

Çağdaş Hastane Muayene Alanlarında Mekânsal Davranış*

Kurt Orkun AKTAŞ**

ÖZ

Çağdaş hastanelerdeki mekan oluşumları sağlık hizmeti veren ve bu hizmeti alan insanların davranışlarını etkilemektedir. Bu çalışmada hastane konseptinin güncel durumu incelenmiş ve neticede bu yapıların sadece sağlık prosedürlerinin gerçekleştirildiği yerler olmadıkları anlaşılmıştır. Dünya genelinde hastanelerde yatan hasta sayısında azalma eğilimi olduğu, bu eğilimin kısmen ilaç sektöründe gerçekleşen ilerlemelere dayandığı ifade edilmektedir. Günümüzde bu yapıların sağlıklı olmayı destekleyecek biçimde kurgulandıkları ortaya konmaktadır. Ülkemizde hizmet veren sağlık kurumları yatak sayıları bakımından değerlendirilmiş ve sağlık konsepti ile ilgili yeni yönelimler tartışılmıştır. Hasta insan, hastalık ve iyi olma hallerinin tanımları yapılmış ve insanların hasta olma halini kabul edişlerinin safhaları vurgulanmıştır. İnsan davranışlarının gerçekleşme aşamaları olan: algılama, biliş yapma ve davranışın gerçekleşmesi aşamaları incelenmiştir. Davranışın başlaması sonrasında ise insanın mekanla iletişimi başlamaktadır. Hastane yapılarındaki insan davranışları aşağıdaki anahtar kavramlar çerçevesinde incelenmiştir: canlıların ihtiyaçları doğrultusunda eyleme geçmelerini inceleyen yönelme davranışı; bireylerin birbirlerine en uygun mesafede yaklaşma koşulu olan mahremiyet; kişinin kendisine ait hissettiği mekanlarda uyguladığı kişiselleştirme; bireylerin kendileriyle diğerleri arasında düzgün olmayan bir alan yaratma durumu olan kişisel alan; bir kişi veya grup tarafından korunan sınırlı bir alan olan egemenlik alanı; bir tarafın diğer taraf hakkında kendi menfaatleri bakımından olumlu sonuçlar yaratacağı inancı olan güven hissi ve son olarak insanların günlük hayat içindeki faaliyetlerine hazırlık yaptıkları kulis davranışı. Hastane yapılarının içinde doktor ve hasta arasındaki iletişimin, söz konusu kişinin hasta olması sebebiyle asimetrik bir niteliği bulunmaktadır. Bu durumdan hareketle, hastane yapılarında bu ilişkinin kurulduğu mekanlardan olan hasta muayene odaları alanı, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Cerrahi Anabilim Dalı özelinde incelenmiştir. Doğru tasarlanmış bir mekansal kurgunun, hastaların doktora ve sağlık kurumuna karşı hissedeceği güven duygusuna olumlu etkileri olacağı değerlendirilmektedir. Makalede, muayene alanlarında geçirilen süre sonucunda meydana çıkacak duyguların bu bireylerin davranışlarına olan yansımaları tartışılmaktadır. Hastane mekanlarının hastaların ve sağlık çalışanlarının duygusal ve fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayacak biçimde dönüşmek durumunda oldukları gözlenmektedir. İnsan ve mekan arasındaki ilişkinin asimetrik boyutunun hastalar ve sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarını karşılamak konusunda yeniden düzenlenmesi beklenmektedir.

Anahtar sözcükler: Çağdaş hastaneler, mekansal davranış, muayene odası, insan-mekan ilişkisi, hasta insan.

Spatial Behavior in Modern Hospital Examination Spaces

ABSTRACT

Spatial formations in contemporary hospitals affect the behaviors of people who provide and receive healthcare. In this study, the current state of the hospital concept was examined and it was understood that these structures were not places merely where health procedures were performed. It is stated that there is a decreasing trend in the number of inpatients in hospitals around the world and this trend is partly based on the advances achieved in the pharmaceutical sector. Today, it is revealed that these structures are designed to support health. Health institutions serving in our country were evaluated in terms of their bed numbers and new trends in health concept were discussed. The descriptions of the sick person, the disease and their well-being were made and the stages of people's acceptance of their illness were emphasized. The stages of realization of human behavior: perception, cognition and the realization of behavior have been examined. After the initiation of the behavior, the communication of the human with the place begins. Human behavior in hospital buildings has been examined within the framework of the following key concepts: orientation behavior, which examines the actions of living things in line with their needs; privacy, which is the condition for individuals to approach each other at an optimum distance; personalization of the spaces that one feels to belong to; personal space, where individuals create an uneven space between themselves and others; area of dominance, a limited area protected by a person or a group; the feeling of trust, which is the belief that one side will create positive results for the other party for their own interests, and finally the backstage behavior in which people prepare for their daily activities. The communication between the doctor and the patient within the hospital structures has an asymmetrical character as the person in question is sick. Based on this situation, the patient examination rooms, which are one of the places where such relationship is established in hospital buildings, has been the focus of this study; namely the Department of Plastic, Reconstructive and Esthetic Surgery of Hacettepe University Hospital. It is considered that a properly designed spatial setup will have positive effects on the sense of trust that patients will feel towards the doctor and the health institution. The article discusses the reflections of the emotions that will occur as a result of the time spent in the examination areas on the behaviors of these individuals. It is observed that hospital spaces have to be transformed to meet the emotional and physiological needs of patients and healthcare professionals. It is expected that the asymmetrical dimension of the relationship between people and space will be rearranged to meet the needs of patients and healthcare professionals.

Keywords: Contemporary hospitals, spatial behaviour, examination rooms, human-space interaction, sick person.

* Bu çalışma yazarın Doktora Tezinden oluşturulmuş ve Araştırma ve Yayın Etiğine uygun biçimde makale olarak hazırlanmıştır.

** Dr. Öğr. Üyesi, Kırıkkale Üniversitesi, orcid no: 0000-0002-7537-7190, orkuna@kku.edu.tr

Makalenin Gönderim Tarihi: 20.11.2019; Makalenin Kabul Tarihi: 24.09.2020

1. Giriş

Çağdaş hastane kavramı ile bu yapılar, günümüzde tanı, tedavi, bakım, eğitim, vb. pek çok hizmeti bünyesinde barındıran kurumlar olarak öne çıkmaktadır. Sunulan hizmetlerde devamlılık esas olduğundan, bu yapılarda hizmet günde 24 saat, haftanın 7 günü kesintisiz olarak verilmektedir. Çağdaş hastanelerde verilen hizmetin çok boyutlu niteliği, söz konusu hizmetlerin verildiği mekânların sosyolojik anlamda incelenmesini gerektirmektedir. Hastanelerde sağlık çalışanları ve hastalar arasında kurulan ilişki en temel anlamda hizmet sağlayan ve hizmet talep eden iki eşit taraf arasındaki biçimde gerçekleşmemektedir. Taraflardan birinin hasta insanlar ve bu kimselerin yakınları olması, bu sosyal etkileşimin üzerinde önemle durulmasını gerektirmektedir.

İnsanların davranışlarının kendi bireysel amaç ve güdülerini doğrultusunda gerçekleştiği düşünülmektedir. Davranışın bireysel olduğu kadar toplumsal ve kültürel unsurları da bulunmaktadır. Bireysel ve toplumsal anlamda gerçekleştirilen insan davranışını ise, mekân referansları olmadan incelemek mümkün değildir. Farklı geri-bildirimlerin olması nedeniyle mekânların içinde gerçekleşen davranışlar da mekânla ilgili farklı bireysel tecrübelerin oluşmasına neden olmaktadır.

Hastaların sağlık mekânlarında gerçekleştirdikleri davranışlar ve bunların geri-bildirimlerinden oluşan tecrübeler hasta ve sağlık çalışanları arasında kurulacak ilişkinin niteliği konusunda belirleyici bir role sahiptir. Farklı alt başlıklar altında incelenen davranış biçimlerinin hem hastalar hem de doktorların davranışlarına ışık tutması beklenmektedir. Hastaya telkin edilmek istenen duyguların bireysel olarak verilmesinin yanı sıra, işletmenin kurumsal kimliği ile de destekleniyor olması; hastaların doktora, kuruma ve yürütülen hizmet toplamına duyacağı güven duygusunu artıracak düşünülmektedir. Bu anlamda mekansal kurguya yapılacak bilinçli müdahalelerin hastalarda oluşturulması hedeflenen güven duygusuna olumlu yönde etki etmesi beklenmektedir.

2. Tartışma

2.1. Çağdaş Sağlık Hizmetleri

Hastane ve modern hastane kavramlarının tanımları, “uzman doktorların elinde tıbbi tedavi gören hastalar için yatma, yeme-içme ve sürekli bakım hizmetlerini sunan kurumlar” olarak yapılmaktadır. Hastanelerce yürütülen bu kesintisiz hizmetin amacı, “hastaların hasta olma durumlarının sonlandırılması” olarak tanımlanmaktadır. Yukarıdaki tanım her ne kadar kabaca hastanelerin görev tanımını oluştursa da hastanelerin fiziksel hacimlerini ve çalışma biçimlerini tanımlamaktan uzaktır. Bu nedenle; en basit hastane tanımı altında sunulan imkan ve hizmetlerin varlığı, yokluğu veya çeşitliliğine göre hastanelerin farklı gruplar altında tanımlanması gereği doğmuştur.

Günümüz hastanelerini tanımlamak için sadece hasta tedavisi gibi tek bir konu başlığı yeterli olmamaktadır. Bununla birlikte; hastaneleri bir sistem yaklaşımıyla tanımlamak daha yerinde görünmektedir. Bu yaklaşıma göre hastaneler değişiklikler gösteren bir çevre içinde, çevreden alınan girdiler işlenerek, işlenmiş girdilerin tekrar aynı çevreye iade edildiği ve bir geri bildirim özelliğine sahip birer sistem olarak ele alınmaktadır. Bu sistematik yaklaşımda sistemin söz konusu girdileri: hastalar, insan gücü, malzemeler ile maddi ve finansal kaynaklar olarak sıralanabilir. Girdilerin işlenmesi süreci, hastane içinde bulunan çeşitli birimlerin -kendi uzmanlık alanları dahilinde- girdilerin iade edilmesi sürecine yaptıkları katkıyı ifade etmektedir. Girdilerin çevreye iadesi sürecinin sonuçları olarak; hasta ve yaralı kimselerin tamamlanan tedavileri, hastane personelinin eğitimi, tıp öğrencilerinin mesleki eğitimi, tıp araştırmaları gibi etmenler elde edilmesiyle toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi maddeleri sıralanabilir (Yılmaz, 2017; 82).

Sağlık hizmetini modern yaşam kurgusundaki diğer herhangi bir hizmet türünden ayıran en önemli özellik, taraflar arası ilişkinin önemli ölçüde dengesiz veya asimetric olmasıdır. Diğer hizmet alanlarında sunulan hizmetin bir bedeli vardır ve ihtiyaç sahibinin maddi imkanları sayesinde sunulan hizmetten faydalanması durumu söz konusudur. Sağlık alanında sunulan hizmetin ve kişiler arası ilişkinin asimetric olduğu ifade edilmektedir. Sağlık hizmeti sunan kurumun teknik ve ahlakî donanımı ve altyapısı karşısında ihtiyaç sahibi kimseler hasta ve çaresiz durumdadır (Aydın, 2009; 12).

Çağdaş yaşamın gerçeği olan rekabetin, hastanelerin sunduğu hizmet kalitesine olumlu etkileri olduğu ifade edilmektedir (Alrubaiee ve Alkaa’da, 2011; 105). Her ne kadar hastane-hasta arasındaki ilişkinin

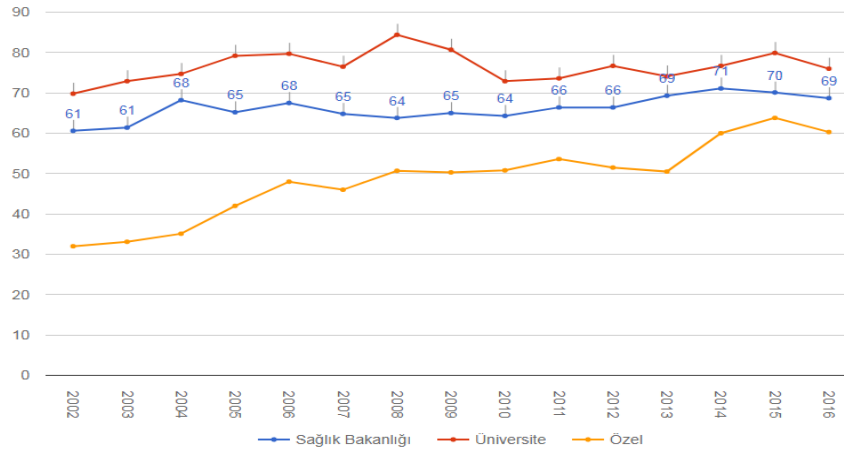
asimetrisi vurgulanmış olsa da: hastane kurumlarının idari, teknik, eğitim, donanım, fiziki niteliklerinin tamamı sunulan sağlık hizmeti sürecini oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti sürecinin sonunda taburcu olan hastanın süreç ile ilgili deneyimlediği tatmin duygusu da, deneyimlenen hizmet sürecinin kalitesi ile ilgili nihai bir yargı oluşmasına yardımcı olmaktadır.

1890 yılından günümüze kadarki süreçte hastaneler misyonlarını halk yararına çalışan hayır kurumu statüsünden, detaylı tıbbi yöntemleri üreten ve kullanan birer kurum olma yönünde geliştirmişlerdir. 20. yy itibariyle hastaneler toplumların geniş kesimlerinin faydalandığı kurumlar olmuşlardır. Bu dönemde hastanelerin verecekleri hizmetin belirleyicisi, hasta insanların sosyal ve maddi imkânları değil, sahip oldukları hastalığın cinsi olmuştur.

Diğer gelişmiş ve gelişmekte olan dünya ülkeleri ile birlikte Türkiye’de de sağlık hizmetleri konusunda benzer gelişmeler yaşanmaktadır. Faaliyette olan devlet ve vakıf üniversitelerinin yurt çapında sayıca artmasının yanı sıra, her yıl göreve başlayan doktor sayısı da artmaktadır. Bu durumun doktor başına düşen hasta sayısını azalttığı kaydedilmektedir. Tıp fakültelerinde verilen eğitim sonrasında mesleki yetkinliklerin geliştirilmesi niteliğinde olan tıpta uzmanlaşma uygulamasının da, yan dal uzmanlığı biçiminde artarak sürmekte olduğu ifade edilmektedir (Şantaş, Özlem ve ÇIRAKLI, 2012). Devlet ve özel hastanelerde sunulan sağlık hizmeti kalitesinin arttığı, bununla paralel olarak da sağlık kurumlarına başvuru oranının arttığı değerlendirilmektedir. Daha önceden tek doktor tarafından işletilen muayenehanelerin yerine grup halinde çalışan sağlık merkezleri uygulamasının yaygınlaşmakta olduğu öne çıkan diğer bilgiler arasındadır (Yerebakan, 2000; 51).

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

Tablo 1. 2002-2016 Yatak Doluluk Oranları Tablosu



Kaynak: <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor> Erişim Tarihi: 28.09.2019.

Türkiye’deki hastanelerde güncel durum ise farklılık göstermektedir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) güncel verilerinin bulunduğu Tablo 1’de SSYB’na bağlı, üniversite ve özel hastanelerin 2002-2016 yıl aralığındaki Yatak Doluluk oranları gösterilmektedir.

Tabloya göre Türkiye’deki durum özetle şöyledir: Tüm hastanelerde yatak doluluk oranlarının arttığı görülmektedir. En büyük değişim özel hastanelerde görülmektedir. 2002 yılında %32 seviyesindeki doluluk oranının 2016 yılı itibariyle neredeyse iki katına çıkarak, rakamsal olarak %60.3’e eriştiği görülmektedir.

Yine de SSYB'na veya üniversite hastanelerinin doluluk oranına göre özel hastanelerin doluluk oranının en düşük oran olduğu da gözlemlenmektedir.

SSYB'na bağlı hastanelerin özel hastanelere göre oransal olarak daha dolu oldukları görülmektedir. 2002 yılında %60.6 olan yatak doluluk oranının 2016 yılına gelindiğinde %68.7 seviyesine yükseldiği tespit edilmiştir. Üç hastane grubunun içinde en yüksek doluluk oranına üniversite hastaneleri sahiptir. 2002 yılında %69.8 olan yatak doluluk oranının 2016 yılına gelindiğinde %76 seviyesine yükseldiği tespit edilmiştir. Hastaların davranışlarının bir özeti olarak değerlendirilmesi gereken bu tablo; üniversite hastanelerinin akademik kadrolara ve bu kadroların yanı sıra, eğitim ve araştırma imkânlarına sahip olmalarının hastaların seçimlerini bu hastaneler yönünde yönlendirebileceği düşünülmektedir.

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

Sağlık hizmetlerinin topluma arzı konusunda SSYB dilediği kurum ve kuruluşlardan hizmet almakta serbest durumdadır. SSYB tüm sağlık şemsiyesinin üstünde yer alarak farklı kanallarla verilen sağlık hizmetlerinin denetimi ve hasta bilgilerinin ulaşılabilir olmasını denetlemekte ve temin etmektedir. Tablo 2'de SSYB tarafından denetime tabi olan ve günümüzde sağlık hizmeti veren resmi, vakıf, üniversite ve özel tüm yataklı tedavi kurumlarının dökümü bulunmaktadır.

Tablo 2. Türkiye'de Hastane Yatak Sayılarının Kuruluşlara Göre Dağılımı

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

Kaynak: Tablo Yerebakan, M., (2000). çalışması esas alınarak yazar tarafından hazırlanmıştır

Tablo 2'de gösterildiği gibi SSYB sağlık hizmetini kendisi de dahil olmak üzere 11 ayrı kaynaktan sağlamaktadır. Sayısal olarak fazlaca bölünmüş gibi algılanmasına rağmen SSYB halen sağlık hizmetlerinin yaklaşık %59'unu arz etmektedir. Yatak kapasitesi olarak da SSYB hastanelerinin Türkiye'deki toplam yatak kapasitesinin %49'unu karşıladığı ifade edilmektedir. Özel sektör tarafından Türkiye genelinde işletilen hastanelerin ise hastane sayısı bakımından toplam hastane kapasitesinin yaklaşık olarak %20'sini oluşturduğu görülmektedir. Aktarılan bir diğer önemli bilgi ise Türkiye genelinde çok önemli paya sahip özel teşebbüs hastanelerin %56'sının İstanbul'da, %6'sının Ankara ve İzmir'de, %4'ünün Antalya'da, %3'ünün de Adana'da bulunduğu aktarılmaktadır. Böylece özel hastanelerin yaklaşık olarak %75'inin Türkiye'nin 5 büyük şehrinde toplandığı tespit edilmiştir.

Tıp alanında yaşanan tüm gelişmelerin takip edilerek yeni hastanelerin gelişen dünya ile uyumlu standartlarda inşa edildiği düşünülmektedir. Mevcut hastane yapılarının ise yeniden yapılandırma ve yenileme çalışmalarının devam ettiği aktarılmaktadır. Modern hastane tasarım kavramının, içinde bulunduğumuz dönemde daha insancıl hale gelerek 'iyileştiren hastane' kavramının geliştirildiği

aktarılmaktadır. Söz konusu bu yapıların hastane binalarını ve yakın çevresini, hasta sağlığına etkilerinin değerlendirildiği ve hasta sağlığını olumlu yönde etkileyecek şekilde oluşturulacağı düşünülmektedir (Rangel ve Mont’Alvão 2011; 575). Hastane binalarının hastaları odak noktasına koyan, hastaların bakım kalitesini artıran, hasta sağlığını etkileyecek mekânsal ve tıbbi çözümler sunan, tanımlı hizmet standartlarına sahip güvenilir nitelikte kurumlar olması gerektiği önerilmektedir (Reeve, Walker ve Desha, 2017; 51). Hastaların kullanımına açık alanların da kamusal alanlar gibi sağlıklı olmayı teşvik eden, sosyal iletişimi geliştiren nitelikte ve mimari tasarımıyla elde edilmiş doğal ışığın, temiz hava ve peyzaj elemanları gibi doğal unsurların tasarıma dahil edilmesinin önemi vurgulanmaktadır (McCullough, 2010; 141-142).

2.2. Hasta İnsan

Hasta insan tanımının sağlıklı biçimde yapılabilmesi için hastalığın ve sağlığın ne anlama geldiği konusunun açıklanması yerinde olacaktır. Hastalık halinin üç başlık altında incelenmesi mümkündür:

- **Tıp bilimi açısından** hastalık kavramının vücudun çeşitli organları ile ilgili olarak ölçülebilen, somut bulgular sonucu tespit edilebilen düzensizlikler olduğu düşünülmektedir,
- **Kişi açısından** hastalık kavramının sübjektif bir durum olması nedeniyle bireyin bedeni veya ruhsal durumu ile ilgili değişiklik hislerini ifade ettiği değerlendirilmektedir,
- **Toplum açısından** hastalık kavramı kendisini hasta hisseden birey veya hastalık tanısı konan kişiden toplum tarafından beklenen davranış biçimi ve sosyal rol olarak tanımlanmaktadır.

Hastalığın birey tarafından üç aşamalı bir karar verme süreci sonrasında kabul edildiği aktarılmaktadır. Buna göre, vücudu ile dış dünya arasında bir anormallik sezen kişi öncelikle bu durumun gerekçelerini araştırmaktadır. İkinci aşama olarak yakın çevresinde görüşüne güvendiği kimselere konu ile ilgili danışmakta ve bu kimselerin görüşü alınmaktadır. Son aşama olarak, hasta olabileceği ihtimali zihninde beliren kişinin tıbbi yardım almak için bir doktora başvurduğu aktarılmaktadır (Hayran, 2016).

Modern tıp alanında yapılan çalışmalar, sağlık kavramının hastalık kavramının zıttı olarak konumlanmasının doğru olmayacağını ifade etmektedir. Sağlık ve hastalık kavramlarının birbirlerinin karşısı olamayacağı, zira pek çok hastalık türü bulunması karşısında tek bir sağlıklı olma halinin var olduğu düşünülmektedir (Zautra, Hall ve Murray, 2010). Pozitif bilimlerin sağlık alanında geçerli yöntem olarak belirlenmesi sonrasında insan vücudunun bir makine ile benzer prensiplerde çalıştığı varsayımı geliştirilmiş olup, hastalıkların “makinenin arıza yapma hali” olduğu, doktorun görevinin ise “bozulan makineyi tamir etmek” olduğu görüşleri 40 yıl önceki hasta ve hastalık kavramları için yapılan betimlemelerdir. Sağlık kavramının tanımı, Dünya Sağlık Örgütü’nün kuruluş yasasında:

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

biçiminde tanımlanmaktadır (WHO, 2020).

Yüzyılın başına kadarki genel kanıya göre, hastaların tedavi için doktorlara gittiği ve tedavinin yapıldığı mekanların ikinci derecede önemli ve hatta bazen hiç önemli olmadığı düşünülmekteydi. Ancak, sağlık ve tedavi alanında günümüzdeki durumun daha farklı olduğu değerlendirilmektedir. Günümüzde tedavi, tek bir sorumlu doktor tarafından değil, alt uzmanlıklara ayrılmış ve mesleğinde uzmanlaşmış bir kadro tarafından yürütülen bir süreç haline gelmiştir. Tedavinin yapıldığı mekanın ise daha önceden hiç olmadığı kadar önemli bir hale geldiği düşünülmektedir (Tall, 2000;133).

2.3. Davranış, Mekânsal Davranış ve Yapı İlişkisi

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

İnsan, toplumsal ve kişisel özellikleriyle bir davranış sistemine sahiptir. Davranış şeklinin eyleme dönüşmesiyle mekan ile iletişim başlamaktadır. İnsan-mekan iletişimi başladığında, insan-mekan iletişim sisteminin algı-biliş-davranış mekanizmasının işlerliği sonucunda bir takım yeni davranış özellikleri ortaya

çıkılmaktadır. Mekan ve insan kimliklerinin oluşumunda önemli olan bu özelliklerden bazıları: yönelme davranışı, mahremiyet, kişiselleştirme, kişisel alan, egemenlik alanı, güven hissi ve kulis davranışıdır. Hasta insanların sağlık mekanlarında gerçekleştirdikleri davranış biçimleri de bu kişilerin sağlık yapılarında yaşadıkları deneyimi tanımlamaktadır. Hastaların kişi ve kurumlara duyduğu güven hissi de birey davranışını etkileyen ayrı bir unsurdur.

2.3.1. Yönelme Davranışı ve Yapı İlişkisi

Eylem yeteneği olan tüm canlıların gereksinme ve amaçları doğrultusunda davranmaları, yönelme olarak tanımlanmaktadır ve bu eylemin belirli bir doğrultu içeren bir süreç olduğu düşünülmektedir. Algısal ve bilişsel süreçlerde insan zihninde kurgulanan mekanın geometrik örüntüsü, eylemleri yönlendirme özelliği taşımaktadır (Darken ve Peterson, 2014; 1-2). Yaşam bölgelerinde insanın gideceği yeri bulmasına bu kurgu yardımcı olmaktadır. Geometrik örüntüsü karmaşık yaşam bölgelerinde, yönelme duygusu zayıf kalmakta; bu durum ise kişide güvensizlik hissi yaratmakta ve yol bulma işlemini zorlaştırmaktadır. Mekansal çevrenin tasarlanmasındaki en önemli unsur, okunabilirliktir. Görülebilir ve okunabilir ulaşım ve iletişim sistemlerinin tasarlanması, ana düğümlerin sadece mekansal dokunun sürekli kullanıcıları için değil yabancılar için de anlaşılabilir olması, mekansal dokunun okunabilir olmasını sağlar (Aras, 2015; 140).

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

2.3.2. Mahremiyet ve Yapı İlişkisi

Mahremiyet, bir kişiye veya gruba diğerlerinin optimum düzeyde yaklaşma koşulu olarak tanımlanan bir kavramdır. Mahremiyet aynı zamanda, bireylerin veya grupların diğerleriyle görsel, işitsel, kokusal olarak birbirlerini etkilemelerini kontrol edebilme kabiliyetidir. Mahremiyet, insanların arasındaki ilişkileri tanımlar ve düzenler. İnsanların arzu ettikleri ilişkileri gerçekleştirebilmek amacıyla seçeneklere sahip olmalarını ifade etmektedir.

Mahremiyet, “optimum düzeydeki toplumsal bir eylem biçimi”dir ve insanın içinde bulunduğu durum ve orada gerçekleştirdiği eylem biçimi arasındaki ilişkilere ışık tutmaktadır.

Mahremiyet, bireyi diğerlerinden fiziksel olarak ayırmak olarak görülmemelidir. Her biri bir amaca yönelik birkaç çeşit mahremiyet vardır. Dört tip mahremiyet tanımlanmaktadır (Solove, 2004):

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

Mahremiyet için dört amaç tanımlanmaktadır. Bu amaçlar sırasıyla:

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

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

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

İnsan ilişkileri arasında kesin bir mahremiyet ihtiyacı gösteren ilişki, doktor-hasta arasında tanımlı bir zaman aralığında gerçekleşen muayene görüşmesidir. Tanı ve teşhis çalışmaları sırasında değişen oranlarda olmak üzere hasta tüm sınırlarını yok saymakta ve kendi bedenini, doktor olan bir başka insana teslim etmektedir. Muayene sırasında hastanın yakın akrabalarının da muayeneye katılması durumunun doktorlar tarafından hasta mahremiyetini sağlamak adına düzenlendiği de bilinmektedir. Bu işleyiş sırasında öngörüldüğü üzere, yakınları tarafından çevrili olan hastanın da kişisel sınırlarını kaldıramaması durumunda, hastanın psikolojik olarak kendisini rahatsız hissettiği nakledilmektedir. Dolayısıyla bu görüşme esnasında doktor-hasta ilişkisinin doğru kurulabilmesi sayesinde, hastanın doktor ile birlikte kendisini bir grup olarak algılamasını sağlamasının öneminin büyük olduğu anlaşılmaktadır. Mahremiyet kavramının bir sonraki aşamasında hasta-doktor grubunun görsel, işitsel ve kokusal ortamının sınırlanmasının gerekleri tam olarak yerine getirilmelidir. Bu konu muayene odalarında hasta-doktor arasında gerçekleşmesi öngörülen sosyal iletişim açısından büyük önem taşımaktadır.

2.3.3. Kişiselleştirme ve Yapı İlişkisi

Kişi kendine ait olan, kendisinin bildiği mekanı düzenlemekte, organize etmekte ve diyalektik olarak farklılaştırmaktadır. Oluşturulan biçimlerin her biri, bireyce, çevrenin yapılandırılması, çevrede işaret noktalarının konması, güvenlik ve rahatlık koşullarının yaratılması açısından harcanan çabayı göstermektedir (Toch, Wang ve Cranor, 2012; 205). Bu kavram kişiselleştirme terimiyle tanımlanmaktadır.

Kişiselleştirme, bir yeri benimsemek ve o yerdeki kendine ait nesnelere ve izlere artırmaktır. Bu işlem sırasında kişi çevresine kendinden bilgi aktarırken isteklerini kabul ettirmektedir; kişiselleştirmenin yapısında bir “sorumluluk” özelliği vardır. Oluşumuna katkıda bulunan ve sahiplenilen çevrelerin ve nesnelere benimsendiği, onlara bakıldığı, korundukları ve sevildikleri kaydedilmektedir (Toch, Wang ve Cranor 2012; 208). Yaşanan çevreyi kişiselleştirme olgusu, kişilerin isteklerine, özlemlerine ve tasarılarına göre hareket etmek, dinlenmek, sahip olmak, duymak, düş görmek, yaratmak olanaklarını sunmaktadır. Bu kavram kapsamında, bir özne-nesne ilişkisi içinde çevreyi kişiselleştiren birim, özne (birey veya grup) olarak tanımlanmakta; günlük yaşamda onun etrafında bulunan eşyalar da nesnelere olarak düşünüldüğünde özne-nesne arasında yer alan psiko-sosyolojik süreçlerin bütünü olarak tanımlanmaktadır.

Kişisel yapının temelinde, kişinin kimliği yatmaktadır. Sahip olunan kimlik, kişinin davranışları üzerinde ve dolayısıyla da “mekan” ile etkileşiminde birinci derecede etkin rol oynamaktadır. Bu kimlik doğrultusunda kişiler çevreyle bilinçli veya bilinçdışı bir iletişime girmektedirler, belli bir algı-biliş süreci sonucunda bir takım kararlara varmakta ve o kararlar doğrultusunda bir davranış şekli göstermektedirler. İnsanın yakın çevresinde gerçekleşecek eylemlerin daha verimli düzenlenmesi için sarf edilen bir çaba olduğu kadar estetik tercihlerin de bir ifadesi olduğu önerilmektedir. Bazı durumlarda çevreler tahrip edilmeden veya bir tamirat yapılmadan kişiselleştirme yapılamamaktadır. Bu çaba “el mimarlığı” olarak da tanımlanmaktadır, ancak bu çabanın zor bir kişiselleştirme yolu olduğu da ifade edilmektedir.

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

Sağlık yapılarındaki çağdaş yönelimler çerçevesinde, kişiselleştirme beşeri bir ihtiyaç olarak kabul edilmektedir. Hastaneler, uzun dönem yatan hastaların kaldıkları odayı kişiselleştirmelerine belirli bir düzeye kadar izin vermektedirler. Yapılan güncel çalışmalar bu yaklaşımın yatan hasta iyileşme hızını olumlu yönde etkilediğini ortaya koymaktadır.

Uzun dönem yatan hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca tanıdık ortamlarından uzakta olmaları sebebiyle, kendi olma bilinçlerini kaybettikleri düşünülmektedir. Sanatın hastane ortamlarında kullanımının, ve bu tip bireysel katkılara açık bir platform oluşturulmasının hastaların yaşam kalitesini artıracığı değerlendirilmektedir.



Görsel 1. Pınarhisar Devlet Hastanesi koridorunda sanat örneği

Kaynak: <https://tr-tr.facebook.com/pinarhisardh/photos/a.774002926097370/1655922471238740/?type=3&theater>
Erişim: 20.09.2020

Görsel 1’de Pınarhisar Devlet Hastanesi Gebe Bilgilendirme Okulu girişinde bulunan çalışma yukarıda bahsedilen kişiselleştirme ihtiyacının sanat eserleriyle desteklenmesine örnek oluşturmaktadır. Sanat eserlerinin kişiyi soyut düşünmeye yönlendirmesi ve bilinçaltının çalışmasına destek olması bakımından önemli olduğu değerlendirilmektedir.

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

Kişiselleştirme bireyin çevresine demir atması ve kök salması olarak nitelemekte; antropolojik olarak insanın “bir yere ait olma” kimliğine ihtiyacı olduğunu belirtmektedirler. Kişiselleştirmenin, ‘yer’e bağlı kimliğin oluşmasıyla gerçekleştiği ve kişinin mekan ile diyalogunda en açık “dil”, en anlamlı “söz”, en “yalın” ifade biçimi olduğu belirtilmektedir.

2.3.4. Kişisel Alan ve Yapı İlişkisi

Bireyler ve gruplar, kendileriyle diğerleri arasında, düzgün olmayan sınırlarını zihinlerinde belirledikleri, kendileriyle birlikte hareket eden bir alan oluşturmaktadırlar. Bu hayali alan sosyolojide kişisel alan olarak tanımlanmaktadır ve bir uzaklık belirleme (araya mesafe koyma/koyumama) mekanizması olarak işlev yapmaktadır (Toch, Wang ve Cranor 2012; 209).

Kişisel alan ihtiyacını karşılamak, mahremiyetin sağlanması için temel bir mekanizmadır (Beaulieu, 2004).

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

Kişisel alan için, her bireyin yarattığı, gözle görünmeyen bu sınırlar toplumda onay gören davranışların sonlarını belirlerler. Davranışın konumu değişince kişisel alanın ölçüsü de değişmektedir. Kişisel alanın sınırlarının denetimi, bilgi akışını mahremiyet açısından ayarlamakta ve düzene sokmaktadır. Bu alana davet

edilmeden birisinin girmesi halinde, kişi rahatsızlığını agresif davranışlarda bulunarak göstermektedir. Kişisel alan izin alınmadan zorlandığında bu durum kişide gerilim ve baskı yaratmaktadır. Kişisel sınırlar ihlal edilmesi durumunun tam tersi, insanların diğerleriyle teklifsiz dostluk kurmak istedikleri durumlarda yaşanmaktadır. Böylesi durumlarda bireyler, kişisel alan sınırlarını yok sayarak başkalarını bu alana davet edebilirler.

Kişisel alan bir davranış çeşidi olarak görülse de, yapısal çevreyi anlamada çok katkısı olmamaktadır. Bu kavramın önemi ancak, sabit donanımlı (örn.; sabit oturma bankları) çevre ürünlerinin tasarımlarında anlaşılmaktadır. Kişisel alan çatışmalarının yaşandığı yerlere örnek olarak: hastaneler, havaalanları, otobüs terminalleri gibi mekanların bekleme alanları, tiyatro ve sinema salonlarındaki fuaye alanları, parklardaki oturma yerleri, hastanelerdeki hasta kuyukları gibi kalabalık ortamlar örnek olarak gösterilebilir. Kişisel alanın korunmadığı alanlar olan asansörler, uçak ve otobüs koltukları, metrolar ve hastane bekleme koltukları kontrol edilemeyen kişisel alan ihlallerine örnek alanlar olarak gösterilmektedir. Bu alanların aynı zamanda kişisel çatışmaların da yaşandığı alanlar oldukları aktarılmaktadır.

2.3.5. Egemenlik Alanı ve Yapı İlişkisi

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

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

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

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

İnsanların egemenlik alanı davranışları, hayvanlarınkine benzer şekilde biyolojik temelli olduğu kadar kültürel bağlama da temellenmektedir. Egemenlik alanı, yerel ve boyutsal olarak tanımlanmakla birlikte; bu alan sadece fiziksel bariyerlerle ve sembolik işaretlerle belirlenmiş bir yer değil, fikirler ve düşüncelerle tanımlanmış soyut bir yer de olabilmektedir. Her iki durumda da insanlar belirli egemenlik alanlarına sahiptirler ve bu alanlarla ilgilenmektedirler. Bir yere sahip olmanın, kişiye güvenlik ve özgürlük duygusu verdiği; kendine ait olanı koruma, bakma, güzelleştirme isteği uyandırdığı önerilmektedir (Beaulieu, 2004; s. 798). Kimi zaman toplum hayatı içinde insanlar kamusal alanlarda kişisel eşyaları vasıtasıyla kendilerine geçici egemenlik alanı belirlerler. Egemen olduğunu düşündüğü bu alan içinde kişi kendisini rahat ve güvende hissetmektedir.

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

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

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

2.3.6. Hastalarda Güven Hissi ve Yapı İlişkisi

Güven hissinin tanımı -bir tarafın, karşı tarafın kendileri açısından olumlu sonuçlar yaratacak davranışlar göstereceğine olan beklentisi- olarak yapılmaktadır. Hizmet alımlarındaki güven kavramının tanımı: hizmeti sunan tarafa, vaatlerini yerine getireceğine dair duyulan güven olarak yapılmaktadır (Alrubaiee, L., ve Alkaa'ida, F., 2011; 111). Güven hissinin sadece bir partinin diğer partinin güvenilirliğine ve dürüstlüğüne inanması halinde varolabileceğini öne sürülmektedir. Güven duyulan kimselerin ayrıca güven duyanlara karşı iyi niyetli girişimler içinde olmalarının beklendiğini ifade etmektedir. Ayrıca, güven hissinin gelecekte gerçekleşecek işbirlikleri için de zemin hazırladığı ifade edilmektedir.

Güven duygusunun dört niteliği olduğu kaydedilmektedir. Bunlar: Güvenilirlik, Açıklık, Yetki ve İlgili Olmak olarak sıralanmaktadır. Ayrıca güven kavramının dört niteliğinin de ortaya konabilmesi için iletişimin çok önemli olduğu ifade edilmektedir (Alrubaiee, L., ve Alkaa'ida, F., 2011; 117).

Sağlık alanında güven hissi ile ilgili çalışmalar yürüten Ramli (2019; 20), güven duyan hastaların da tıpkı güven duymayanlar gibi sürekli tetikte olduğunu ifade etmektedir. Güven duygusunun gerçekleşmesi kesin olmayan bir umut veya bir iyimser düşünce olmadığı; güvenin tesis edilmesinin, hastaların ihtiyatlı olmayı bırakmaları anlamına gelmeyeceği ifade edilmektedir. Güven duygusunun sürekliliğinin, oluşabilecek her türlü hataların ve bu hatalarla ilgili alınacak önlemlerin hastalara bilgi olarak aktarılmasının önemi vurgulanmaktadır. Bu durumda hastaların istemsiz hatalar nedeniyle ziyana uğramaları halinde bile güvenmeye devam ettikleri aktarılmaktadır. Alanda yapılan çalışmalar, yüksek hizmet kalitesi algısının, hastalarda oluşturulacak olumlu güven hissi ile destekleneceğini ortaya koymaktadır (Trachtenberg, Dugan ve Hall, 2005; 346).

2.3.7. Kulis Davranışı ve Yapı İlişkisi

İnsanlar günlük yaşamlarını sürdürürken, yaşamsal eylemlere hazırlık için bir zaman harcamaktadırlar. Gözlemci ve dış kullanıcılar için mimari mekan, bir ön sahne olarak kabul edilse bile, aynı mekan iç kullanıcı için bir sonraki zaman diliminde oluşacak eylemlere hazırlık mekanı olarak kullanılmaktadır.

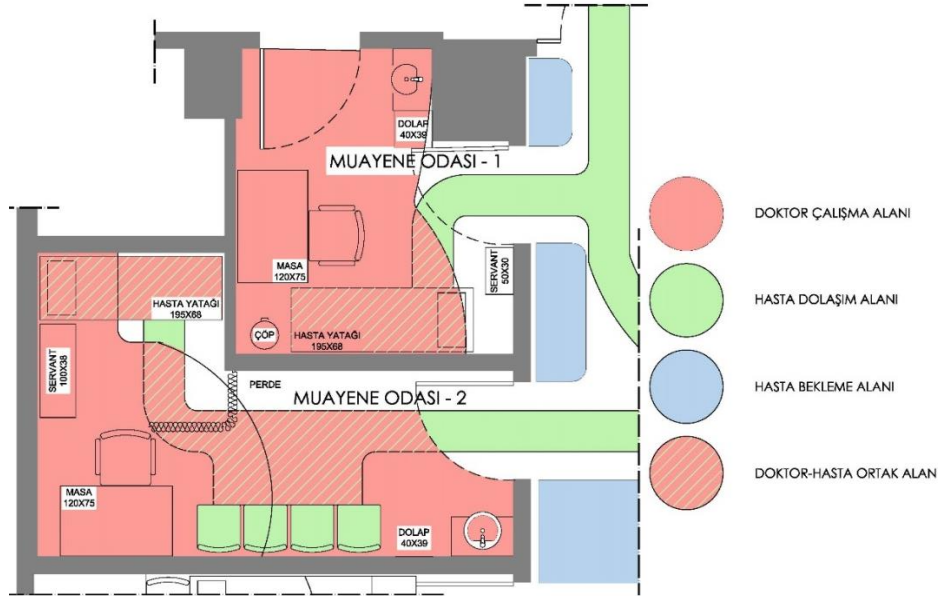
Örneğin, tiyatro sahnelerinin kulisleri, çekim salonları, film setleri arka planlardır. Bir konutun mutfağı, konuk odasının arka planıdır. Hazırlık odası konferans salonunun arka planıdır. Dikkatle gözlemlendiğinde, her mimari mekanın bir arka sahnesi olduğu görülmektedir. Kulis davranışı, insanların kendilerini ve eylemlerini başkalarına sunmadan önce gerçekleştirdikleri, bir dizi hazırlık etkinliğine evsahipliği yapmaktadır (Toch, Wang ve Cranor 2012; 215-216).

Fiziksel göstergeler ve zihinsel ipuçları, bir mekanın, kapalı, yarı kapalı ve açık alanlarının bulunduğu, ön ve arka alanları olduğunu, erkek ve kadının egemenlik alanlarının bulunduğu, kamusal veya özel ya da pis veya temiz alanlara sahip olduğu bilgisini kullanıcılara aktarmaktadır. Yapıların farklı kullanım amaçlarına göre tasarlanmaları sonrasında sahne ve arka plan kulis mekanlarının bir arada bulunduğu mekanlar oluşmaktadır. Yapısal çevrede, hangi mekanın diğerinin kulis (hazırlık) mekanı olacağını bazı kültürel normlar belirlemektedir. Genellikle kapalı, arkada olan, görülmesi tercih edilmeyen, özel alanlardaki davranışlar, diğerlerine kulis görevi yapmaktadırlar. Kapalı alanlar, açık alanın kulisi, yani hazırlık mekanı olarak kullanılmaktadır.

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

2.4. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Hasta Muayene Odalarında Mekansal Davranış ve Yapı İlişkisi

Sırasıyla çağdaş sağlık hizmetleri, hasta insan, kişisel ve mekânsal davranış konularını aktardıktan sonra bu bölümde tüm bileşenlerin Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı hasta muayene odalarındaki etkileri incelenmektedir. Görsel 2’de birimin muayene odası olarak kullandığı iki odanın yerleşim planı bulunmaktadır. Plan üzerinde doktor etkinlik alanı, hasta etkinlik alanı ve ortak alanlar şematik olarak gösterilmektedir. Hastalar giriş kapısı, varsa bekleme koltuğu ve sonrasında muayene yatağını kullanmaktadırlar. Doktorlar ise muayene odaları alanlarının yaklaşık %75’ini kullanmaktadırlar.



Görsel 2. Hacettepe Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Muayene Odası Dolaşım Şeması

Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017



Görsel 3-4. Muayene Odası 1 Görselleri

Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017



Görsel 5-6. Odası 2 Görselleri

Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017

Anabilim Dalına ait her iki muayene alanının mekânsal olarak incelenmesi sonucunda her iki muayene odasının plan şeması, yüzey kaplama malzemeleri ve hareketli donatı elemanları bakımından bir tutarlılık içinde olmadıkları tespit edilmiştir. İçinde benzer işlemlerin gerçekleştiği her iki odanın mekan boyutları, duvar renkleri, zemin seramik renkleri, hasta muayene yatakları ile, çalışma ve bekleme koltuklarının döşeme renkleri birbirlerinden farklıdır. Muayene Odası 2’de bulunan perde ve hasta yakınları bekleme koltuklarının Muayene Odası 1’de olmadığı belirlenmiştir.

3. Sonuç

Çağdaş hastanelerin Türkiye’deki durumlarının incelenmesi sonucunda bu kurumların geniş kesimlerin kesintisiz olarak faydalandığı, çok boyutlu hizmet sağlayan niteliklerinin bulunduğu anlaşılmaktadır. Hastanelerin incelenmesinde öne çıkan bir değerlendirme ise tekil uzmanlık hastanelerinin yerini çok

kapsamlı teşhis ve tedavi imkanlarına sahip büyük hastanelerin almasıdır. Hastanelerle ilgili bir diğer tartışma ise yatak kapasitesi ile ilgilidir. Amerika’da yapılan araştırmalar yatak doluluk oranı %30’un altına inen hastane sayısında önemli oranda artış olduğunu ortaya koymaktadır. Türkiye’de ise durum henüz sağlık arzının talebi karşılamaması nedeniyle son 15 yıl göz önüne alındığında, hasta yatak doluluk oranının artma eğilimini sürdürdüğü gözlenmektedir. Hasta yatak doluluk oranı bakımından en yüksek orana üniversite hastaneleri ulaşmıştır. Bu tercihin sebebi olarak üniversite hastanelerinde eğitim-öğretim faaliyetlerinin yürütülmesi, araştırma ve uygulamalarla ilgili güncel gelişmelerin yakından takip edilmesi ve nitelikli akademik kadrolara sahip olması gibi gerekçeler sıralanmaktadır.

Hastane yapıları ve hastalar arasındaki iletişim ve mekânsal davranış sürecini inceleyen bu çalışmanın hedefi, mekan kullanıcıları olan hastaların sağlık yapılarındaki “davranış kalıplarını” açığa çıkarmaktır. Bu iletişim sürecinde kullanıcı, mekanla ilk karşılaştığı anda iletişim başlayacak, duyumla beraber algılama, biliş süzgecinden geçirme ve değerlendirme gibi zihinsel işlemler sonucu bir tepki verecektir. Söz konusu tepki, bir sonraki aşamada davranışa dönüşecektir. Dikkat edilecek en önemli konu ise söz konusu olan kişinin hasta olmasıdır.

Bu çalışma hastane yapılarının fiziksel unsurlarının, iç mekan biçimlendirmelerinin hasta, kullanıcı ve doktor gruplarının davranışları üzerine etkisini tartışmaktadır. İç mekanda farklı kullanıcı grupları tarafından gerçekleştirilen davranışların, iç mekanı oluşturan fiziksel ve mekânsal unsurlardan bağımsız olarak değerlendirilmesi mümkün değildir. Bu bağlamda bu çalışma, kullanıcı gruplarının davranışlarını ve algılarını, iç mekanı oluşturan fiziksel ve yapısal unsurlar ekseninde değerlendirmektedir.

Çalışmada, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi’nin Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı hasta muayene odalarının tasarımlarının hastaların davranışları üzerindeki etkilerini incelemektedir. Tespit edilen odaların fiziki durumları ile mekan kullanıcılarının davranışları arasında güçlü bir ilişki olduğu değerlendirilmektedir. Mekanlar analiz edildiklerinde, her iki muayene odasının yerleşiminin bireylerin yönelme davranışlarını destekleyecek biçimde tanımlı olduğu anlaşılmaktadır. Muayene odalarının servis çıkışındaki kapıların kilitlenebilmesi, mekan kullanıcılarının mahremiyet ihtiyacını tatmin eder niteliktedir. Ancak Muayene Odası 1’de doktor odalarına açılan ikinci bir kapının bulunması, içeride tesis edilmek istenen mahremiyet kavramını zayıflatır niteliktedir. Her iki odada da kişiselleştirme uygulamalarına rastlanmamıştır. Bu durumun gerekçesinin her iki odanın da farklı doktorlar tarafından kullanılması olduğu değerlendirilmektedir. Kişisel alanın Muayene Odası 2’de daha rahat tesis edilebileceği düşünülmektedir. Diğer odada ise, hastaların kişisel alanlarını oluşturabilecekleri mekânsal bir imkan bulunmamaktadır. Doktorların egemenlik alanlarını oluşturan başlıca nesnelerin çalışma masaları ve ihtiyaç halinde kullanılan tıbbi ekipman olduğu görülmektedir. Oda yerleşimi de incelendiğinde tespit edilebilen doktorların odanın en az %75’ini kullanmaları durumu, aslında odanın tamamının doktorların egemenlik alanı olduğunu düşündürmektedir. Hastalarda oluşturulmak istenen güven duygusu ağırlıklı olarak doktorların bilgi ve deneyimleri ile desteklenmektedir. Mekânsal anlamda ise, steril tıbbi malzemelerin kullanılması ve hijyenik ve temiz bir muayene ortamının oluşturulma çabası hastalar tarafından olumlu olarak karşılanmaktadır. Hastalar güven sıralaması bakımından ilk sırada doktorlarını, sonraki sıralamada hastaneyi ve ilgili bölümü ifade etmişlerdir. Muayene Odası 2’de perdenin kullanımı ile fiziksel muayenenin yapıldığı hasta yatağı kulis davranışını desteklemektedir. Muayene öncesinde ve sonrasında doktor masası ve hasta yakınlarının kullandığı alanın tamamı ise mekanda sahne alanı olarak kullanılmaktadır. Muayene Odası 1’de ise fiziksel olarak muayene yatağını sınırlayan bir perde bulunmamaktadır. Oda kapısının kilitlenmesi ile birlikte mekanın tamamı, herhangi bir kulis alanı bulunmaksızın sahne olarak kullanılmaktadır.

İnsanların büyük hastane yapılarındaki yönelme davranışlarının düzenlenmesi mekânsal okunabilirliği olumlu anlamda etkilemektedir. Önerilen düzenlemeler birbirini destekleyen fonksiyonların bir arada çözülmesi ve mümkün olduğu kadar hastaların görsel temas da kurarak yönlendirmelerinin sağlanmasıdır.

Biliş ve değerlendirme aşamasında kullanıcı, güven, güvensizlik, tatmin ya da tatminsizlik gibi bir değerlendirme yapacaktır. Kullanıcı, fiziksel mekanı kontrol edebilmek, kendi gereksinimlerine özgü kılmak, beğeni ve isteklerini gerçekleştirmek için bir davranışa yönelecektir. Bu davranış, ya muayene mekanına uyum sağlamak, ya da tehdit algısı güçlenerek dış uyarıcılara kendisini kapatması ile sonuçlanabilecek bir sürece yol açacaktır. Dolayısıyla da bu noktada hasta davranışı muayene alanının iç ve dış yapılanmasına uyum sağlamak ve kabullenmek ya da başka bir hizmet sağlayıcı hastaneye gitmek

şeklinde gerçekleşecektir. Bu davranışlar, duygusal tatminin davranışsal tepkileri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hastalar olan kullanıcıların kişisel mahremiyetlerinin ve doktor ile aralarındaki kesintisiz olması gereken çift yönlü iletişimin, toplum ile hasta arasındaki sosyal iletişime izin verecek özelleşmiş mekanları olan bir hastane sistematigi geliştirilmesi gerekmektedir. Kültürel bağlam, kişilik ve bireysel isteklere bağlı olarak mahremiyetin sağlanması söz konusudur. Duvarlar veya perdeler gibi fiziksel ve sembolik ayırıcılarla mekanda oluşturulan bölümler mahremiyetin sağlanmasına olumlu katkı yapmaktadır. Hastaların buldukları mekanlarda, görsel, işitsel ve kokusal ilişkilerini kontrol edebilme kabiliyetine sahip olabilmelerinin; hastaların güven duyguları üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. İncelenen mekanlarda bu konuda eksikliklerin olduğu görülmüştür. Mekan-insan iletişim sisteminde geri ileti olarak gözlemlenen davranışların kişiselleştirme kavramının da yardımıyla; ortamlarda kullanıcılara tanıdık ve sıcak bir ortam yaratmak amacıyla değişiklikler yapmak gerektiği değerlendirilmektedir. Bu işlem sırasında kullanıcılar, kişiselleştirme kavramına uygun biçimde iletişim halinde oldukları mekana kendilerinden bilgi aktaracak ve gelecekte çevrelerinde kendi istemlerinin yansımaları fiziksel olarak var olmaya başlayacaktır.

Diğer taraftan muayene odalarının, doktorların egemenlik alanları oldukları görülmektedir. Doktorların kulis davranışları sergilemelerine imkan tanıyacak fiziksel muayene ve ön görüşme alanlarının varlığı, hastaların psikolojik ihtiyaçlarının tatmin edilmesi konusunda yardımcı olacaktır. Mevcut mekan yerleşimlerinde bu alanda da eksikler olduğu çalışma sırasında görülmüştür. Oluşturulacak hastane sistematiginde mekan kurgusunun doktorların egemenlik alanı olarak kabul edilebilecek alanlarla hastaların kişisel alanlarının ve kişiselleştirme ihtiyaçlarının birbirleriyle çatıştığı alanlar olmamasına dikkat edilmesinin önemi büyüktür. Hastaların kişisel alan ihtiyaçlarının karşılanmasının iyileşmelerinde olumlu etkileri olduğu günümüzde yürütülen araştırmalar sonucunda ifade edilebilmektedir. Bu anlamda hem hastaların hem de doktorların fiziki ve manevi ihtiyaçlarını gözeterek verimli hastane mekanları yaratılması konusunun araştırmaya değer bir konu olduğu değerlendirilmektedir.

Kaynakça

- AHA (American Hospital Association), 2020. *“Behavioral Health Resources: Access and Capacity”*. Trendwatch, Sep. Vol. 2, No.3 Adres: <https://www.aha.org/behavioralhealth/access-capacity-resources>, [Erişim Tarihi: 19.09.2020].
- Alrubaiee, L., ve Alkaa'ida, F. (2011). *“The Mediating Effect of Patient Satisfaction in the Patients' Perceptions of Healthcare Quality – Patient Trust Relationship”*. International Journal of Marketing Studies Vol. 3, No:1, 103-127.
- Aras, A. (2015). *“Mekân Örgütlenmesi ve Mobilya Seçiminde Kültür Grupları ve Kültür Bileşenlerinin Etkileşimi: Konut Yaşama Mekânları”* (Doctoral dissertation, Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Trabzon).
- Aydın, D. *Hastane Mimarisi, İlkeler ve Ölçütler*. Entegre Matbaacılık, İstanbul, 2009.
- Beaulieu, C. (2004). *“Intercultural study of personal space: A case study”*. Journal of Applied Social Psychology, 34(4): 794-805.
- Darken, R. P., & Peterson, B. Spatial orientation, wayfinding, and representation, 2014.
- Hayran, O. Sağlık ve Hastalık Kavramları <http://www.merih.net/m1/wosmhay11.htm>, [Erişim Tarihi: 12.12.2016].
- http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=3059, [Erişim Tarihi: 23.02.2015].
- <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>. [Erişim Tarihi: 15.09.2020].
- Keskin, H. İ. (2018). *“Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Kamu Hastanelerinin Etkinliği”*. Akdeniz Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 18(38).
- McCullough, C. S. (Ed.). (2010). Evidence-Based Design For Healthcare Facilities. Sigma Theta Tau.
- Ramli, A. H. (2019). *“Patient trust on The Hospital Service Delivery System”*. Business and Entrepreneurial Review, 16(1), 17-30.
- Rangel, M., & Mont’Alvão, C. (2011, September). *“Color and Wayfinding: a Research in a Hospital Environment”*. In Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting (Vol. 55, No. 1, pp. 575-578). Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications.

- Reeve, A., Nieberler-Walker, K., & Desha, C. (2017). *“Healing Gardens in Children’s Hospitals: Reflections on Benefits, Preferences and Design From Visitors’ Books”*. Urban Forestry & Urban Greening, 26, 48-56.
- Solove DJ. (2004) The Digital Person, Technology and Privacy in the Information Age. ABD, New York University Press, s: 3
- Şantaş, F., Özlem, Ö. Z. E. R., & Çıraklı, Ü. (2012). *“Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması”*. Çankırı Karatekin Üniversitesi İİBF Dergisi, 2 (2): 45-59.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, “Sektörlere Göre 2014-2016 Ay Bazlı Yatak Doluluk Oranları” Genel Sağlık İstatistikleri –Özet Bilgiler. Adres: <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>, Erişim Tarihi: 28.09.2019.
- Tall, R. T., (2000). An Introduction to Healthcare Organisational Ethics. Oxford University Press, New York: 133-134.
- Toch, E., Wang, Y., & Cranor, L. F. (2012). *“Personalization and Privacy: a Survey of Privacy Risks and Remedies in Personalization-Based Systems”*. User Modeling and User-Adapted Interaction, 22 (1-2): 203-220.
- Trachtenberg, F., Dugan, E., ve Hall, M. A., (2005). *“How Patients’ Trust Relates To Their Involvement in Medical Care: Trust in The Medical Profession is Associated with Greater Willingness to Seek Care and Follow Recommendations”*. Journal of Family Practice, 54 (4): 344-353.
- Wu, H. C., Li, T., & Li, M. Y. (2016). *“A Study of Behavioral Intentions, Patient Satisfaction, Perceived Value, Patient Trust and Experiential Quality for Medical Tourists”*. Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism, 17 (2): 114-150.
- Yerebakan, M., (2000). *“Özel Hastaneler Araştırması”*, İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2000-26, İstanbul.
- Yılmaz, E. (2017). *“Hastanelerde Terapi Bahçelerinin İyi Olma Haline Etkilerinin Araştırılması”* (Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Mühendislik ve Fen Bilimleri Enstitüsü).
- Zautra, A. J., Hall, J. S., & Murray, K. E. *“Resilience: A New Definition of Health for People and Communities”*. 2010.