3
3	20	26,7	48,0
4	26	34,7	82,7
5	12	16,0	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

32. Bu binada görev yapmak statü açısından sizce bir farklılık yaratıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	2	2,7	6,7
3	25	33,3	40,0
4	20	26,7	66,7
5	17	22,7	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

DIŞ MEKANLAR VE YEŞİL ALANLAR

1. Dış mekanlarda oturma birimlerinin konum ve tasarımları, topluca oturmaya elverişli birimler ve daha kişisel oturma birimleri oluşturacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	15	20,0	20,0
2	21	28,0	48,0
3	26	34,7	82,7
4	10	13,3	96,0
5	3	4,0	100,0
Total	75	100,0	

2. Araçtan inilen nokta ve giriş iklimden korunacak şekilde (saçak vb) tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	10	13,3	24,0
3	14	18,7	42,7
4	30	40,0	82,7
5	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Kış aylarında yağmur, kar ve rüzgar rahatsız edici mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	44	58,7	58,7
Hayir	31	41,3	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Yaz aylarında güneş ve sıcak etkili mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	51	68,0	68,0
Hayir	24	32,0	100,0
Total	75	100,0	

3. Giriş tıkanıklığı önleyecek şekilde yeteri kadar geniş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	10	13,3	20,0
3	36	48,0	68,0
4	19	25,3	93,3
5	3	4,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

4. Kaldırımlar, dış mekanlardaki yollar ve yeşil alanlardaki patikalarda, kullanılan kaplama malzemesi tekerlekli sandalyelerin sarsılmadan geçmesine imkan veriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	8	10,7	16,0
3	22	29,3	45,3
4	35	46,7	92,0
5	4	5,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

5. Dış mekanlar, hasta ve diğer kullanıcılara çekici gelecek şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	15	20,0	20,0
2	16	21,3	41,3
3	19	25,3	66,7
4	17	22,7	89,3
5	6	8,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

6. Dış mekanların aydınlatması güvenlik duygusunu tatmin edecek şekilde yapılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	3	4,0	8,0
3	22	29,3	37,3
4	26	34,7	72,0
5	17	22,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

GENEL İÇ MEKANLAR

1. Sosyal mekanlar ve dolaşım alanları, mekansal kaliteye sahip ve iyi planlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	5	6,7	10,7
3	34	45,3	56,0
4	19	25,3	81,3
5	9	12,0	93,3
6	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

2. İlişkili işlevlere sahip mekanlar birbirine yakın konumlandırılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	6	8,0	12,0
3	19	25,3	37,3
4	33	44,0	81,3
5	12	16,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Genel olarak iç mekanlarda kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
3	12	16,0	17,3
4	39	52,0	69,3
5	21	28,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Genel olarak iç mekanlarda kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	56	74,7	74,7
Hayir	19	25,3	100,0
Total	75	100,0	

4. Yol-yön bulma stratejisi yüksek kalitede mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	9	12,0	13,3
3	36	48,0	61,3
4	14	18,7	80,0
5	14	18,7	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

5. Kolay yol bulma için plan şeması basit, açık ve anlaşılabilir mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	10	13,3	13,3
3	37	49,3	62,7
4	14	18,7	81,3
5	10	13,3	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

6. Hastane içinde yön bulma için harita ve işaretler mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	8	10,7	14,7
3	10	13,3	28,0
4	19	25,3	53,3
5	27	36,0	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Haritalar okunaklı ve sürekli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	55	73,3	73,3
Hayir	20	26,7	100,0
Total	75	100,0	

7. Kurum iç mekanlarda yüksek kalitede bir hasta çevresi sağlıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	3	4,0	4,0
3	29	38,7	42,7
4	17	22,7	65,3
5	24	32,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

8. İç mekanlarda renk ve ışık uygun kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	9	12,0	12,0
3	22	29,3	41,3
4	19	25,3	66,7
5	21	28,0	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

9. İç mekanlarda manzara uygun kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	4	5,3	16,0
3	28	37,3	53,3
4	23	30,7	84,0
5	10	13,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

10. İç mekanların tasarımı rahatlatıcı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	14	18,7	18,7
3	20	26,7	45,3
4	27	36,0	81,3
5	13	17,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

☐ İç mekanların tasarımı kurumsal olmayan ve evi andıran bir duygu veriyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	23	30,7	30,7
Hayir	52	69,3	100,0
Total	75	100,0	

11. İç mekanlarda detaylara ve işçiliğe dikkat edilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	12	16,0	21,3
3	24	32,0	53,3
4	11	14,7	68,0
5	18	24,0	92,0
6	6	8,0	100,0
Total	75	100,0	

12. Genel olarak iç mekanlarda konfor ve mahremiyet için akustik tasarım yapılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	9	12,0	20,0
3	25	33,3	53,3
4	18	24,0	77,3
5	15	20,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

13. Genel olarak iç mekanların hava kalitesi, hasta, personel ve halk için uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	17	22,7	28,0
3	10	13,3	41,3
4	23	30,7	72,0
5	17	22,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

14. Hasta eğitim odası varsa, iyi tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	20	26,7	26,7
2	2	2,7	29,3
3	19	25,3	54,7
4	27	36,0	90,7
5	5	6,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

15. Kütüphane var ise, kütüphane iyi tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	27	36,0	36,0
2	6	8,0	44,0
3	17	22,7	66,7
4	7	9,3	76,0
5	9	12,0	88,0
6	9	12,0	100,0
Total	75	100,0	

16. Personel bulunduğu bölümlerdeki hareketleri kolayca izleyebiliyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	13	17,3	17,3
2	13	17,3	34,7
3	21	28,0	62,7
4	14	18,7	81,3
5	11	14,7	96,0
6	3	4,0	100,0
Total	75	100,0	

ORTAK ALANLAR (GİRİŞ HOLÜ, RESEPSİYON, BEKLEME ve DOLAŞIM ALANLARI)

1. Ortak alanlarda kullanılan malzemeler uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	7	9,3	9,3
3	26	34,7	44,0
4	21	28,0	72,0
5	19	25,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

☐ Ortak alanlarda kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	46	61,3	61,3
Hayir	29	38,7	100,0
Total	75	100,0	

2. Bütün kullanıcılar için ortak alanların büyüklüğü yeterli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	12	16,0	16,0
2	11	14,7	30,7
3	21	28,0	58,7
4	23	30,7	89,3
5	3	4,0	93,3
6	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Banko doğru tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	3	4,0	12,0
3	31	41,3	53,3
4	22	29,3	82,7
5	10	13,3	96,0
6	3	4,0	100,0
Total	75	100,0	

4. Oturma alanları yeterli miktarda mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	19	25,3	25,3
2	13	17,3	42,7
3	19	25,3	68,0
4	13	17,3	85,3
5	9	12,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

5. Bekleme alanlarında ve etrafında ihtiyaçlar düşünülmüş mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	16	21,3	21,3
2	17	22,7	44,0
3	8	10,7	54,7
4	19	25,3	80,0
5	11	14,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

6. Koridorlar işlevsel tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	4	5,3	10,7
3	32	42,7	53,3
4	17	22,7	76,0
5	16	21,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

7. Personel dolaşımının bekleme alanlarından geçmesi tasarımıyla engellenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	14	18,7	18,7
2	20	26,7	45,3
3	25	33,3	78,7
4	11	14,7	93,3
5	4	5,3	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

8. Asansörler doğru tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	15	20,0	30,7
3	20	26,7	57,3
4	17	22,7	80,0
5	13	17,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

9. Bekleme alanında ve dolaşım alanlarında engellilerin rahatça dolaşabilmesi ve bu alanlara ulaşabilmesi mümkün mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	10	13,3	20,0
3	13	17,3	37,3
4	26	34,7	72,0
5	14	18,7	90,7
6	7	9,3	100,0
Total	75	100,0	

10. Hastaneye ilk girişte, hastalar nereye başvuracaklarını açıkça görebiliyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	13,3	13,3
2	8	10,7	24,0
3	10	13,3	37,3
4	15	20,0	57,3
5	21	28,0	85,3
6	11	14,7	100,0
Total	75	100,0	

11. Hastaneye ilk girişte, kullanıcıların yol-yön bulmaları ve bilgilendirilmeleri için işaretleme sistemleri var ise işaretler okunaklı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	14	18,7	18,7
3	17	22,7	41,3
4	23	30,7	72,0
5	19	25,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

12. Yön bulma için haritalar sağlanmış ise, haritalar okunaklı mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	14	18,7	18,7
3	17	22,7	41,3
4	23	30,7	72,0
5	19	25,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

13. Yol-yön bulma için başka yardımlar var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	9	12,0	18,7
3	15	20,0	38,7
4	25	33,3	72,0
5	21	28,0	100,0
Total	75	100,0	

14. Asansörler herkesin kullanımına uygun tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	12	16,0	21,3
3	21	28,0	49,3
4	14	18,7	68,0
5	18	24,0	92,0
6	6	8,0	100,0
Total	75	100,0	

15. Hoş karşılayan/estetik bir giriş ve danışma alanı mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	11	14,7	20,0
3	14	18,7	38,7
4	26	34,7	73,3
5	20	26,7	100,0
Total	75	100,0	

16. Bekleme alanı karışıklıktan uzak mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	13,3	13,3
2	16	21,3	34,7
3	15	20,0	54,7
4	17	22,7	77,3
5	15	20,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

17. İnsanların konsültasyon için çağırılma sistemleri kullanıcı-dostu mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	13	17,3	21,3
3	16	21,3	42,7
4	13	17,3	60,0
5	26	34,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

18. Bekleme alanlarında oturma alanları iyi düzenlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	14	18,7	18,7
3	22	29,3	48,0
4	22	29,3	77,3
5	17	22,7	100,0
Total	75	100,0	

19. Dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,7	6,7
2	16	21,3	28,0
3	21	28,0	56,0
4	17	22,7	78,7
5	14	18,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

20. Dolaşım alanları rahatsızlık verici etkilere arındırılmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	13	17,3	17,3
3	22	29,3	46,7
4	27	36,0	82,7
5	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

21. Isısal konfor sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	7	9,3	14,7
3	16	21,3	36,0
4	19	25,3	61,3
5	25	33,3	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

22. Rahatsız edici kokuların (ilaç, tuvalet,yemek vb) bulunmaması sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	5	6,7	10,7
3	20	26,7	37,3
4	18	24,0	61,3
5	19	25,3	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

23. Mahremiyet hem görsel, hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	8	10,7	14,7
3	15	20,0	34,7
4	21	28,0	62,7
5	26	34,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

24. Danışmada çalışan personelin özel eşya ve fotoğrafları gibi kişisel malzemelerini koymalarına ve çalıştıkları mekânı kişiselleştirmelerine imkan verilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	14	18,7	18,7
2	25	33,3	52,0
3	9	12,0	64,0
4	14	18,7	82,7
5	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

25. Ortak alanlardaki oturma birimleri, farklı sosyal gruplar ve farklı grup büyüklüklerine hitap edebilecek şekilde farklılaşıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	13,3	13,3
2	18	24,0	37,3
3	24	32,0	69,3
4	19	25,3	94,7
5	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

26. Bekleme alanında çocuklar için oyun alanı var ise, oyun alanı güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	26	34,7	34,7
2	12	16,0	50,7
3	10	13,3	64,0
4	25	33,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

27. Danışma bankosu güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	11	14,7	20,0
3	16	21,3	41,3
4	27	36,0	77,3
5	13	17,3	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

28. Mobilyalar güvenli olacak şekilde seçilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	7	9,3	9,3
3	22	29,3	38,7
4	21	28,0	66,7
5	23	30,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

29. Koridorlar güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	28	37,3	42,7
4	18	24,0	66,7
5	19	25,3	92,0
6	6	8,0	100,0
Total	75	100,0	

30. Merdivenler güvenli mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
2	10	13,3	17,3
3	15	20,0	37,3
4	22	29,3	66,7
5	18	24,0	90,7
6	7	9,3	100,0
Total	75	100,0	

HASTA ODALARI

1. Hasta yatağı, gardırop, yatak başında duran bir raf veya komodin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	7	9,3	9,3
3	16	21,3	30,7
4	20	26,7	57,3
5	18	24,0	81,3
6	14	18,7	100,0
Total	75	100,0	

2. Kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	2	2,7	8,0
3	15	20,0	28,0
4	24	32,0	60,0
5	23	30,7	90,7
6	7	9,3	100,0
Total	75	100,0	

- ☐ Kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomik mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Evet	52	69,3	69,3
Hayir	23	30,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Yatak kontrolü, hemşire çağırma düğmesi, ışık ve televizyon kontrol düğmelerinin kullanımı kolay ve anlaşılabilir mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	9	12,0	12,0
4	20	26,7	38,7
5	33	44,0	82,7
6	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

4. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	6	8,0	8,0
4	29	38,7	46,7
5	30	40,0	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

5. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,0	4,0
3	2	2,7	6,7
4	42	56,0	62,7
5	20	26,7	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

6. Tekerlekli sandalye ve serum askısıyla oda içinde rahatça dolaşmak mümkün mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	12	16,0	16,0
4	37	49,3	65,3
5	18	24,0	89,3
6	8	10,7	100,0
Total	75	100,0	

7. Aydınlatma doğru ve yeterli düzeyde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,3	1,3
3	11	14,7	16,0
4	34	45,3	61,3
5	22	29,3	90,7
6	7	9,3	100,0
Total	75	100,0	

8. Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	15	20,0	20,0
4	21	28,0	48,0
5	29	38,7	86,7
6	10	13,3	100,0
Total	75	100,0	

9. Isısal konfor sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
3	9	12,0	17,3
4	24	32,0	49,3
5	27	36,0	85,3
6	11	14,7	100,0
Total	75	100,0	

10. Odalarda rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	6	8,0	8,0
3	10	13,3	21,3
4	27	36,0	57,3
5	19	25,3	82,7
6	13	17,3	100,0
Total	75	100,0	

11. Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3
2	5	6,7	8,0
3	20	26,7	34,7
4	25	33,3	68,0
5	22	29,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

12. Banyo, mahremiyeti sağlamak üzere akustik olarak izole edilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	10	13,3	13,3
3	12	16,0	29,3
4	25	33,3	62,7
5	24	32,0	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

TANI, KONSÜLTASYON VE TEDAVİ ODALARI

1. Soyunma odaları işlevsel mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	13,3	13,3
2	16	21,3	34,7
3	24	32,0	66,7
4	15	20,0	86,7
5	8	10,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

2. Bekleme alanları işlevsel mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	18	24,0	26,7
3	31	41,3	68,0
4	15	20,0	88,0
5	7	9,3	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

3. Tıbbi personel ihtiyaçları yeterli düzeyde düşünülmüş mü?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	15	20,0	28,0
3	24	32,0	60,0
4	20	26,7	86,7
5	8	10,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

4. Soyunma odaları herkesin kullanımına uygun tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	8,0	8,0
2	15	20,0	28,0
3	32	42,7	70,7
4	17	22,7	93,3
5	5	6,7	100,0
Total	75	100,0	

5. Hastaların tıbbi malzeme ve araç-gereçle ilişkisi en aza indirilmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	5	6,7	6,7
3	24	32,0	38,7
4	27	36,0	74,7
5	12	16,0	90,7
6	7	9,3	100,0
Total	75	100,0	

6. Muayene ve tedavi odaları, hastaların geri dönüşlerinde yollarını kolayca bulabilmeleri açısından açıkça belirlenmiş mi?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	5,3	5,3
3	31	41,3	46,7
4	27	36,0	82,7
5	11	14,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

7. Tıbbi ekipman kullanımda değilse görüntüden saklanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	11	14,7	14,7
3	28	37,3	52,0
4	19	25,3	77,3
5	15	20,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

8. Muayene ve tedavi odalarının duvar ve tavanlarında doğal öğeler veya rahatlatıcı sanat eserleri mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	12,0	12,0
2	11	14,7	26,7
3	16	21,3	48,0
4	27	36,0	84,0
5	12	16,0	100,0
Total	75	100,0	

9. Muayene ve tedavi odasının dekorasyonu, sıcak, rahatlatıcı bir imaj yaratıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	4	5,3	8,0
3	29	38,7	46,7
4	28	37,3	84,0
5	11	14,7	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

10. Soyunma odası, muayene odası, tedavi odası ve hastaların önlükle beklediği bütün alanlar, kurumun geri kalanından biraz daha sıcak olacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	5	6,7	6,7
3	26	34,7	41,3
4	36	48,0	89,3
5	6	8,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

11. Işıklandırma gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	5,3	5,3
2	9	12,0	17,3
3	15	20,0	37,3
4	23	30,7	68,0
5	20	26,7	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

12. Rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 2	7	9,3	9,3
3	32	42,7	52,0
4	17	22,7	74,7
5	17	22,7	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

13. Tıbbi personelin ailelerle özel görüşmeler yapabileceği, yeterli sayıda konsültasyon odası mevcut mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	13	17,3	17,3
2	15	20,0	37,3
3	25	33,3	70,7
4	14	18,7	89,3
5	4	5,3	94,7
6	4	5,3	100,0
Total	75	100,0	

16. Bekleme alanları, personelin sürekli gözetimi altında olacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,7	10,7
2	3	4,0	14,7
3	29	38,7	53,3
4	18	24,0	77,3
5	15	20,0	97,3
6	2	2,7	100,0
Total	75	100,0	

14. Muayene ve tedavi odaları, işitsel mahremiyeti sağlıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	10	13,3	16,0
3	21	28,0	44,0
4	30	40,0	84,0
5	12	16,0	100,0
Total	75	100,0	

15. Muayene ve tedavi odaları, görsel mahremiyeti sağlıyor mu?

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,7	2,7
2	11	14,7	17,3
3	17	22,7	40,0
4	23	30,7	70,7
5	22	29,3	100,0
Total	75	100,0	

ÖZGEÇMİŞ

Doğum tarihi 24.11.1975

Doğum yeri Adana

Lise 1987-1994 Adana Anadolu Lisesi

Lisans 1994-1998 Yıldız Üniversitesi Mimarlık Fak.
Mimarlık Bölümü

Yüksek Lisans 1998-2001 İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü
Bina Bilgisi Anabilim Dalı

Doktora 2001-2006 Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü
Mimarlık Anabilim Dalı, Mimari Tasarım Programı

Çalıştığı kurum(lar)

2000-2001 Kantaşı Mimarlık A.Ş.

2001-Devam ediyor YTÜ Mimarlık Fakültesi Araştırma Görevlisi