

**T.C.
YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YAPILARINDA HASTA YATAK KATLARININ
KULLANICI GÜVENLİĞİ VE MEMNUNİYETİ BAĞLAMINDA
İRDELENMESİ VE BİR TASARIM KILAVUZU ÖNERİSİ**

ANIL TANRITANIR

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
MİMARLIK ANABİLİM DALI
MİMARİ TASARIM PROGRAMI**

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. ASLI SUNGUR ERGENOĞLU**

İSTANBUL, 2011

**T.C.
YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YAPILARINDA HASTA YATAK KATLARININ
KULLANICI GÜVENLİĞİ VE MEMNUNİYETİ BAĞLAMINDA
İRDELENMESİ VE BİR TASARIM KILAVUZU ÖNERİSİ**

ANIL TANRITANIR

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
MİMARLIK ANABİLİM DALI
MİMARİ TASARIM PROGRAMI**

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. ASLI SUNGUR ERGENOĞLU**

İSTANBUL, 2011

T.C.

**YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YAPILARINDA HASTA YATAK KATLARININ
KULLANICI GÜVENLİĞİ VE MEMNUNİYETİ BAĞLAMINDA
İRDELENMESİ VE BİR TASARIM KILAVUZU ÖNERİSİ**

Anıl TANRITANIR tarafından hazırlanan tez çalışması 28.06.2011 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Mimarlık Anabilim Dalı'nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Aslı SUNGUR ERGENOĞLU
Yıldız Teknik Üniversitesi

Jüri Üyeleri

Yrd. Doç. Dr. Aslı SUNGUR ERGENOĞLU
Yıldız Teknik Üniversitesi

Prof. Dr. Ayfer AYTUĞ
Yıldız Teknik Üniversitesi

Prof. Dr. Işıl HACIHASANOĞLU
İstanbul Teknik Üniversitesi

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tez çalışmamın başlangıcından sonuçlanma aşamasına kadar katkılarıyla beni yönlendiren, bana her açıdan destek olan ve tez çalışması boyunca tecrübelerinden yararlandığım değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Aslı SUNGUR ERGENOĞLU'na çok teşekkür ederim. Tez jürimde bulunarak beni onurlandıran Prof. Dr. Ayfer AYTUĞ ve Prof. Dr. Işıl HACIHASANOĞLU'na teşekkür ederim.

Teze başlama sürecinden itibaren maddi ve manevi desteklerini üzerimde hissettiğim annem Yasemin Tanrıtanır'a ve babam Doğan Tanrıtanır'a sevgilerinden ve yardımlarından dolayı çok teşekkür ederim.

Uygulama alan çalışması sürecinde benden yardımlarını esirgemeyen Gaziantep Primer Hastanesi ve Amerikan Hastanesi yönetimlerine teşekkürlerimi sunarım.

Temmuz, 2011

Anıl TANRITANIR

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KISALTMA LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
ÇİZELGE LİSTESİ.....	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiv
BÖLÜM 1	
GİRİŞ.....	1
1.1 Literatür Özeti	1
1.2 Tezin Amacı	2
1.3 Hipotez	2
BÖLÜM 2	
SAĞLIK YAPILARININ TANIMLARI VE BÖLÜMLERİ.....	4
2.1 Sağlık Yapılarının Tanımları	4
2.2 Sağlık Yapılarının Bölümleri	6
2.3 Bölüm Sonucu	8
BÖLÜM 3	
HASTA BAKIM VE TEDAVİ ALANLARININ TARİHSEL SÜREÇ İÇİNDE GELİŞİMİ, PLANLAMASI VE SAĞLIK YAPILARINDAKİ YERİ.....	9
3.1 Hasta Bakım Alanları ve Hasta Odalarının Tarihsel Gelişimi	9
3.1.1 Tarihteki İlk Hastane Yapılarında Hasta Odalarının Konumu ve Durumu....	10
3.1.2 'Blok' Tip Hastanelerde Hasta Odaları	11
3.1.3 'Pavyon' Tip Hastanelerde Hasta Odaları.....	16
3.2 Türkiye'de Cumhuriyet Dönemi Hastaneleri ve Hasta Odaları	20
3.3 Bölüm Sonucu	23

BÖLÜM 4

HASTA BAKIM ÜNİTELERİNİN PLAN ŞEMALARI VE GELECEĞE YÖN VERECEK DEĞİŞİKLİKLER..... 24

4.1 Bakım Üniteleri Plan Şemaları	25
4.2 Fonksiyonel Alan Sınıflandırması	26
4.3 Hasta Bakım Ünitelerinde İşleyiş ve Anlayış Değişiklikleri.....	27
4.3.1 Hasta Odaklılıktan Klinik Birleşmeye.....	27
4.3.2 Çakışma ve Çatışma	29
4.3.3 Malzeme ve İlaçların Dağıtımındaki Değişiklikler	30
4.3.4 Akutluk Uyumlu Odalardaki Değişiklikler	31
4.4 Günümüzde Hasta Katları Tasarımında Öne Çıkan Tasarım Kriterleri	33
4.5 Bölüm Sonucu	35

BÖLÜM 5

İYİLEŞTİREN SAĞLIK YAPILARINDA TASARIM KRİTERLERİ İŞİĞİNDA HASTA ODALARI 36

5.1 Hasta Odasında Kullanıcı İhtiyaçları.....	36
5.2 Hasta Odasında Bakım Kalitesini ve İyileşmeyi Etkileyen Faktörler	37
5.2.1 İşlevsellik.....	39
5.2.2 İyileştirici ve Yeşil Bir Ortam Sunma	40
5.2.3 Esneklik ve Genişleyebilirlik.....	41
5.2.4 Güvenlik	42
5.2.5 Estetik	45
5.2.6 Hasta ve Aile Alanları	46
5.2.7 Verimlilik ve Düşük Maliyet.....	46
5.3. Türkiye’de Hasta Odası Tasarım Standartları	47
5.4 Hasta Odası Plan Tipleri ve Bileşenleri	49
5.4.1 Bakım Modeli Seçimi.....	49
5.4.1.1 Akutluk Uyumlu Oda Tasarım Özellikleri	50
5.4.1.2 Evrensel Oda Tasarım Özellikleri	51
5.4.1.3 Teknoloji Gereksinimleri.....	52
5.4.1.4 Tedavi Ortamı.....	53
5.4.2 Hasta Odası Plan Tipleri, Avantajları ve Dezavantajları.....	54
5.4.2.1 Yansımali Oda	54
5.4.2.2 Standart Oda	55
5.4.2.3 Tek ve Çok Kişilik Odalar.....	59
5.4.3 Hasta Odası Bileşenleri	61
5.4.3.1 Hastayla İlgili Alan.....	62
5.4.3.2 Refakatçi Alanı	65
5.4.3.3 Sirkülasyon Alanı	65
5.4.3.4 Doktor / Hemşire Bakım Alanı	65
5.4.3.5 Hasta ve Refakatçinin Ortak Alanı - Tuvalet	66
5.5 Bölüm Sonucu	70

BÖLÜM 6

ALAN ÇALIŞMASI 71

6.1 Hasta Odalarının Değerlendirmeleri İçin Kontrol Listesi Oluşturulması.....	71
6.2 Çalışma Yöntemi, Kapsamı ve Uygulaması.....	72
6.3 Kontrol Listesi	73
6.4 Alan Çalışması Yürütülen Sağlık Yapıları	76
6.5 Hastane Yatak Katları Plan Şemaları ve Oda Çizimleri.....	81
6.6 Değerlendirme Sonuçlarının Analizi ve Yorumlanması	83
6.6.1 Hasta Yanıtları Ortalama Tabloları	83
6.6.2 Ortalama Radar Tablosu ve Frekans Tablolarının Değerlendirilmesi.....	85
6.6.3 Araştırmacı Gözlemleri ve Değerlendirmeleri	92
BÖLÜM 7	
SONUÇ VE ÖNERİLER	93
KAYNAKLAR.....	97
EK A	
TÜRKİYE’DEKİ HASTA ODASI TASARIM STANDARTLARI	103
EK B	
HASTA ANKET FORMU	106
EK C	
KONTROL LİSTESİNİN TAMAMININ HER İKİ HASTANEDE UYGULANMASI .	109
EK D	
HASTA YANITLARI FREKANS TABLOLARI	113
EK E	
HASTA YANITLARI CROSSTAP	123
EK F	
A HASTANESİ KAT PLANLARI	157
EK G	
B HASTANESİ KAT PLANLARI	154
ÖZGEÇMİŞ.....	161

KISALTMA LİSTESİ

AIA	American Institute of Architects
ADA	Americans with Disabilities Act
COW	Computer Wheels
HIPAA	Health Insurance Portability and Accounting Act
ICU	Intensive Care Unit
J.I.T	Just in Time
JCAHO	Joint Commission Accreditation for Health Organization
LDR	Labour Delivery Recovery Suite
ODS	Organized Delivery Systems
RN	Registered Nurse
PPE	Personal Protective Equipment
UFAS	Uniform Federal Accessibility Standards

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1	Hastane alanları, ilişki ve oranları	6
Şekil 3.1	Asklepios tapınakları	10
Şekil 3.2	18yy. Blok tip hastane binası: Hasler Royal Naval Hastanesi-Hampshire	12
Şekil 3.3	18 ve 19 yy. da Palladian modelden sonra kullanılan Illinois Hastanesi	12
Şekil 3.4	Pennsylvania Hastanesi	13
Şekil 3.5	Pennsylvania hastanesi kat planı	13
Şekil 3.6	Nightangale kokuşları plan tipi	17
Şekil 3.7	Tek yataklı hasta odası ve planlama şemaları	19
Şekil 3.8	Dört yataklı hasta odası plan şeması	19
Şekil 3.9	%50 tek yataklı %50 dört yataklı odalardan oluşan plan şeması	19
Şekil 3.10	%100 tek yataklı odalardan oluşan plan şeması	20
Şekil 3.11	Türkiye’de hastane plan şemalarının değişimi	22
Şekil 4.1	Kare servisler (1950)	25
Şekil 4.2	Üçgen servisler (1970)	25
Şekil 4.3	Tek koridorlu servisler (1900)	25
Şekil 4.4	Çift koridorlu servisler (1940)	25
Şekil 4.5	Dairesel servisler (1950)	26
Şekil 4.6	Haç biçiminde servisler (1930 – 1950)	26
Şekil 4.7	Hasta odası planı	31
Şekil 4.8	Hasta odası planı	32
Şekil 4.9	Hasta odası planı	32
Şekil 5.1	Hasta odasında dış mekan algısı	38
Şekil 5.2	Akutluk uyumlu hasta odaları	50
Şekil 5.3	Hasta odası planı	53
Şekil 5.4	Yansımali oda planı	55
Şekil 5.5	Standart oda planı	55
Şekil 5.6	Yansımali oda tipi 1	56
Şekil 5.7	Yansımali oda tipi 2	56
Şekil 5.8	Yansımali oda tipi 3	57
Şekil 5.9	Yansımali oda tipi 4	57
Şekil 5.10	Standart oda tipi 1	58
Şekil 5.11	Standart oda tipi 2	58
Şekil 5.12	Standart oda tipi 3	59
Şekil 5.13	Hasta odası planı	62
Şekil 5.14	Ayak duvarı görünümü	63
Şekil 5.15	Hasta odası baş duvarı görünümü	64
Şekil 5.16	Baş duvarı yerleşimi	64

Şekil 5.17	Banyo Yeri, Erişim Alanı ve Görseli ile Hasta Odası Planı	66
Şekil 5.18	Banyo tasarımı.....	68
Şekil 5.19	İç tuvalet odası.....	69
Şekil 5.20	Dış tuvalet odası	69
Şekil 5.21	İç içe geçmiş tuvalet odası.....	70
Şekil 5.22	Tuvalet yerleşim seçenekleri	68
Şekil 6.1	Öneri kontrol listesi oluşturulmasında temel adımlar ve süreçler.....	72
Şekil 6.2	Gaziantep Primer hastanesi.....	80
Şekil 6.3	Gaziantep Amerikan hastanesi	80
Şekil 6.4	Plan şeması içinde hasta odalarının konumu.....	82
Şekil 6.5	Hasta odası planı.....	82
Şekil 6.6	Plan şeması içinde hasta odalarının konumu.....	83
Şekil 6.7	Hasta odası planları.....	83
Şekil 6.8	A ve B hastaneleri hasta odası planları.....	87
Şekil 6.9	A ve B hastaneleri hasta odaları banyo planları.....	88

ÇİZELGE LİSTESİ

	Sayfa
Çizelge 6.1 Hasta yanıtları radar çizelgesi	85
Çizelge 6.2 Hasta yanıtları faktör analizi yorumları	91

SAĞLIK YAPILARINDA HASTA YATAK KATLARININ KULLANICI MEMNUNİYETİ VE GÜVENLİĞİ BAĞLAMINDA İRDELENMESİ VE BİR TASARIM KILAVUZU ÖNERİSİ

Anıl TANRITANIR

Mimarlık Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Aslı SUNGUR ERGENOĞLU

Sağlık sisteminin temel mekanı olan hastanelerdeki, sosyal değişimlerin oluşturduğu yeni verilere uygun şekilde tasarlanmış hasta bakım üniteleri, kullanıcının sağlık gereksinimine cevap vermelidir. Son 25 yılı aşkın süredir hasta odaları tasarımında değişiklikler gözlenmektedir.

Bu yüksek lisans tez çalışmasının amacı, hasta katlarında tasarıma yönelik dikkat edilmesi gereken kriterlerin neler olduğunu içeren bir tasarım kılavuzu oluşturmak ve bu kılavuzu yürütülen bir alan çalışması ile denemektir.

Giriş bölümünde, tezin amacı, kapsamı ve yöntemi ortaya konulmaktadır. 2. bölümde, sağlık yapılarının tanımları ve bölümleri anlatılmıştır.

3. bölümde, hasta bakım ve tedavi alanlarının tarihsel süreç içinde gelişimi, planlaması ve sağlık yapılarındaki yer başlığı altında hasta bakım alanları ve hasta odalarının tarihsel gelişimi, tarihteki ilk hastane yapılarında hasta odalarının konumu, 'blok' tip hastanelerde hasta odaları, 'pavyon' tip hastanelerde hasta odaları ve Türkiye'de Cumhuriyet dönemi hastaneleri ve hasta odaları anlatılmıştır. 4. bölümde, hasta bakım ünitelerinin plan şemaları ve geleceğe yön verecek değişiklikler ele alınmıştır.

5. bölümde, iyileştiren sağlık yapılarında tasarım kriterleri ışığında hasta odaları başlığı altında hasta odasında bakım kalitesini ve iyileşmeyi etkileyen faktörler ele alınmıştır. Hasta odası plan tipleri araştırılmış, ve plan tiplerinin avantajları - dezavantajları ile hasta odası bileşenleri anlatılmıştır.

6. bölümde, hasta yatak katlarının kullanıcı memnuniyeti ve güvenliği bağlamında irdelenmesine yönelik kontrol listesi oluşturulmuştur. Alan çalışmasında yürütülen sağlık yapıları ve hastanelerin yatak katları plan şemaları incelenmiştir. Konu ile ilgili yapılan

alışmalar sonucunda elde edilen verilerin analizi değerlendirmesi ve yorumlamasını içermektedir.

7. bölüm ise sonuçların değerlendirilmesi ve önerilerin belirtilmesini kapsamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık yapıları, hasta yatak katları, hasta odaları, hasta odaları tarihcesi, iyileştiren sağlık yapıları

ABSTRACT

EXAMINATION OF HEALTH CARE FACILITIES FOCUSING ON USER SATISFACTION AND SECURITY AND A DESIGN GUIDELINE PROPOSAL

Anıl TANRITANIR

Department of Architecture
M.Sc. Thesis

Advisor: Asst. Prof. Dr. Aslı SUNGUR ERGENOĞLU

Healthcare buildings, which are the fundamental places of the health care system, should be designed according to new inputs created by the social changes. Patient care units are supposed to respond to the needs of the users. Over the past 25 years, innovations in the design of patient rooms have been observed.

The main object of this thesis is to create a design guideline which include the criteria that should be considered for the design of the patient room floors.

In the introduction part, the main aim and the scope of the thesis are stated and the methods are presented. In the 2nd chapter, the definition and the main parts of the health buildings are explained.

In the 3rd chapter, the historical development of patient rooms, main properties of patient rooms of the first hospitals in history, patient rooms in different types of hospitals, and the patient rooms and hospitals in Republican era of Turkey are described. In the 4th chapter, the plan schemas of patient care units are given and the changes in the understandings which will guide the future plans are discussed.

In the 5th chapter, under the title of patient rooms, the factors which influence the care quality and recovery of patients are discussed by taking into account the design criteria of health care facilities and various patient room plan types and their components are examined and the advantages and disadvantages of investigated plan types are discussed.

In the 7th chapter, a checklist is formed focusing on the patient room users' satisfaction and safety. Healthcare buildings that are executed in the field work and their plan schemes are examined and the analysis, evaluation and discussion of all obtained data are represented.

The final chapter contains the evaluation of the results and specification of the suggestions for the future.

Keywords: Healthcare buildings, patient room floor, patient room, history of patient room, healing healthcare buildings

1.1 Literatür Özeti

Gelişen teknoloji, sürekli artan ve yaşlanan nüfus, hızlı endüstrileşme ve şehirleşmeden kaynaklanan problemler sağlık sorunlarını gündeme getirmektedir. Yaşam biçiminin değişimiyle anlayışların farklılaşması, sağlık bakımının önemini arttırmıştır. Toplumların sosyal, kültürel ve ekonomik gelişimiyle birlikte, bireylerin sağlıklı olması, daha verimli ve üretici olmaları açısından önem taşımaktadır. Ülkemizde sağlık ocakları, sağlık merkezleri, sağlık evleri, aile planlaması merkezleri, laboratuvarlar gibi bir çok sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Çok yönlü sağlık kuruluşları piramidinde ise, hastaneler en üst kademede yer almaktadır.

Hastaneler tasarlanırken; ihtiyacı karşılayacak şekilde mümkün olan en düşük yapım, işletim ve bakım maliyetine sahip, hasta bakımı ve tedavisi için en iyi şekilde hizmet veren, hastanın konforu ve memnuniyetini sağlayan binalar olmaları hedeflenmektedir. “Hastane, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri”, “aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlanır (Eren,1984). Mutlu’ya (1973) göre hastane; “binası, donatımı, doktoru, hasta bakıcısı ile insanlığın acılarını azaltan, hastalıkları tedavi eden, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önleyen, çevre halkının sağlığını korumak için onlarla sürekli ilişki kurarak önlemler alan, içinde hastalıklara karşı bilimsel araştırmalar yapılan, bir ülkenin sağlık ordusuna doktor ve hasta bakıcı yetiştiren sosyal bir kurumdur”. Hastane binalarının mimari biçimi ve karakterinin başlıca belirleyicisi de bakım üniteleridir. Aynı zamanda hasta bakım üniteleri hastanenin kapasitesini belirleyen bölümlerdir. Bu bağlamda, hasta bakım ve tedavi ünitelerinin, hastanelerin yapısal formu ve karakterini belirleyici ana unsur olduğu kabul edilir.

1.2 Tezin Amacı

Bu tez çalışmasının amacı; Sağlık yapılarında hasta yatak katlarının kullanıcı memnuniyeti ve güvenliği bağlamında irdelenmesi ve bir tasarım kılavuzu oluşturulmasıdır. Bu bağlamda;

- Hasta bakım ve tedavi alanlarının tarihsel süreç içinde gelişimi, planlaması ve sağlık yapılarındaki yeri incelenmiş;
- Hasta bakım ünitelerinin mimari tasarım süreci ve bu süreçte dikkate alınması gereken etkenler (işlevsellik, esneklik ve genişleyebilirlik, güvenlik, estetik ve verimlilik) saptanmış;
- Sağlık yapılarında tasarım kriterleri ışığında farklı oda tipleri incelenmiş ve bu odaların kullanıcı üzerindeki etkileri ortaya konulmuş;
- Tıp biliminde ve tıbbi teknolojiadaki değişikliklerin hasta odası tasarımını üzerindeki etkileri sorgulanmış;
- İyileştiren sağlık yapılarında hasta bakım ünitelerinde anlayış değişiklikleri bağlamında farklı oda tiplerinin işlevsel performansı sınanmıştır.

1.3 Hipotez

Bu çalışmada, hastanenin en düzenli ve temel bölümlerinden olan hasta yatak katlarının tasarımı üzerine yoğunlaşmıştır. Binanın formuna karar verilirken hasta bakım ünitelerinin büyüklüğü ve yapısal plan modeliyle beraber verimlilik kriterleri de önem kazanır. Söz konusu alanlardaki eylemler, belirli ve düzenli aralıklarla gerçekleştiği için hastanenin diğer bölümlerindeki faaliyetlere göre daha duranıdır. Hastanenin diğer bölümlerindeki eylemler karmaşık, düzensiz ve parçalanmıştır. Bu nedenle hastanelerde verimlilik kavramı belirli bir düzen içerisinde faaliyet gösteren mekanlar için tanımlanmış ve gelişmiştir. Çalışma kapsamında genel hastaneler ele alınmış, teknolojiye bağlı değişimlerin hasta odalarındaki etkileri incelenmiş, tasarımdaki farklılaşma kullanıcı memnuniyeti ve güvenliği bağlamında irdelenmiştir. Çalışma alanı olarak Gaziantep Primer Hastanesi ve Medikal Park Hastanesi seçilmiştir. Bu hastaneler, farklı hasta odası tiplerine sahip olmaları ve hasta yoğunluğunun fazla olması nedeniyle seçilmiştir. Çalışmanın ilk aşamasında sağlık yapılarının tanımları ve bölümleri ele alınmıştır. İkinci aşamada, konunun çeşitli yönleriyle ilgili literatür araştırılması yapılmıştır. Literatür

araştırması, hasta bakım ve tedavi alanlarının tarihsel süreç içinde gelişimi, planlaması, sağlık yapılarındaki yeri, hasta bakım ünitelerinin plan şemaları ve geleceğe yön verecek anlayış değişiklikleri, hasta odasında bakım kalitesini ve iyileşmeyi etkileyen faktörler, Türkiye’deki hasta odası standartları, hasta odası tipleri ve bileşenleri üzerinedir. Daha sonra, hasta yatak katlarında kullanıcı memnuniyeti ve güvenliğini etkileyen parametreler saptanmıştır. Bu bilgiler doğrultusunda kontrol listesi oluşturulmuştur. Bu kontrol listesi seçilen iki hastane binasında alan çalışması olarak uygulanmıştır.

Sağlık yapılarında sunulan hizmeti, kullanıcının önceden deneme olanağı bulunmamaktadır. Ancak, son yıllarda sağlık sektöründeki gelişmelerle hizmet isteminde bulunan kullanıcılar, sağlık hizmetlerini sorgulamaktadır. Bu gelişmeyle oluşan rekabet ortamı, ‘kullanıcı memnuniyeti ve güvenliği’ kavramlarını ön plana çıkarmıştır. Kullanıcı memnuniyeti ve güvenliğinin sağlanması hizmet sunumu kadar, mimari tasarım süreci sonunda uygulanan ve kullanılan hastane tasarımı da etkili olmaktadır.

Son yıllarda dünyada hastane binalarıyla ilgili çalışmalar yoğunluk kazanmıştır. Türkiye’de ise son 20 yılda hastane binalarıyla ilgili yapılan çalışmalar oldukça sınırlı kalmıştır. Bu nedenle Türkiye’de tasarlanacak hastanelerin de kullanıcıların memnuniyeti ve güvenliğini en iyi şekilde sağlaması açısından bu tür araştırmalar önem kazanmaktadır. Bu araştırmayla, sağlık sektöründeki en son gelişmelerden elde edilen veriler doğrultusunda ‘işlevsellik, esneklik ve genişleyebilirlik, güvenlik, estetik, yeşil bir ortam sunma’ gibi faktörler düşünülerek sağlık yapılarında hasta bakım kalitesini ve iyileşmeyi etkileyecek bir hastane tasarım kılavuzu önerilmesi ve Türkiye’deki sağlık yapılarının da dünyada geçerli olan tüm standartları sağlaması ve böylece yaşam kalitesine katkıda bulunması sağlanacaktır.

SAĞLIK YAPILARININ TANIMLARI VE BÖLÜMLERİ

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 değişime uğramıştır' diye yazmıştır (Annabal, 1993 [1]). Hastane binaları, hastalık ve bunu yenmek için insanın verdiği savaş kadar eski olan "hasta bakımı"nın yeniden yorumlanmasının bir sonucudur.

2.1 Sağlık Yapılarının Tanımları

Hastaneler karmaşık bina tipleridir. Her hastane çok çeşitli hizmet ve fonksiyonel birimlerden oluşur. Bunlar klinik laboratuvarlar, görüntüleme, acil odaları ve cerrahi gibi tanı ve tedavi fonksiyonlarını, yiyecek servisi ve oda hizmeti gibi konaklama fonksiyonlarını ve yatan hasta bakımı veya hasta yatak katlarıyla ilgili fonksiyonları kapsar.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımına göre sağlık; fiziki, akli ve sosyal tam bir iyilik halidir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerini sınırlandırmak oldukça güçtür. Hastaneler; hasta yatırma, barındırma, laboratuvar, radyoloji gibi tıbbi ve teknik hizmetler ile bütünleşmiş bir kurumdur. Hastalıkların teşhis ve tedavisine yönelik çok çeşitli faaliyetlerin yürütüldüğü, çok sayıda ve birbiri ile yakın ilişkide bulunan birimlerden oluşan karmaşık bir sosyo-ekonomik sistemdir. İnsan gücü, malzeme ve fiziki kaynakları ve harcamaları açısından hastaneler büyük bir endüstri olarak da nitelendirilebilir (Ak [2]). Hastaneler, dış çevreden soyutlanmayan, dış çevre ile kesin sınırlarla ayrılma ihtimali bulunmayan ve temel amaçlarını gerçekleştirme yolunda çevreden gelen baskılarla sistem olarak kendi temel ihtiyaçlarını bağdaştırmak zorunda olan sosyal ünitelerdir (Çetinkaya [3]).

Toplumlara sağlık hizmetini en kapsamlı biçimde sunan kurumlar olan hastaneler sağlık problemi olan insanlar tarafından yoğun şekilde kullanılmaktadır. Bünyesinde birçok farklı birim bulunan hastanelerde gerek hasta, gerekse de personel olarak kullanıcı sayısı ve çeşitliliği fazladır. Hizmet sunumuna göre farklılaşan hastanelerde, sunulan hizmete göre personel ve birimler de farklılık gösterebilmektedir.

Dünya sağlık rgtnce (WHO, 1992) ise; “müşahede, teşhis ve rehabilitasyon olarak gruplandırılabilen sağlık hizmetlerinin verildiği, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar” olarak tanımlanmaktadır. Cox ve Groves [4], genel hastane tanımını; “hastalığın, toplumdaki kok sağlık merkezlerinde veya evde ekonomik bir şekilde tedavi edilemediği, ekipman ve özelleşmiş aletlere ihtiyaç duyan, hastalıkları çeşitli konularda ele alan, organize olmuş kurumlardır” şeklinde vermektedir.

Bir hastanenin temel formu normalde, aşağıdaki fonksiyonlarına dayanır:

- yatakla ilgili yatan hasta fonksiyonları
- ayakta tedavi gören hastayla ilgili fonksiyonlar
- tanı ve tedavi fonksiyonları
- idari fonksiyonlar
- hizmet fonksiyonları (gıda, tedarik)
- araştırma ve öğretme fonksiyonları

Bu fonksiyonlar arasındaki fiziksel ilişkiler hastanenin düzenini belirler.

Bir hastanenin karmaşık mekanik ve elektrik ve telekomünikasyon sistemleri dahil, çok çeşitli ve sürekli gelişen fonksiyonlarının her biri özel bilgi ve uzmanlık gerektirir. Bu nedenle konusunda uzman danışmanlar hastane planlaması ve tasarımında önemli bir rol oynar.

Birbirleriyle uyumlu hale getirilmesi gereken çeşitli hizmetlere ek olarak, hastaneler çok çeşitli kullanıcılara hizmet vermeli ve desteklemelidir. Tasarım süreci, sürecin başlangıcında mal sahibi ve doktorlardan alınan bütün verileri bünyesinde barındırır. Tasarımcı aynı zamanda, genelde tasarıma doğrudan katkısı olmayan hasta, ziyaretçi, destek personeli, gönüllü ve tedarikçilerin de ihtiyaç ve konforunu göz önünde bulundurmalıdır. Doğru hastane tasarımı, fonksiyonel gereksinimleri farklı kullanıcılarının psikolojik ihtiyaçlarıyla da birleştirmelidir.

2.2 Sağlık Yapılarının Bölümleri

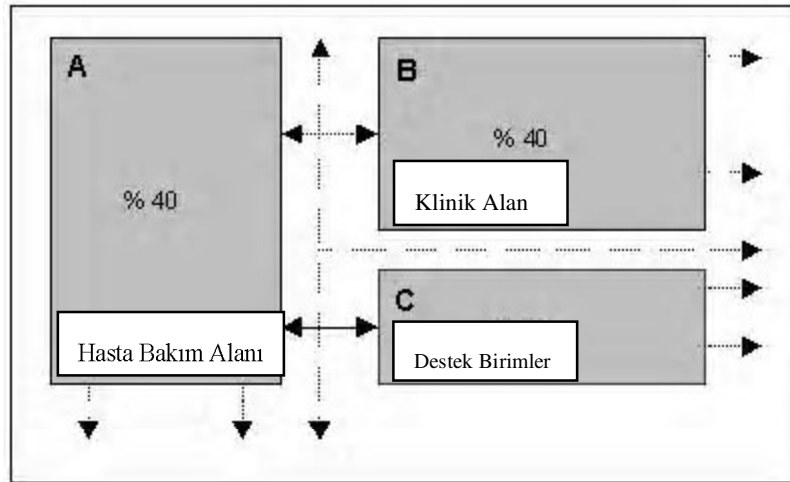
Hastane organizasyonu, zaman içinde teknolojinin ilerlemesi, hızlı şehirleşme, sanayileşme ve sağlık bakım anlayışlarının değişmesi gibi nedenlerle gelişmiştir. Günümüzde modern bir hastane; üç temel kullanım alanından oluşmaktadır;

A. Hasta bakım alanı; hastanede kaldıkları sürece hastalara ayrılan alan

B. Klinik alan; tanı/tedavi servislerinin ve teknik ekipmanın oluşturduğu alan

C. Destek birimler; mutfak, kafeterya, çamaşırhane, dönüşüm istasyonu, depolar vb. gibi hastanenin işlevini sürdürmesini sağlayan tüm servis birimleridir.

Hastane planlaması öncelikle tüm bu alanlar ve ilişkilerin bir araya getirilerek biçimlendirilmesine dayanmaktadır (Önal [5]). Şekil 2.1'de hastanede yer alan temel kullanım alanlarının, hastane bütününe göre yaklaşık olarak ne kadar bir alan teşkil ettiği görülmektedir.



Şekil 2.1 Hastane alanları, ilişki ve oranları (Önal [5]).

Özdemir [6] hastane binalarını bölüm ve fonksiyonlara göre daha detaylı bir şekilde sınıflandırmıştır. Özdemir'in sınıflandırmasında 4 ana bölüm yer almaktadır;

- **Temel Fonksiyon Alanları:** Teşhis, tedavi, hasta bakım eylemleri gibi, hastane binasının fonksiyonunu tanımlayan bölümlerin hepsi temel fonksiyon alanlarını oluşturur.
 - Poliklinik
 - Hasta kabul servisi

- Teşhis üniteleri
- Tedavi üniteleri
- İlk yardım servisi
- Kan bankası
- Ameliyathane
- Hasta bakım üniteleri
- Morg ve ölü yıkama yeri
- **Yardımcı Fonksiyon Alanları:** Hastanenin temel fonksiyonunu tetkik ve hizmet yönünden destekleyen bölümlerdir.
 - Hasta hizmet servisleri
 - Teknik servis
- **İdari ve Personel Hizmet Alanları:**
 - İdare
 - Personel servisi
 - Personel yatakhane
- **Diğer Ek Servis Alanları:**
 - Park ve garaj yerleri
 - Konferans salonu
 - Kapıcı kulübesi
 - Sığınak

Hacıhasanoğlu [7] ise genel hastanelerin üç temel bölümü olduğunu belirtmiştir:

- **Sağlık Hizmetleri Bölümü**
 - Klinikler (Hasta bakım üniteleri)
 - Poliklinikler
 - Ameliyathaneler
 - Teşhis bölümü
 - Tedavi bölümü
 - Yardımcı sağlık hizmetleri bölümü
- **İdari Hizmetler Bölümü**

- **Teknik Hizmetler Bölümü**

- Hasta hizmet servisleri
- Teknik servisler

Hastane bölümlerinin sınıflandırılmasında her üç çalışmaya da baktığımızda temelde aynı olduğu görülmektedir (Aydın [8]).

2.3 Bölüm Sonucu

Bu bölümde, bünyesinde birçok farklı birimi barından ve sağlık hizmetinin en kapsamlı biçimde sunulduğu kurumlar olan hastaneler ve hastanelerin bölümleri anlatılmaktadır. Sağlık problemi olan insanlar tarafından yoğun şekilde kullanılan hastaneler, hastaların kendilerini güvende hissettiği yerlerden biri olma özelliğini de göstermektedir. Hastane binaları ve hastane organizasyonu, zaman içerisinde teknolojinin ilerlemesi, sanayileşme ve sağlık yapılarındaki anlayış değişiklikleri gibi nedenlerle gelişmiş ve son 200 yıl boyunca diğer mimari ürünlere göre daha fazla değişimlere maruz kaldığı görülmüştür.

HASTA BAKIM VE TEDAVİ ALANLARININ TARİHSEL SÜREÇ İÇİNDE GELİŞİMİ, PLANLAMASI VE SAĞLIK YAPILARINDAKİ YERİ

Hastanelerin en temel bölümü olan hasta bakım ve tedavi üniteleri, tasarlandıkları ve inşa edildikleri dönemin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde gelişimini günümüze kadar sürdürmüştür. Yapım teknikleri ve yapısal kısıtlamalar, hasta bakım ünitelerinin tasarımını ve formunu belirlemiştir. Örneğin, geçilebilecek en büyük yapısal açıklık, daha fazla sayıda hastanın barınabilmesini, doğal havalandırma ise bulaşıcı hastalıkların önlenmesini sağlamıştır. Teknolojinin gelişmesiyle tasarımlar da değişmiştir. Çeliğin binalarda kullanılmasıyla daha geniş açıklıklı mekanlar inşa edilebilmiş, asansörlerin kullanılmasıyla hasta bakım ve tedavi üniteleri de binanın sınırlı bir bölmesinde düşey hat üzerinde tasarlanabilmiş, klimaların kullanılmasıyla da söz konusu mekanların doğal havalandırma düşüncesinden bağımsız olarak tasarlanması sağlanmıştır. Böylece hastalar doğal havalandırmanın olmadığı bölgelerde de tedavi edilebilmişlerdir.

3.1 Hasta Bakım Alanları ve Hasta Odalarının Tarihsel Gelişimi

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 paradigmlar, doğrular ve yanlışlar, mimarlara yol gösterici nitelik taşımaktadırlar (Ergenoğlu [9]).

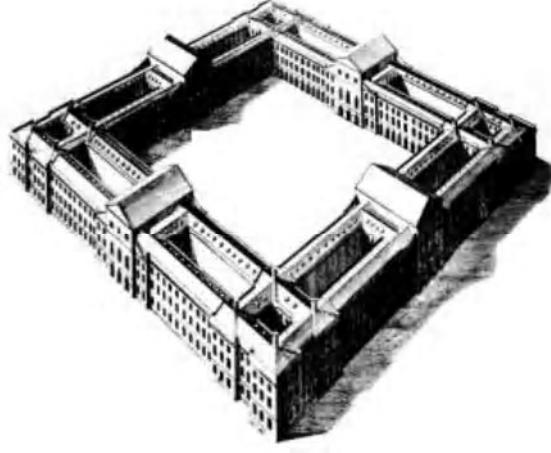
sanat haline gelmişti. Müslüman doktorların solukla içeriye çekilen ilaçlar kullandığı ve ellerinin altında çok çeşitli ilaçların bulunduğu yönünde kanıtlar vardır. On üçüncü yüzyıl Kahire'sinin Al-Mansur Hastanesinde ciddi hastalıklar için ayrı koğuşlar, ayakta tedavi klinikleri ve uzun süreli dinlenme süreci için evler mevcuttu.

“Ev sahibi” ve “Misafir” anlamına gelen Latince hospes'ten türemiş olan Hastane kelimesinin ilk ortaya çıkışı Rönesans'ın ilk dönemlerinde olmuştu ve yine bu dönemde hastaneler kiliselerden ayrı bir şekilde var olmaya başlamıştı. Batı Avrupa'daki en eski hastane M.S. 550 yılında Paris'te inşa edilen Hotel Dieu'dur ve on üçüncü yüzyılda yeniden inşa edilmiştir. Rönesans'ın ilk dönemlerinde, modern bir hastaneye benzer bir işlev görmüştür. Hastalar hastalığın türü ve şiddetine göre sınıflandırılmış ve ayrılmıştı. Doğumdan yeni çıkan kadınlar için ayrı bir ünite de vardı. Hastane, her biri, bir müdür tarafından yönetilen çeşitli departmanlara ayrılmıştı, kurumun geneli ise bir kurul tarafından yönetilmekteydi ve ödeme gücü olan hastalar aldıkları hizmete göre ücretlendirilirdi.

Protestan Reform, Protestan ülkelerdeki pek çok Katolik hastaneyi kapattı ve bunlar özel sermayeli ve idareli kurumlar tarafından devralındı. Devrim öncesi Katolik Fransa'da hastaneler, hastaların dini hizmetleri duyup görebileceği şekilde düzenlenen koğuşlarla birlikte, özünde dini amaçlı olarak kaldı. Fransız Devrimi sonrası laikleştirme hızla ilerledi. Laikleştirmeye rağmen, pek çok hastane kurumu kiliseyle olan eski bağlantısını gösterecek şekilde dini yapı görünümünü korudu.

3.1.2 'Blok' Tip Hastanelerde Hasta Odaları

18. yüzyılda inşa edilen hastaneler, hem Avrupa'da hem de Amerika'da, “blok” tip olarak bilinen, tekli, yoğun strüktürlerdi (Şekil 3.2). Dış görünüşlerinde, diğer kamu binalarına ve büyük konutlara benzemekteydiler. 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 oluşmaktaydı.



Şekil 3.2 18yy. Blok tip hastane binası [12]

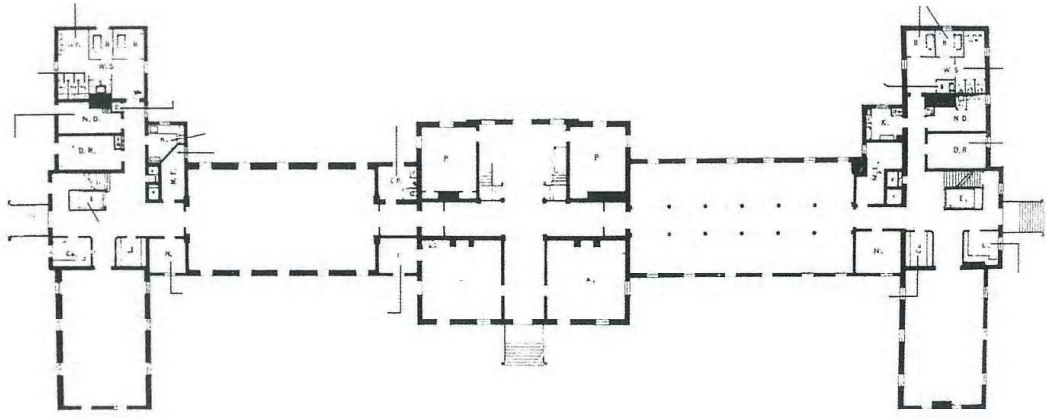
İngiltere’de on sekizinci yüzyıl hastaneleri karakteristik olarak Palladian köşkleri andırmaya başladı. Sadece yerli Palladian modelinde kat yükseklikleri her bir katın farklı sosyal işlevlerini yansıtacak şekilde birbirinden farklıyken, bu hastanelerin farklı katlarının yükseklikleri birbirine eşitti. Askeriyeye ilgili olarak on sekizinci yüzyıl, ordu ve donanmada yeterli insan gücünün korunmasını kolaylaştırma amaçlı tesisler inşa eden İngiliz hastaneleri için bir patlama zamanıydı. 1762’de Stonehouse, Plymouth’da inşa edilen askeri hastane aslında tasarımında dönemin en gelişmiş tıbbi düşüncesini de barındırıyordu. On sekizinci yüzyıl ortalarında, hastalığın nedenselliğiyle ilgili geçerli teori, hastalıkların mikroplu hava veya “kötü hava” sonucu oluştuğu ve mikroplu havayı yok edecek şeyin bol miktarda temiz hava sirkülasyonu olduğunu savunan miasmatik teori veya mayalanma teorisiydi.



Şekil 3.3 18 ve 19 yy. da Palladian modelden sonra kullanılan Illinois Hastanesi



Şekil 3.4 Pennsylvania Hastanesi



Şekil 3.5 Pennsylvania hastanesi kat planı

Tıp mesleği tarafından desteklenen cumba planı on dokuzuncu yüzyıla kadar kendini gösteremediği için, Stonehouse erken gelişmişti. On sekizinci yüzyıla kadar hastaneler, hayırsever kurumlar olarak ağırbaşlı konumlarına uygun düşen ve bağışçılar ile Palladian formun hissettirdiği elit soyluluğa alışkın olan centilmenlerden oluşan idare meclisini hoşnut eden, Palladian modele sadık kaldı.

Gösterişli, köşk benzeri heybetli yapı neredeyse sadece hasta fakirlerle ilgilenme işlevi görüyordu. Zenginler ve orta sınıf mensupları evde tedaviyi tercih ediyordu. Gösterişli mimarisi otorite ve kontrol mesajı veriyordu, aslında hastane kurumu hasta fakirlere bakım sağlarken aynı zamanda onları düzen altında tutmayı da hedefliyordu. Yoksullara yardımın temelini para yerine yiyecek, ilaç ve tıbbi bakım şeklinde değiştirerek kaynakları sıkı bir şekilde kontrol ediyordu.

Yirminci yüzyılın erken dönemindeki pek çok hastane soğuk kilisevari atalarıyla çelişen mimari unsurları barındırıyordu, fakat “gözetim kurumları” olarak modern hastanelerin

mimari ve bürokratik kökleri on sekizinci yüzyıl İngiltere'sine dayanıyordu. Bugün halen kullanımda olan eski tip hastanelerin çoğu gibi, bu on sekizinci yüzyıl binaları da, idare meclisi ve bunların geleneksel ev üyeleri, kademeli olarak aşağı doğru tıbbi personel, eczacılar, bakım personeli, hizmetçiler ve son olarak hastalara kadar genişleyen bir hiyerarşiyi, katı bir sosyal organizasyonu yansıtıyor ve güçlendiriyordu. 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. Londra Hastanesi'nde birinci katın ortasında en göze çarpan alanda idari komite odası bulunuyordu. Bu öne çıkma, idari ve bürokratik şişmenin standart haline geldiği geç yirminci yüzyıl uygulamalarının habercisiydi, The New England Journal of Medicine'da yayımlanan bir çalışma (Thompson ve Goldin [13]) hastane maliyetlerinin yüzde 25'ini evrak işlerine bağlıyordu.

Londra Hastanesi'nde personel odaları, komite odasından dışarı doğru uzanan iki koridor boyunca sıralanmıştı. Odalar komite odasına en yakın bulunan doktorlarla başlayacak ve komite odasından en uzakta bulunan hemşirelerle son bulacak şekilde sosyal düzene göre yerleştirilmişti. Hasta koğuşları binanın güney tarafında bulunmaktaydı. Her koğuşa erişim bir koridorun iki ucundan birinde bulunan tek bir kapıyla sağlanıyordu. Her bir kapı, bakım personelinin üç koğuşu aynı anda denetlemesine ve bunlara giriş çıkışları kontrol etmesine olanak tanıyacak şekilde on beş yataklı üç koğuşun yayıldığı bir koğuş holüne açılırdı. Londra Hastanesi'nin kuralları hastaların kendi iradesiyle girip çıkmasına izin vermezdi.

On sekizinci yüzyıl sonlarında ve on dokuzuncu yüzyıl başlarında, hastaneler diğer pek çok süslemenin yanı sıra, daha ciddi ve kurumsal hale gelen Palladian özentisini değiştirmişti. Bu durum Adrian Forty'nin [14] belirttiği gibi "İdarecilerin kendi çelişkili motivasyonlarının sonucuydu, bunlar bir taraftan şehri güzelleştirecek, hayırseverliklerini ilan edecek ve daha fazla sermaye çekecek güzel bir bina, soylu bir kurum arzusundaydılar. Diğer taraftan, istenmeyen durumları önlemek, hastalara yardım maliyetlerini düşürmek ve fakirleri diğerlerinin merhametine bel bağlama alışkanlığından uzaklaştırma ahlakını düzeltmek istiyorlardı.

On sekizinci yüzyıldan on dokuzuncu yüzyıla geçerken, hastaneler ilaç tedavisinin gelişmesiyle değişiklik gösterirken aynı zamanda bu gelişimde kilit bir role de sahipti. On sekizinci yüzyıl doktorları esnaflarla ve aslında hizmetçilerle aynı sınıfta yer alırdı. Genel anlamda doktorlar kendilerini, ziyaret ettikleri ve evde tedavi ettikleri daha varlıklı

hastalarının emrine amade bir pozisyona sokmalarının aksine, esas olarak fakir kesime hizmet veren hastaneler doktorlara kolaylık olması için hastaları bir araya topluyordu.

On sekizinci yüzyılın evde tedavi edilen, para kazandıran müşterileri hem doktorlar hem de reçeteli tedavi üzerinde büyük otoriteye sahipti. Ayrıca, doktor ve hastası arasında fiili temas içeren fiziki muayene nadiren görülüyordu. Bunun yerine doktorlar yapabileceklerini gözlemleyerek hastaların tarif ettiği belirtileri dinler ve buna göre bir tedavi şekli belirlerdi. Fakirlerin öyle ya da böyle tutsak konumunda olduğu ve her durumda doktorlardan daha düşük bir sosyal sınıfa ait olduğu hastanelerde ise, fiili fiziki muayene mümkündü. Doktorların hastane ortamında hastalar üzerinde çok daha fazla kontrole sahip olduklarından, tıp bilimi hastanelerde daha hızlı ilerleme gösterdi.

Hastane ortamının büyük ölçüde mümkün kıldığı deneysel ilaç tedavisinin kademeli olarak gelişmesiyle birlikte, doktorlar gitgide saygı ve sosyal statü ile hastane tasarımını etkileyen kararlarda yetki kazandı. 1752’de, Sir John Pringle bol havalandırmanın sağlığa yararlı etkilerini duyurdu ve bu kısa zamanda hem hastane hem de hapisane tasarımlarıyla ilgili tartışmalarda dikkate alınmaya başladı. Yine de on dokuzuncu yüzyıl ortalarına kadar hareketsiz ve pis havanın kötü etkileriyle mücadele edecek temiz hava ve havalandırmayla ilgili tıbbi teoriler, yeni hastane inşaatlarında pratik anlamda etkili değildi. Ancak bu gerçekleşene kadar doktorlar, büyük birbirinden ayrılmamış koğuşlarda bulunan çok sayıda hastadan kaynaklandığına inandıkları çapraz enfeksiyon konusunda endişeliydi. Dolayısıyla gelişmiş hastaneler cerrahi vakaları, cerrahi olmayan vakalardan ayırmaya başladı ve hatta hastaları rahatsızlıklarına göre bölmeye ve ayrı tutmaya çalıştılar.

Daha küçük koğuşların oluşturulması ve hastaların birbirinden ayrılmasıyla birlikte kurumsal idareci ve yöneticilerin aksine, doğrudan tıbbi personelden kaynaklanan ve sürekli artış gösteren bir denetim ortaya çıktı.

Doktorların hastalar üzerindeki gücü genel olarak daha az kurumsal ve daha belirgin biçimde klinik hale gelen mimari ve hastane mobilyaları ile pekiştiriliyordu. Mobilyaların ahlaki sebepler dolayısıyla desteklenen katılımı artık tıbbi nedenlerden dolayı kabul görüyordu, bir koğuşta ne kadar az eşya olursa, temiz tutulacak o kadar az şey olurdu. Merkezi ısıtma sisteminden önce kapalı mekanlarda bir gereklilik olarak uzun süre kabul gören yatak perdelerinden, mahremiyet tümünden feda edilecek olsa da havalandırmayı arttırmak amacıyla vazgeçiliyordu. Ayrıca hastaların hastane ortamına kişisel eşyalarını getirmeleri hoş görülüyor veya engelleniyordu, çünkü bunların hijyenik olmadığı

düşünüüyordu. Böylelikle, hastanede tedavi gören hastalar “tam gözetim kurumlarının” koşuuları haline geliyordu, ama burada yardımsever idare meclisinin ahlaki otoritesinden çok doktorların tıbbi otoritesi geçerliydi.

3.1.3 ‘Pavyon’ Tip Hastanelerde Hasta Odaları

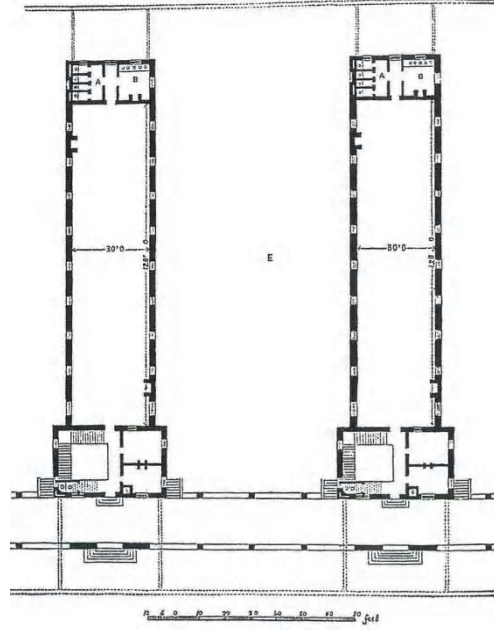
Avrupa’daki hastane mimarisi eleştirileri, Fransa’da Fransız devrimiyle başlayan ve 19. yüzyılın ortasına kadar süren bir tıp devrimi yaratmıştır. Bu gelişmeden sonra hastaneler, klinik ve cerrahi tıbbın gelişiminde önemli bir rol oynamıştır.

Hastaneler artık hasta iyileştirmeye değil, tıbbi bilgiyi arttırmaya, araştırmaya ve incelemeye yarayan kurumlar olarak görülmeye başlanmış, bu anlayış da hastane mimarisinin değişmesine sebep olmuş ve ortaya “Pavyon” plan 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 etken olarak kabul edilmeye başlanması ve pavyon planının da bu faktörleri öne çıkaracağıının düşünülmesidir.

On dokuzuncu yüzyıl ortaları, Fransa ve İngiltere’nin cumbalı tip hastanelerinin zaferine tanık olduğu yıllardır. Stonehouse’da ve Hotel Dieu’da (1780’lerdeki yangından sonra yeniden inşa edildiği haliyle) hissedilen bu hastane tipi aslında ayrı binalar olan ve tek bir geçit veya koridorla birbirine bağlanan binalardan oluşuyordu. Tasarım doğrudan, doktorların pis havanın temizlenmesi amacıyla maksimum temiz hava sağlamakla ilgili tavsiyelerinden yola çıkıyordu.

Cumbalı tip hastanelerin yükselişi sırasında, hastane tasarımı bakımından en etkili tıp uzmanı ne bir doktor ne de bir mimar; sadece bir hemşire olan Florence Nightingaledi. Nightingale’in hijyen tesisi ile hemşireliğin saygıdeğer bir meslek olarak kabul edilmesini kapsayan reform hareketi daha büyük koşuular, bol havalandırma ve iç mekan sadeliğine yönelik eğilimle mükemmel bir şekilde örtüşüyordu. Nightingale’in ideal koşuuş tasarımı, uzun duvarlar boyunca yerleştirilmiş on beş yataklı ve hemşire odasına bitişik tek bir girişi bulunan uzun dikdörtgen biçimli bir alandı. Bu tasarım yaygın olarak benimsendi ve “Nightingale koşuuşu” olarak adlandırıldı (Şekil 3.6). Koşuuşa giriş çıkışların düzenlenebilmesi için mahremiyet tamamen feda edilmişti. Nightingale hijyenik olmamakla birlikte “Yanlış yapma eğiliminde olan hastalar ve hizmetçiler için bir saklanma veya gizlenme yeri görevi gördüğüne” inandığı bölüm, bulaşıkhan ve bekleme

odası gibi alanlar dahil olmak üzere, küçük alanların göz ardı edildiği planları savunuyordu.



Şekil 3.6 Nightingale kokuşları plan tipi (Ergenoğlu [9])

Cumbalı tipin zaferi, zehirli veya bulaşıcı hastalık teorileriyle ilişkiliydi, ama bu bina tarzının süregelen hakimiyeti, modern germ teorisi, mayalanma teorisinin yerini aldıktan sonra ve hatta cumbalı tipin hastaların sağlığına diğer herhangi bir hastane yerleşim düzeninden daha yararlı olmadığını gösterdikten sonra bile varlığını uzun süre sürdürmüştür. Bu tip yapılar çok geniş büyük arazileri kaplamaktadır. Cumbalı tip hastaneler gerçekten birbirine bağlı ayrı yapılardan oluşan bir kompleks olduğu için, inşaat ve bakım maliyetleri de oldukça yüksektir. Forty [15] bu görkemli tarzın, doktorların rolüne fazladan ihtişam kazandırdığı ve sürekli artan mesleki ücretlerini gerekçelendirdiği için cumbalı tip planının varlığını koruduğunu ileri sürmektedir. Dolayısıyla, on dokuzuncu yüzyıl sonunda mevcut genel hastane formu, hastaların insani ve işlevsel tıbbi ihtiyaçlarını bir yana bırakarak sosyal, kültürel ve profesyonel değerleri ve motifleri yansıtıyordu.

Doktorlar yirminci yüzyıl başlarında hem sosyal hem de bilimsel anlamda prestijlerini sağlamlaştırdığı için, hastanelerin itibarı da umutsuz fakirlerin ölmeden önce oyalanmak üzere gittiği bir yer olma imajından çıkıp, muhtemelen etkili olacak bir tedavi merkezi olma yönünde büyük ölçüde gelişti. İmajdaki bu iyileşmeyle birlikte, hastaneler tüm sosyal sınıflardan para kazandıran hastaları çekmeye başladı. Aslında bu, hastanelerin geleneksel

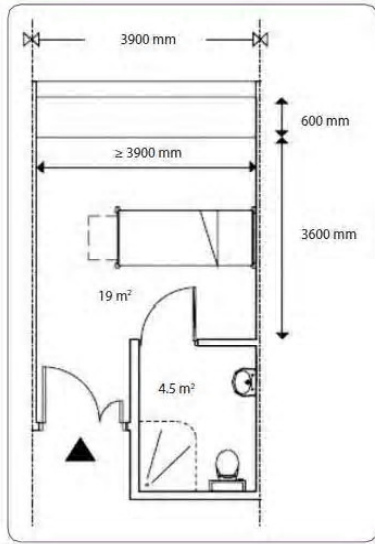
anlamda pazar olarak tanımlanan şeyle ilk yakın temasıydı ve hastaneler yavaş da olsa pazarın taleplerine cevap vermeye başladı. Kurumun tarihinde ilk kez, doğrudan hastaların ihtiyaçlarına hitap ediliyor ve daha insani bir ortam yaratmaya yönelik jestler yapılıyordu. Bu atılımların yanı sıra, yemekler iyileşmiş, ziyaret saatleri daha özgür hale getirilmişti, hastalar artık zaman çizelgeleri ve tedavi kararları hakkında rutin olarak daha iyi bir şekilde bilgilendiriliyordu. Tasarımdaki değişiklikler çarpıcı değildi, ama aydınlatmayı iyileştirme, gürültüyü azaltma, yatakları daha konforlu bir şekilde düzenleme ve hatta evrensel çapta beyaz badana boyalı tipik Nightingale koğuşunun sıcak renklerle ferahlatılmasına yönelik çaba sarfediliyordu.

Hastaların hastane tasarımı üzerinde önemli bir etki kazandığı dönemlerde, gelişen tıp teknolojisine ait düzenekler de ihtiyaçlarını ortaya koymaya başlamıştı. Günümüze kadar, hastaların bir zamanlar duygusal olarak kabul edilen, şimdiyse sağlıklı yakından ilişkili ve psikosomatik olarak görülen ihtiyaçları, teknolojinin tasarım ihtiyaçları, personelin verimli çalışmaya yönelik tasarım ihtiyaçları ve çoğu hastanede az ya da çok varlığını sürdüren kurumsal gündemle bir arada varlığını sürdürmeye başlamıştı.

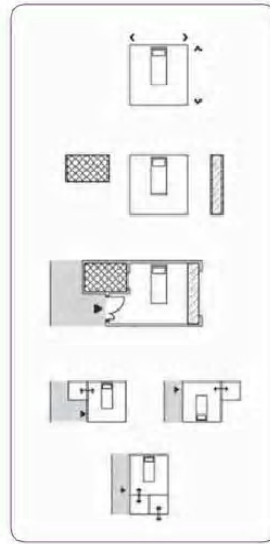
Teknolojinin ilerlemesi ve germ teorisi, antisepsi ve cerrahi uygulamalar, 1950'li yılların başlarına kadar şehir merkezindeki kurumsal merkezlere uygun bir tarzda ve süslemeden yoksun şık yapılar yaratacak Modernist hareketle birleşmişti. Literatürden pek çok hasta böyle bir tarzı insanlıktan yoksun bulduğundan bahsedilmektedir.

Özellikle II. Dünya Savaşından sonra hasta odaları sadece iki yatak içerecek şekilde tasarlanmaya başlandı. Tek kişilik odalar da, hasta konforu ve mahremiyetini sağladığı için ve hastanelerin kapasite ihtiyaçlarına mümkün olan en yüksek seviye ile cevap verebildiği için avantajlı hale gelmiş ve tercih edilmeye başlanmıştır.

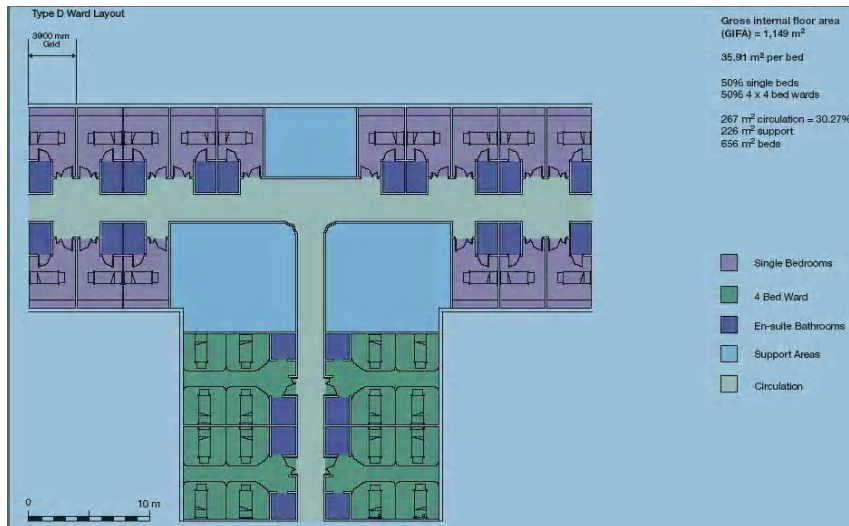
En verimli tasarım modellerine ulaşabilmek amacıyla Z. Tuğçe Kazanasmaz [16] tarafından 9 Haziran 2009 yılında Megaron'da yayınlanan 'Hasta Bakım ve Tedavi Ünitelerinin Verimli Tasarlanması' ile ilgili bir araştırma yürütülmüş, hastaların bakım, tedavi ve barınma ihtiyaçları için tek yataklı odaların faydaları belirlenmiştir. Tek yataklı oda için hasta yatağı ve çevresini yaklaşık 16m² lik (3,6 m² X 3,7 m²) bir alan kaplaması, el yıkama /duş/WC için 4,4 m² ve tıbbi çalışma, dolap ve refakatçi için de yaklaşık 3m² lik alanların yeterli olacağı belirtilmiştir (Şekil 3.7). Dört yataklı odalar ise yine tek kişilik odalar ile benzer tasarım ilkeleri ile planlanmaktadır (Şekil 3.8).



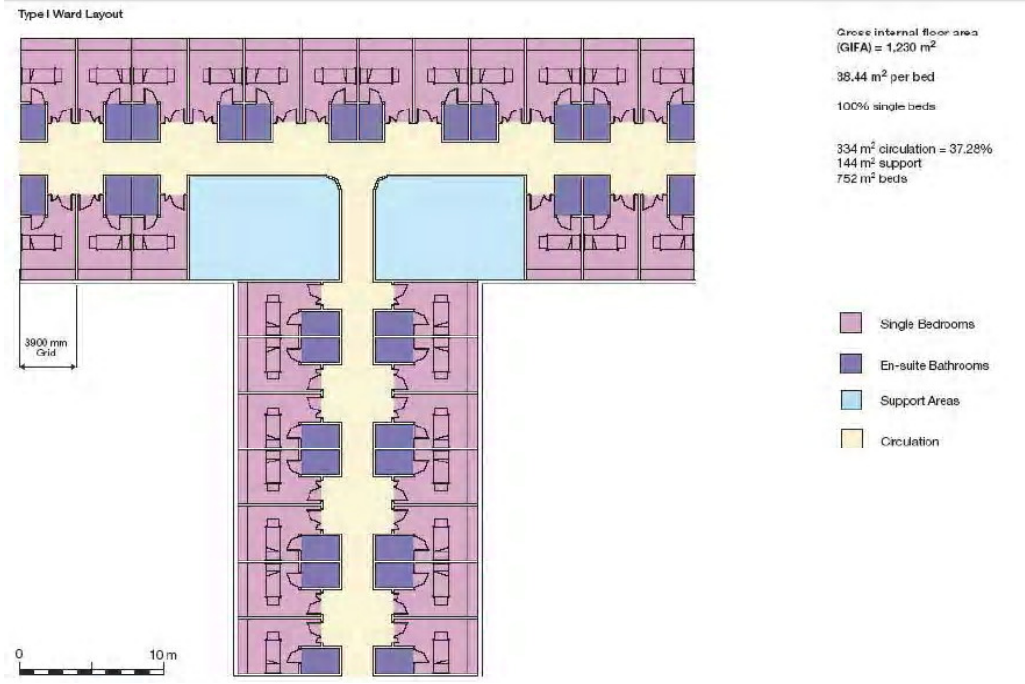
Şekil 3.7 Tek yataklı hasta odası ve planlama şemaları (Kazanasmaz [16])



Şekil 3.8 Dört yataklı hasta odası plan şeması (Kazanasmaz [16])



Şekil 3.9 %50 tek yataklı %50 dört yataklı odalardan oluşan plan şeması (Kazanasmaz [16])



Şekil 3.10 %100 tek yataklı odalardan oluşan plan şeması (Kazanasmaz [16])

3.2 Türkiye’de Cumhuriyet Dönemi Hastaneleri ve Hasta Odaları

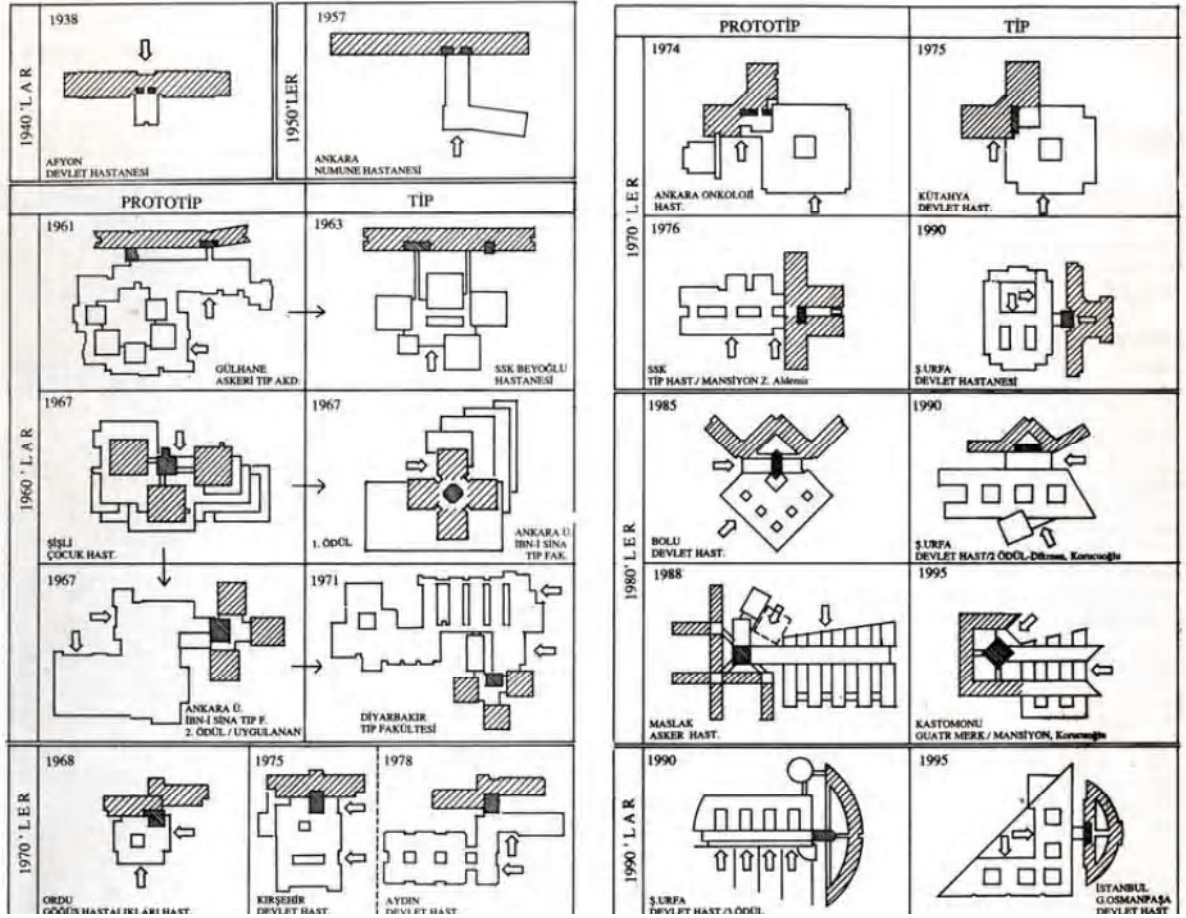
Plan şemaları, teknolojik gelişmeler, toplumsal ve ekonomik yapıdaki değişiklikler, siyasi kararlar ve çeşitli kısıtlara bağlı olarak on yıllık dönemlerde değişmektedir (Özbay [17]). 1923 - 1940 yılları arasında uygulanan hastane plan şemalarına I, L, T ve U formlarında yalın çizgiler ve kiremit çatı hakimdir. Bu şemalarda, zemin ve alt zemin katlarda poliklinikler ve tanı ve tedavi birimleri, birinci katta ameliyathaneler ve üst katlardaysa hasta bakım birimleri çözümlenmektedir. 1940’lı yıllarda tasarlanan blok hastanelerdeyse I, L, T, U formları ve bu formların tekrarı ve birlikteliğinden doğan H, Y, + plan şemaları yaygın olarak kullanılmaktadır. Blok düzende tasarlanmış hastaneler, kullanımda esneklik ve uyabilirlik sağlanamaması ve içsel erişilebilirliğin çözümlenememiş olması sebebiyle, zamanla değişim göstermiştir. Bu değişim, hastane arazisinin yeterli olduğu durumlarda yatay, yetersiz olduğu durumlardaysa düşey büyüme veya yeniden yapım şeklinde gerçekleşmektedir (Tüker [18]). 1950’li yıllarda hastanelerin mekansal yapısında görülen en önemli değişiklik, poliklinik alanlarının artmasıdır. 1960’lı yıllarda sosyal devlet anlayışının benimsenmesi ve ekonomi politikasının teşvikiyle kırdan kente göçler yaşanmıştır. Yetersiz kalan sağlık hizmetlerini iyileştirmek amacıyla hastane yatırımlarının artması, plan şemalarının farklılaşmasına ve sonraki yıllarda çeşitlenmesine zemin hazırlamıştır. Bu dönemde hastanelerin mekansal yapısında görülen en önemli değişiklik,

yatak sayısının artırılmasıdır. Poliklinik, tanı ve tedavi birimlerinin, hasta bakım birimlerinin altında çözümlenememesi sebebiyle, hasta bakım birimlerinin bağımsız bloklar halinde tasarlandığı yeni bir plan şeması kullanılmıştır. Bu yıllarda görülen ikinci şema, 1940 - 1950 dönemi plan şemalarının gelişmiş bir modelidir. Bu plan şemasında, hasta bakım birimleri alt katlarda yer alan poliklinik, ameliyathane ve tanı ve tedavi birimlerinin üzerinde çözümlenmektedir. Bu şemada alt katlarda yer alan birimlerin, hasta bakım birimlerinden fazla alan kaplaması nedeniyle teras çatı ve tesisat katı uygulanmıştır. Bu plan şeması, zaman içinde hasta bakım birimlerinin kare planlı, tek çekirdeğe bağlı ve üç birim olarak biçimlendiği yeni bir plan şemasına dönüşmüştür. Bu dönemde hastanelerin mekansal yapısında görülen en önemli değişiklik, hasta bakım birimlerinin diğer birimlerden bağımsız çözümlenmesidir.

1970'li yıllarda blok hastane yapılarının olumsuzluklarını gidermek amacıyla, yatayda gelişen, üç veya daha fazla sayıda hasta bakım birimini bir araya getiren çözümler içeren ve çevreyle ilişki kuran plan şemaları yaygın olarak kullanılmıştır. Bu dönemde, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı'nın açmış olduğu yarışma projelerinde teras çatı uygulanmış, ancak teras çatı uygulaması, sorunların çözümlenmemesi sebebiyle yasaklanmıştır. Bu nedenle, hastane yapıları kiremit çatıya uygun olarak I, L, T, U formları ve bu formların tekrarı ve birlikteliğinden oluşan dikdörtgen veya avlulu bloklar şeklinde uygulanmıştır. Çatının belirlediği plan şeması, fiziksel çevre verilerini dikkate almayan, benzer plan şemalarının kullanılmasına neden olmuştur (Özbay [19]).

Sağlık hizmetlerinin devlet ve özel sektör tarafından yürütüldüğü 1980'li yıllarda, yarışma ortamına katılan genç mimarların etkisiyle farklı plan şemaları geliştirilmiştir. Döneme 3 - 4 katta tamamlanan yatay plan şeması hakimdir (Berge [20]). 1990'lı yıllarda açılan yarışmalara, 1970'li yılların plan şemaları egemen olmakla birlikte, özgün şemalar da kullanılmıştır. Bu dönemde hasta bakım birimlerini içeren blokların tasarımında ve ihtiyaç programlarında benzerlik görülmektedir. Bu benzerlik, plan şemalarında tekrarlara sebep olmuştur. Bayındırlık ve İskan Bakanlığı'nın çatı uygulamalarına esneklik getirmesi, plan şemalarının farklılaşmasına yol açmıştır. 1995 yılında tip hastane yarışmalarının açılmasıyla, fiziksel çevre verilerini dikkate almayan örnekler uygulanmıştır. Hastanelerin plan şemaları poliklinik, tanı ve tedavi birimleri, ameliyathane, acil servis, hasta bakım birimleri ve yardımcı hizmet birimlerini kapsayan sağlık birimlerinin, birbirleriyle ilişkilerine bağlı mekansal özellik göstermektedir (Tipi [21]). Kabul gören bir plan şeması

ve bu şemanın tekrarından üretilen örnekler yaygın olarak kullanılmıştır (Günsür [22]). Şekil 3.11’de Türkiye’de hastane plan şemalarının değişimi ifade edilmektedir.



Şekil 3.11 Türkiye’de hastane plan şemalarının değişimi (Özbay [23])

Türkiye’de yapılan hastanelerin plan şemalarını incelediğimizde belirli dönemlerde belirli tiplerin yaygın şekilde kullanıldığı görülmektedir. 1960'lardan sonra tip projelerin yaygınlaşmasındaki ana neden, hastanelerin projelendirilmesinde yarışma yolunun çok yaygın olarak kullanılmasıdır.

Özbay’a göre [23], hastanelerin diğer yapı tiplerinden farklı olarak karmaşık fonksiyonel ilişkileri içermesi ve mekanlarının özel koşulları sağlaması gereği sonucunda hastane projeleri üzerinde yeterince çalışılmamıştır. Bu oluşum sonuçlarını özellikle hastane yarışmalarında kendini göstermiş ve belirli dönemlerde belirli hastane şemaları kabul görmüştür. Türkiye’de günümüze kadar, hastane şemaları çoğunlukla salt fonksiyon ilişkileri üzerinde gelişmiş ve çok fazla çeşitlenememiştir. Genelde gözlemlenen sonuç, başarı kazanan bir şemanın prototip haline gelmesi ve tekrarlarının sıkça uygulanmasıdır. Hastane yapılarında yarışmalar sonucunda, başarı kazanan ürünün tekrarlarının yapılması,

dış kütle özelliklerinde benzerliklere neden olduğu kadar iç mekanda da benzer renklerin kullanılmasına, belirli malzemelerin sıkça tekrarlanmasına vb. sebep olmuştur. 2000’li yıllarda, Türkiye’de, bu sorunlar fark edilmiş ve hastane yapıları ile ilgili farklı yaklaşımlar aranmaya başlanmıştır. Günümüzde hastane yapılarındaki farklı tasarım yaklaşımı arayışları, dış kütlede olduğu kadar iç mekanlarında da gündeme gelmektedir. 2000’li yıllar, hastane yapılarında mimari ve iç mimari açıdan uzmanlaşmanın önemsendiği bir dönemdir. Son yıllarda, hastane yapılarının iç mekan organizasyonlarında ve iç mekan düzenlemelerinde gerçekleşen olumlu gelişmeler hastane tasarımı konusunda uzmanlaşmış kişilerden ve ekiplerden destek alındığının göstergesidir. Bu dönem içerisinde iç mimarlık disiplinin yaygınlaşması ile hastanelerin iç mekanlarında da olumlu yönde gelişmeler gözlenmektedir.

3.3 Bölüm Sonucu

Hastaneler, insanların yatarak veya ayakta tedavi gördükleri, uzun ya da kısa süreli olarak teşhis, tedavi ve muayene hizmetlerinden yararlandıkları yapı türleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde hastane binaları kullanılan son teknolojiler ve tedavi yöntemleri ile adeta birbirleri ile yarışmaktadırlar. Ancak bu teknolojik gelişmeler gerek hastane binalarının mimari tasarımı gerekse uygulanan tedavi yöntemleri uzun süreli bir gelişim sürecinin sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Antik döneme kadar uzanan bu süreç ile tıp bilimi ve ilk hastane kavramları ortaya çıkmıştır.

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.

HASTA BAKIM ÜNİTELERİNİN PLAN ŞEMALARI VE GELECEĞE YÖN VERECEK DEĞİŞİKLİKLER

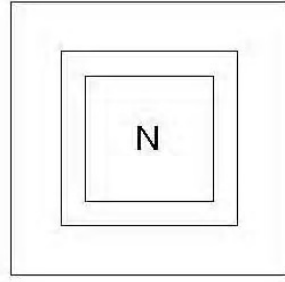
Önceki bölümlerde belirtildiği gibi, hastane binalarının mimari biçimi ve karakterinin başlıca belirleyicisi bakım ünitesidir. Aynı zamanda hasta bakım üniteleri hastanenin kapasitesini belirleyen bölümlerdir. Hastaların, hastalıklarına göre bir müddet yattığı, müşahede altında muayene ve tedavilerinin yapıldığı mekanlardır. Hasta bakım ünitelerinin büyüklüğü, belirli sayıda sağlık personelinin, bir ünite için sağlık bakımıyla ilgilenebileceği sayıda yatakla belirlenmektedir. Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığının 1969'da Türkiye için verdiği rakamlar 20-30 arasındadır.

Genelde bir hasta bakım ünitesi 25 yataklı olmaktadır. Bu rakam bir hemşirenin ve diğer sağlık personelinin ilgilenebileceği günlük ideal hasta sayısıdır. Hasta odalarında hasta yatak sayıları değişiklik göstermektedir. Özellikle genel hastanelerde tek, iki, üç, dört, beş, altı yataklı odalar bulunmaktadır. Bazı özel durumlarda (toplu hastalıklar, mevsimden dolayı hasta artışı vb.) yatak sayıları yedi hatta dokuza çıkmaktadır.

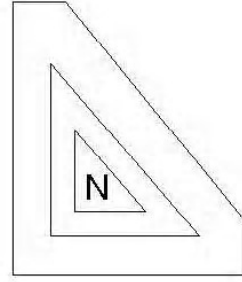
Hasta bakım ünitelerinin bakım odaları dışında kalan servis bölümleri birkaç uzmanlık dalı dışında (çocuk hastalıkları, kadın hastalıkları, doğum ve intaniye) standart hacimlerden oluşmaktadır. Hemşire istasyonu, doktor ve hemşire odaları, wc, banyo, kat laboratuvarı, ofis, odası bir hasta bakım servisinde bulunması gereken mekanlardır (Hacıhasanoğlu [24]). Bakım işlemleriyle ilgili verimlilik kaygılarının da herhangi belirli bir plan şeklinin tercih edilmesindeki belirleyici faktör olduğu bilinmektedir. Düzenli rutinler halinde büyük ölçüde organize edilen, faaliyet örüntülerinin çeşitlilik, karmaşıklık ve rastlantısallığının hakim olduğu bakım ünitelerinde gerçekleşen faaliyetler, diğer tüm hastane departmanlarında gerçekleşenlerden daha statiktir.

4.1 Bakım Üniteleri Plan Şemaları

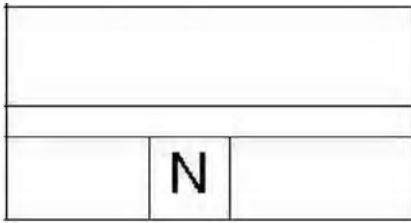
Gainsborough [25] dört çeşit bakım ünitesinden bahseder; hasta odaları tek bir ana koridor boyunca yerleştirilmek üzere tek koridorlu servisler (şekil 4.3), tüm alanın iç ve dış olmak üzere iki alana ayrıldığı çift koridorlu servisler (şekil 4.4). Çift koridorlu servislerin dezavantajlarından biri inşaat maliyetlerinin daha yüksek olmasıdır; ancak başlıca avantajı da işletme verimliliğinin yüksek olmasıdır. Avantajlarının ise hasta odalarının yüksek oranda gözlenebilirliği, servislerinin alt bölümlere ayrılabilme esnekliği, yürüme mesafelerinin daha kısa, çevre uzunluğunun daha küçük olması ve ısı kazanımı miktarının daha yüksek olması olduğu belirtilmektedir. Çevre uzunluğuna göre kıyaslandığında en geniş alana sahip olanların kare servisler olduğu (şekil 4.1), dairesel servislerin de ancak uygun çap büyüklüğü karşılandığı takdirde, çevre uzunluğuna ve merkez bakım alanından gözlenebilirliğine göre kıyaslandığında en geniş alana sahip olmaları bakımından avantajlı olduğu belirtilmektedir (şekil 4.5) (Agron [26]). Miller ve Swensson [27] de üçgen şekilli üniteleri, hasta odaları ve bakım istasyonları arasındaki mesafenin inşaat ve bakım maliyetleri ile birlikte azaltıldığı üniteler olarak tanımlar (şekil 4.2).



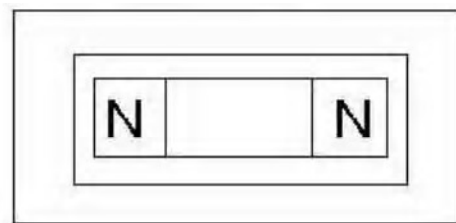
Şekil 4.1 Kare servisler (1950)
(Gainsborough [25])



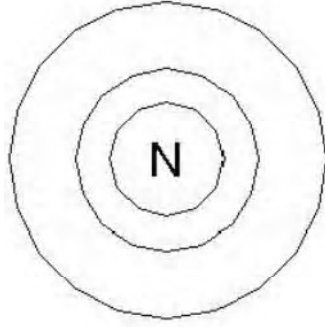
Şekil 4.2 Üçgen servisler (1970)
(Miller ve Swensson [27])



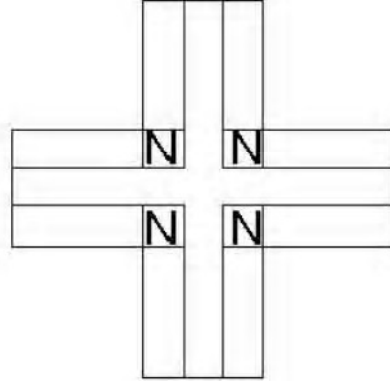
Şekil 4.3 Tek koridorlu servisler
(1900) (Gainsborough [25])



Şekil 4.4 Çift koridorlu servisler
(1940) (Gainsborough [25])



Şekil 4.5 Dairesel servisler (1950)
(Gainsborough [25])



Şekil 4.6 Haç biçiminde servisler
(1930 – 1950)

4.2 Fonksiyonel Alan Sınıflandırması

Bakım katının temel amacı hastaların tedavisi ve iyileşmesi olduğu varsayımından hareketle, buradaki tüm oda ve alanlar bunların “hizmet edilen” alanlar, “hizmet” alanları veya sadece bunlara veya bunlar arasında erişim yolu sağlayanlar olarak mı değerlendirilecekleri temelinden yola çıkarak üç kategoriye ayrılır.

İlk kategoridekiler “birincil alanlar”, ikinci kategoridekiler “ikincil alanlar” ve üçüncü kategoridekiler “sirkülasyon alanları” olarak belirlenmiştir (Düzgüneş [28]). Her birinin kapsamı aşağıda kısaca tanımlanmıştır.

Birincil Alanlar: Özel olarak bu işe tahsis edilen tüm hasta alanları, yatak odaları (hem tek kişilik hem servis tipleri), dinlenme odaları, gezinti alanları ve izolasyon odaları bu kategoridedir. Hasta alanlarındaki oda içi banyo/tuvaletler de aynı zamanda bu kategoride sayılır.

İkincil Alanlar: Sirkülasyon alanları olarak sayılanlar haricindeki diğer tüm alanlar, yani ortak hasta tuvaletleri ve banyoları, doktor ve hemşire alanları, muayene odaları, temiz ve kirli çamaşır odaları, paspas odaları, mekanik odalar ve elektrik odaları, tıbbi malzeme ve cihaz depo odaları, hemşire istasyonları, ziyaretçi bekleme odaları ve tüm diğer destek hizmet alanları bu kategoride yer alır.

Sirkülasyon Alanları: Asansör boşlukları ve tüm hizmet koridorları ve ana koridorların bulunduğu tüm alanlar ile birlikte tüm lobi ve koridorlar, tüm merdiven ve rampalar bu kategoride yer alır.

4.3 Hasta Bakım Ünitelerinde İşleyiş ve Anlayış Değişiklikleri

‘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. (Ergenoglu [29]). Zaman içinde, hastaneler etkili tedavi odaklı olmaktan, hasta odaklı olmaya doğru gitmektedir.

4.3.1 Hasta Odaklılıktan Klinik Birleşmeye

“1990’larda ve sonrasında ayakta kalmak için hem hastalar hem de sağlık uzmanları için kullanıcı dostu yeni mekanizma ve sistemlere ihtiyaç duyulacağı bir sır değildi, sadece en iyi şekilde bütünleşmiş paketlerin parçası olan organizasyonlar para kazanacaktı. Ortaya çıkan zorunluluk bütünleşmek veya çözülmektir.” (Annabal [30]).

Bakım ve masrafların kısılmasına yönelik taleplere uyum sağlamak amacıyla, hastaneler koordine hizmet sürekliliğini nüfusun belirli bir kısmına sunan organizasyon ağı olan “organize hizmet sunma sistemlerinin” (ODS- Organized Delivery Systems) organik bileşeni haline gelmektedir. Sigorta ürününe yakından bağlı ODS’ler nüfusun belirli bir kısmının sağlık durumuna yönelik mali ve klinik sorumluluklarını almaktadır. Akut bakım, sağlık uzmanı egemenliği ve farklı hastaları vurgulayan “hastalık” paradigmasına odaklanmak yerine, ODS’ler iyi olma modeline göre yapılandırılmıştır ve sağlık durumu tahmin ve yönetimi, sağlık uzmanı hasta ortaklıkları ve kolektif nüfus bazlı bir odaklanmayı vurgulamaktadır.

Dikey birleşme prensibi sayesinde, ODS’ler evde sağlık bakımı acenteleri, bakımevleri, grup uygulamaları, iyileştirici hizmetler, akut yatan hasta bakımı vb. gibi çok çeşitli sağlık hizmetlerini barındırmakta, yönetmekte ve düzenlemektedir. Şayet dikey birleşme ODS’nin “makro” boyutlarını şekillendiriyorsa, klinik birleşme “mikro” boyutları hakkında bilgi vermektedir. Klinik birleşme; hasta bakımının, organize hizmet sisteminin işlevleri ve işlem birimleri boyunca düzenlenmesidir. Klinik yönden bütünleşmiş bir tesiste, her bir hastanın bakımı hasta kabulden taburcu işlemine kadar belirli bir hemşire tarafından gerçekleştirilebilir. Bakım, hemşirelerin gözetimindeki bir personel ekibi tarafından sağlanır. Hemşire aynı zamanda, hasta bakımını doktorlar ve diğer sağlık bakım danışmanlarıyla beraber yürütür. Beslenme yardımı ve oda temizlik hizmeti gibi yardımcı işlevler bile birim bazlıdır. Klinik birleşme, dört kademeli bir hasta bakım ekibi oluşturacak “yeniden çalışma tasarımına”(work redesign) dayanmaktadır.

- Profesyonel bir RN (Registered Nurse) ve hasta bakım yöneticisi tedaviyi kolaylaştırmak için kaynakların uygun şekilde kullanımını değerlendirmek üzere doktorlar ve diğerleriyle birlikte çalışır. RN istenen sonuçlara ulaşmak için bir plan oluşturmak üzere hasta, doktor ve diğerlerini bir araya getirir. Kendi grubundaki hastalar için, işe alma, zamanlama ve beceri geliştirme dahil olmak üzere, personelin yönetimiyle ilgilenir. Son olarak, RN istenilen hedeflere ulaşmak için gerekli mali ve maddi kaynakların yönetimini de gerçekleştirir.
- Hasta bakım hemşiresi test ve ilaç tedavisi işlerini idare eder.
- Hasta bakım teknisyeni hijyen, bazı teknik yöntemler (EKG gibi), rutin yara bakımı ve benzeri bakımları sağlar.
- Ünite asistanı hasta odası temizlik işlerinin temini, ikmal malzemelerinin temini ve benzeri işlerle ilgilenir.
- Dikey birleşme, klinik birleşmeyle ‘yeniden çalışma tasarımına’ yönelik katılımcı eğilimi ile, hasta odalarını yatan hasta bakımının en yoğun odağı haline getirmektedir. Hastayı çeşitli uzmanlara taşımak yerine mümkün oldukça, ekip hastanın ayağına gelmektedir.

- **Hasta Merkezli Farklı Oda Tipleri**

LDR Odası; Doğum yapmak stresli bir olaydır ve Doğum Merkezlerinde üç aşamalı doğumun tek bir özel alanda gerçekleşmesine olanak sağlayacak şekilde özel olarak LDR (Labour Delivery Recovery Suite) odaları tasarlanmıştır. Geleneksel ortamlarda, her bir aşama, annenin iki kez hareket ettirilmesini gerektirir ve çok daha az mahremiyet sağlayan ayrı bir odada gerçekleşirken LDR ünitesinde ise, ince detaylar, iyi tasarımın hayatın en stresli deneyimlerinden birinde stresi hafifletebildiğini göstermektedir.

Doğum yapmakta olan anneler, Doğum Merkezinde doğum sancuları, doğum ve sonrasında dinlenme aşamaları boyunca “kendi” odaları olacak özel bir alana alınır. Odalar olabildiğinde evi andıracak şekilde tasarlanmalı, aynı zamanda sağlık hizmeti şartlarını da karşılamalıdır. Duvar yüzeyleri dekoratif bordürleri bulunan ev tipi duvar kaplamalarıyla işlenebilir. Oda içi aksesuarlar gömme, ev görünümlü bir odacıkta bulunabilir.

Her bir odada doğal ışık ve dış dünyayla bağlantı sağlayan geniş bir pencere bulunmalıdır. Her odada giriş holü bulunmakta ve kapılar müstakbel anneler ile ziyaretçilerine maksimum mahremiyet sağlayacak şekilde ayarlanmalıdır. Muayene ışıkları, tıbbi gazlar

ile ekipman gövdeleri için gerekli tüm teknik donanımlar tavan, duvar veya kabin panellerinin arkasına saklanmalı, tek bir düğmeyle kullanıma hazır hale gelmelidir.

Ünitelerin hepsinde hasta izleme özelliği bulunan ve hasta kartlarının merkezi hemşire istasyonundan uzakta doldurulmasına olanak tanıyan birçok hemşire alt istasyonu bulunmalıdır. Ünite merkezine ışık girmesini sağlayan tavan pencereleri de bulunmalı, bu pencereler zaman ve mekan duygusu kazandırırken, aynı zamanda bir sosyalleşme alanı da sunmalıdır.

İzolasyon Odaları; Hava kaynaklı enfeksiyonların yayılmasının önlenmesini sağlamaya yönelik olan izolasyon odalarının basınçlandırması, Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri 1994 “Sağlık Tesislerinde Mikobakterium Tüberkülozun Yayılmasının Önlenmesine İlişkin Kılavuz İlkeler” yayınında belirtildiği gibi, sağlık hizmeti topluluğunun yıllardır karşı karşıya olduğu bir mesele olmuştur.

2001 ‘Sağlık için mimarlık akademisi’ AIA (The Guidelines for Design and Construction of Hospital) kılavuz ilkeleri tıbbi ve cerrahi bakım üniteleri, kritik bakım üniteleri, pediatrik bakım üniteleri, yeni doğan yoğun bakım üniteleri, acil servis alanları ve çocuk yuvaları gibi sağlık tesislerinde izolasyon odaları bulunmasını şart koşturmuştur. Bu kılavuz ilkeler bu alanlarda bulunması gereken izolasyon odalarının sayısını ve ayrıca böbrek diyalizi gibi başka alanlarda da izolasyon odası gerekip gerekmediğini tespit etmek için ‘Enfeksiyon kontrolü risk değerlendirmesini’ (ICRA) şart koşar.

İzolasyon odaları, havanın izolasyon odasından sağlık tesisinin diğer bölümlerine yayılmasını minimum seviyede tutmak için inşa edilir. Tavan, zemin ve tüm çevre duvarlar tamamen sızdırmaz olmalıdır. Çıkış kapılarının kendi kendine kapanmasını sağlayan bir cihazı bulunmalıdır. İzolasyon odasında aerosolların bulunduğundan emin olmak için, koridor basıncı izolasyon odası basıncından en az 0.01 H₂O inç yüksek olmalıdır.

Koruyucu izolasyon bağışıklık sistemi ciddi biçimde zayıflamış tüm hastalar için gereklidir. Hasta, el yıkama lavabosu ve tercihen oda içi tuvaleti bulunan tek kişilik bir odada bakılmalıdır.

4.3.2 Çakışma ve Çatışma

Hastanelerin diğer pek çok alanında olduğu gibi, hasta odası ve tüm hasta ünitesinin tasarımında da teknoloji ve insanlık çoğunlukla çatışmaktadır. Otorite, doktor, hemşire, planlamacı, idareci, mimar ve hastaların çoğu hasta odasının, tedavi işinin yeni mekanı

olarak, insancıl bir ortam olması gerektiği konusunda hemfikirdir. Yine de, genel hedef üzerinde fikir birliği sağlanmış olsa da, sağlık kurumları arasında mevcut rekabet ortamında da pek çok ihtiyaç vardır.

Yeniden tanımlanması önerilen hastanenin iç mesajları, güvenlik, topluluk duygusu, çevre düzeni algısı, seçme özgürlüğü bazen dış mimari formun ilettikleriyle çatışabilir. Beslenme, korunma ve içe odaklanma konularına verdiği önemle şehir hastaneleri, sokağa karşı tersi yönde bir ifade ortaya koyabilir. Hafif yuvarlak formlar merkezîyet ve kapalılık aksettirir gibi görünse de, bunların sıklığı dış alanları çevre uzunluğuna sıkıştırır. Ancak, ortogonal yaklaşım, kütleyi alanın kenarlarına sıkıştırır. Sonuçta, en açık ifade edilmesi gereken iç mesajdır. Yapı alana, kamuya, hatta basına hitap edebilir, ama ruhu avutması gereken odadır. (Miller and Swenson [31]).

4.3.3 Malzeme ve İlaçların Dağıtımındaki Değişiklikler

Malzeme ve ilaçların tam zamanında dağıtımını saklama yeri ihtiyacını ve yürüme mesafelerini azaltır. Çoğu sağlık sistemi, stok miktarını azaltmak ve her üniteye daha küçük bir depo inşa etmek amacıyla malzemelerin hasta ünitelerine tam zamanında (just in time) dağıtılması yöntemini uygulamaktadır. Gelişmiş elektronik izleme sistemleri akutluk seviyelerine ve tanılara göre kullanım oranını tahmin edebilir. Bu yöntem, yer kısıtlı olduğundan, yukarıda bahsedilen sadece sık kullanılan malzemelerin her bir hasta odasının dışına dağıtılması fikrini desteklemektedir.

İlaçlar çoğu kurumda bir süre için otomatik olarak dağıtılmıştır. Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (JCAHO) ise ilaçlara sadece yetkili personelin erişimi konusunda daha katı standartlar getirmektedir. Bu da, hemşirelere kolaylık olması açısından yan yana yerleştirilmesi gereken kilit altındaki ilaçlar ile temiz malzeme odalarının birbirinden ayrılmasına yol açmıştır. Yakın zamanlı projelerde hemşirelerin yürüme mesafelerini azaltmak için, her 12 ila 16 özel hasta odası başına bir ilaç, temiz malzeme ve çarşaf arabası bulunmaktadır. Her bir odanın dışında bulunan çarşaf, malzeme ve temas izolasyon Fotoelektrik Platismografi (PPG) miktarı klinik model ve yer kısıtlamalarına göre değişiklik göstermektedir. Yeni ortaya çıkan bir başka yöntem, IV pompaları ile tekerlekli sandalye gibi sık kullanılan malzeme stokunu azaltmak amacıyla ekipmanın tam zamanında (J.I.T.) teslimidir. Bu durumda, doktorlar, malzemelerin gerektiğinde ünite dışında bulunan bir merkez lokasyondan hızlı bir şekilde getirilip teslim edileceğinden emin olmak durumundadır. Bu, ünitelerdeki ekipman depolarının

büyükliğini ve görünen ekipman satın alma maliyetlerini düşürmektedir. İlaç ve temiz malzeme odaları gibi destek alanlarının tekrarlayıcı tasarımları daha iyi düşük maliyetli bir yöntem yarattığı ve deneysel olarak daha güvenli olduğu konusunda hemfikir olunmuştur.

4.3.4 Akutluk Uyumlu Odalardaki Değişiklikler

Akutluk seviyeleri arasında tıbbi/cerrahi (akut)'den orta (düşme) ve kritik (yoğun) bakıma olmak üzere köprü kurabilecek hasta odaları oluşturulması güçlü bir eğilim olarak devam etmektedir. Bu da, hasta ünitelerinin aynı anda çok sayıda akutluk için kullanılabilmesini veya zaman içinde bir seviyeden diğerine geçiş yapılabilmesini sağlayacak şekilde evrensel tasarımına olanak tanımaktadır. Üniteler merkezi olmayan (dağıtık) bakıma ve malzeme ile ekipmanların tam zamanında dağıtılmasına bağlı olduğundan, çekirdek destek alanları tüm akutluk seviyelerinde daha çok birbirine benzer hale gelmektedir. Aynı zamanda görsel ve akustik mahremiyet ve ışık kontrolü sağlayan akutluk uyumlu odalar oluşturmak adına, hastaneler daha küçük camlı pencereler yerine büyük sürgülü kapıların kullanımını yeniden değerlendirmektedir. Sürgülü kapı kullanılmaya da devam edilmektedir, ancak bunlarda ışığı ve mahremiyeti kontrol altında tutmak için polarize veya elektronik kumandalı cam kullanılmaktadır. Nöroloji servislerinde, uyarıcı seviyesini düşürmek için hastalar kanatlı kapılardan uzağa döndürülmüştür. Çoğu hemşire, yoğun bir şekilde izlenen hastaların daha az görünürlüğe ihtiyaç duyduğu konusunda hemfikirdir, ancak yoğun bakımda tamamen şeffaf koridor duvarı örnekleri pek çok hastanede ve mevcut kılavuzlarda varlığını sürdürmektedir.

Önemli görevler esnasında daha yüksek personel konsantrasyonu sağlamak ve hastaların daha iyi uyumasını sağlamak için yatan hasta ünitelerinde gürültünün azaltılmasının önemine ilişkin büyüyen bir ilgi vardır.



Şekil 4.7 Hasta odası planı [32]



Şekil 4.8 Hasta odası planı [32]

Tüm yeni projeler bir ünite mümkün olan her çizelge noktasında bir bilgisayarlı çalışma istasyonu olduğunu varsaymaktadır. Asıl sorun, bilgisayarlı çalışma istasyonunun odada hasta yatağının hemen bitişiğine mi, yoksa odanın dışına mı yerleştirileceğidir. Bazı hemşireler, kendilerinin hastayla ilişki halinde olmasını sağlayan başucu çizelge yöntemini tercih ederken, diğerlerinin kafası aile üyelerinden dolayı karışmaktadır. Hangisinin klinik sonuçlarının daha iyi olduğunu söylemek zordur ve şimdilik bu karar, daha çok bakım felsefesine dayanmaya devam etmektedir.



Şekil 4.9 Hasta odası görüşleri [32]

12-16 yatak arasında merkezi olarak yerleştirilmiş açık istasyonlar birçok tasarımcı tarafından uygulanmaktadır. İleride yapılacak yeniden yapılandırma işinde esneklik sağlamak için modüler mobilya sistemlerinde, çoğunlukla bu istasyonlar tasarlanmaktadır.

4.4 Günümüzde Hasta Katları Tasarımında Öne Çıkan Tasarım Kriterleri

Hasta odalarını etkileyen gelişmelerin çoğu; gelişen teknoloji, hasta deneyimine verilen önemin artması, verimlilik, yönetim giderleri, aynı zamanda hasta katlarının tasarımını da etkilemektedir. Beklemedeki sağlık hizmeti düzenlemesi de kesinlikle tasarım yeniliklerini daha da etkileyecektir. Gary Nyberg, son 25 yılda hasta katında gerçekleşen beş tasarım değişikliğine dikkat çekmiştir.

1- Merkezi olmayan hemşire istasyonları

Bakım istasyonunun merkezi olmaktan uzaklaştırılması eğilimi, sadece hasta ihtiyaçlarının daha iyi karşılanması için değil, aynı zamanda aşırı çalışan hemşirelerin yolculuk süresini azaltmak ve verimliliği artırmak için ortaya çıkmıştır.

Merkezi olmayan (dağıtık) hemşire istasyonları hasta bakıcıları koridorun sonuna değil hasta odasının dışına yerleştirmektedir. İlaçlar, malzemeler ve hasta kayıtları artık hemşire ile hasta arasında daha fazla etkileşim yaratacak şekilde, her odadan kolayca ulaşılabilir uzaklıktadır. Bu tasarım değişikliği müdahale süresini, hizmet ve güvenliği arttırmış ve personelin koridor boyunca gidip gelirken katettiği yürüme mesafesini azaltmıştır. Hasta gözetiminde, hemşirelerin yatağa yakın yerleştirilmesiyle elde edilen artış, hasta düşmelerinin azalmasını sağlamıştır. Clarian Sağlık sistemi Metodist Hastanesi'nde, her iki oda arasına mini bakım istasyonlarının yerleştirilmesinden sonra, hasta düşmelerinde %75'lik bir azalma görülmüştür. Bakım istasyonlarının dağıtılması aynı zamanda, malzeme ve ilaç toplamak için harcanan yolculuk süresini minimuma indirerek hasta bakıcıların iş yükünü azaltabilir.

Başarılı bir şekilde dağıtılan bakım istasyonları, tüm gerekli malzeme ve teknolojileri mini istasyonda temin ettikleri için, hemşirenin merkez istasyona bağlanmasını gerektirmez. Bu telefon kullanımı ve hasta zil çağrı yanıtları için kablosuz iletişim seçenekleri, ilaçlar, çarşaf ve çeşitli hasta malzemelerini kapsar. Hemşire alt istasyonları genellikle, hasta gözetimi için mevcut bir pencere ve oturmak için mevcut bir sıra ile, hasta odaları arasına yerleştirilen parlak aydınlatmalı hücreler olarak inşa edilir.

Sadece merkezi bakım istasyonlarına sahip hastaneler gürültü, yürüme mesafelerinin fazlalığı ve hastalarla daha az vakit geçirilmesinden şikayet etmiş olsalar da, merkezi istasyonu kaldırmak yerine, dağıtımli bakım istasyonları ilave etmeye odaklanmıştır. Sadece dağıtımli istasyon kullanan hastane yoktur.

2-Teknoloji

Teknoloji sağlık hizmeti tasarımını sadece teŖhis ve tedavi teknolojisi ile değil, iletiŖim teknolojisiyle de deđiŖirmiŖtir. Hastane personeli hareketlilik ve müdahale süresini geliŖtirecek Ŗekilde, kablosuz bir hattı kullanan ses sistemleri üzerinden birbirleriyle anında iletiŖime geçebilmektedir. Bu geliŖme, evraksız tıbbi kayıtlara doğru ilerleyen hareketle birlikte, tıbbi hizmetler ve konfor için ayrılabilir depo ve ambarları serbest bırakmıŖtır.

3-Evrensel bakım

Tedavi veya teŖhis amaçlı testler için hastaları hareket ettirmek yerine, hastaneler hizmetleri hastaların ayağına götürmektedir. Günümüz hastane katları genellikle terapi odaları, görüntüleme ve daha önce dağıtık durumdaki hizmetleri barındıracak evrensel hasta odalarını kapsayacak Ŗekilde tasarlanmaktadır. Kat tasarımındaki bu deđiŖiklik hasta için daha az rahatsız edici ve hasta bakıcı için daha verimli olmuŖtur.

4-Aile hizmetleri

GemiŖtekinden farklı olarak, aile yeleri artık davetkar olmayan mekanlarla savaŖmak zorunda değildir. Günümüz hasta katları wi-fi özellikli medya alanları, kaynak merkezleri, konforlu bekleme salonları ve meditasyon alanları dahil olmak üzere farklı ziyaretçi ihtiyaçlarını içinde barındıran eŖitli bekleme alanları sunmaktadır. Hatta bazı hastanelerde aile üyelerinin etnik veya dini açıdan uygun kendi yemeklerini hazırlayabilecekleri mutfak alanları bulunmaktadır. Kafeteryalar da daha sağlıklı, daha lezzetli yemek seçenekleri sunmaktadır.

5- Malzemeler

Hasta odalarında kullanılan malzemelerin seçiminde ise renk tercihi içinde aksi bir etki yaratacak resimler, çiçekler, renkli masa yüzeyleri ve renkli yatak konstrüksiyonlarının kullanımına zen göstermek gerekir. Islak hacimler ise, kk alanlar olduklarından daha geniŖ gösteren açık tondaki renkler tercih edilmelidir. Hasta yatak odalarında kullanılan donatıların rengi, malzemesi ve kullanımı hastanın psikolojik tedavisinde yardımcıdır. Donatıların kolay temizlenebilir, fonksiyonel ve sade olması önemlidir. Hastalık türüne göre malzeme seçilmelidir. Kolay temizlenen, zor bozulan, onarılabilen, dayanıklı malzeme kullanılmalıdır. Mobilyada ahŖap tercih edilmeli ve klasik hastane mobilyası görüntüsünü aŖmamalıdır. Koltuk ve benzeri eŖyalar, görüntüyü yumuŖatmak açısından kumaŖla kaplanmalıdır. Antibakteriyel subazlı plastik boya ve pvc esaslı dŖeme kaplamaları da tercih edilmelidir.

4.5 Bölüm Sonucu

Sağlık yapılarının mimari biçimi ve karakterinin başlıca belirleyicisi bakım üniteleridir. Bakım üniteleri hastaların bir süre yattığı ve tedavilerinin yapıldığı mekanlardır. Bu bölümde bakım ünitelerinin plan şemaları (kare, üçgen, tek koridorlu, çift koridorlu, dairesel ve haç biçimde servisler), bunların avantaj ve dezavantajları, ve fonksiyonlarına göre sınıflandırılan bakım ünitesindeki alanlar; birincil alanlar, ikincil alanlar ve sirkülasyon alanları anlatılmaktadır. Bakım ünitelerinde ‘bakım merkezli’ bir sağlık anlayışından ‘hasta odaklı’ bir anlayışa doğru gidilmektedir. Bu anlayış çerçevesinde malzeme ve ilaçların tam zamanında dağıtılması yöntemi geliştirilmekte, akutluk seviyeleri arasında orta ve kritik bakım olmak üzere köprü kurabilecek hasta odalarının oluşturulması ve doğumun tek bir alanda gerçekleştirilmesine olanak sağlayacak şekilde tasarlanan LDR odaları gibi çok farklı oda tipleri de gelişmektedir.

İYİLEŞTİREN SAĞLIK YAPILARINDA TASARIM KRİTERLERİ IŞIĞINDA HASTA ODALARI

Bugüne kadar yapılan çalışmalarda, hasta odası ortam koşullarının, stres (Ulrich ve arkadaşları [33]); personel yaralanmaları ve hasta güvenliği (örn., American Nurses Association [34]; Carayon [35]; Connell [36]; Hendrich [37]; Institute of Medicine [38]; Reiling [39], Ulrich and Zimring [40]), operasyonel etkinlik (Bobrow ve Thomas [41]; Gallant ve Lanning [42], Hendrich [43]); personel memnuniyeti ve hasta bakım hızı (örn., Tumulty ve arkadaşları [44]) ve tıbbi hatalar üzerinde pozitif veya negatif etkisi olduğu ileri sürülmektedir. Hasta odalarındaki kullanım alanlarının tasarım sorunları, hastabakıcıların mesleki stres etkenlerini artırabilir ve muhtemelen hata oranını da artırmaktadır. Bu meseleler yetersiz aydınlatma, gün ışığının eksikliği, gürültü, tek kişilik odalara karşılık çift kişilik odalar, standart odaların eksikliği, materyaller ve yerleşim düzeni dahil, pek çok faktöre bağlıdır (Chaudhury ve Valente [45]).

5.1 Hasta Odasında Kullanıcı İhtiyaçları

Sağlık alanındaki teknolojik ve bilimsel gelişmeler, buna paralel doğan yeni ihtiyaçlar sağlık yapıları tasarımında da yeni yaklaşımlar getirmiştir. Artık kullanıcı ihtiyaçları dahilinde hasta psikolojisi, çalışan psikolojisi gibi kavramlar öne çıkmakta, kullanıcı odaklı, insancıl, sıcak ve tedaviyi destekleyici yaklaşımıyla hastaya güven ve memnuniyet sağlayabilen hastaneler tercih edilmektedir.

Hasta odası içerisindeki gereklilikler şunlardan oluşur (AHA):

- Mahremiyet
- İtibar

- Huzur ve sessizlik
- Yardım gerektiği durumlarda izleniyor olduğu hissi
- Temizlik
- Güvenlik
- Oyalanma ve eğlence
- Gerektiğinde diğer hastalardan izolasyon
- Uygun olduğu hallerde diğer hastaların arkadaşlığı
- Hasta odasının dışında dolaşma faaliyetini teşvik edecek somut hedefler
- Banyo ve duşa erişim
- Aydınlatma
- Yatak ve televizyon kumandalarına kolay erişim
- Telefona kolay erişim, hemşire çağrı işaretine kolay erişim
- Kişisel eşyalar için erişilebilir bir yer
- Ziyaretçiler için konaklama yeri
- Dışarıyı görebilme
- Estetik, hoş giden ortam

5.2 Hasta Odasında Bakım Kalitesini ve İyileşmeyi Etkileyen Faktörler

Hastanenin ulaşım ve lojistik sistemlerinin fiziksel düzeni ayrılmaz şekilde iç içe geçmiştir. Ulaşım sistemleri bina düzeninden etkilenmektedir ve düzen de büyük ölçüde ulaşım sistemlerine bağlıdır. Hastane düzeni aynı zamanda alan kısıtlamalarından ve iklimden, çevredeki olanaklardan, bütçe ve mevcut teknolojiden de etkilenmektedir. Yeni alternatifler, yeni tıbbi ihtiyaçlardan ve yeni teknolojilerden doğmaktadır. Çeşitli çalışmalar göstermiştir ki personel yürüme mesafeleri, kullanıcıların ulaşım şekilleri, oluşturulan kullanılabilir alan, gereken hizmetlerin türü, boyutu ve çeşitliliği vs. gibi, hastanelerin iç işleyişlerine özel, elde edilecek verimlilik seviyesini etkileyen birçok faktör vardır. Örneğin, hemşireler, yürüme mesafeleri kısa olan belirli bir bakım ünitesinde, yürüme mesafeleri uzun olan bir ünitelerine göre daha fazla hastaya hizmet edebilir.

Hasta odaları, çok amaçlı alan olarak kullanımları ve hasta tedavisinde en etkin çevre faktörlerini ortaya koymaları açısından hastane planlamasında başlangıç noktası

niteliğindedir.

Hasta yatak odalarında, pencerenin bulunduğu duvarı doğaya ve kapıları dış dünyaya açarak, tüm algıyı mekana bağlayıcı olmaktan çok, dışa yönlendirmek daha mantıklıdır (Kıran [46]). Hasta odalarının, doğrudan ve yeterli gün ışığı ile aydınlanabilecek konumda, taban ve duvarlarının düzgün ve kolay temizlenebilecek nitelikte ve dezenfeksiyona elverişli olmaları şarttır (Özel Hastaneler Yönetmeliği [47]).

Hasta odaları hastaların aynı zamanda çevrelerini kontrol edebilecekleri duygusunu verebilecek, güven veren yerler olmalıdır. Dış mekanın görünmesi, yataktaki hastanın dış dünyayla olan bağlantısını kuvvetlendirir. Bu nedenle odalardaki pencereler çok yüksek seviyede yapılmazlar (Dalke ve diğerleri [48]). Manzaranın ve bahçenin kullanıcılar üzerindeki etkisi hasta yatak odasının penceresinden, dışarı bakan kişinin görüş alanına giren genel bir manzaranın yanından küçük bir ağaç topluluğunun veya deniz parçasının psiko- fizyolojik etkisi önemlidir. Önemli olan bahçenin odadan görünüşüdür (Çivi [49]). (Şekil 5.1)



Sekil 5.1 Hasta odasında dış mekan algısı [50]

Hasta odalarının kapı genişliği, en az bir metre on santimetre olarak, hasta odalarındaki tuvalet ve banyo kapıları dışa açılacak şekilde düzenlenir. Bir odada ikiden fazla hasta yatağı bulunamaz. Hasta odaları gibi hasta alanlarının boyutları dikkate alındığında, bunların bakım ünitelerindeki yeri ve hatta odalardaki hasta yataklarının yerleşimi tasarım verimliliğinin elde edilmesinde dikkate alınacak özel faktörlerdir. Bunlar hem yatan hasta katının şeklini belirler, hem de odalar arasındaki yürüme mesafelerini etkiler.

Sirkülasyon ve hasta alanlarından başka, yatan hasta katındaki yerleri ve organizasyonları

ile birlikte servis alanları da tasarım verimliliğini etkiler. Hemşire veya personel sayısı hasta sayısına göre değiştiğinden, bu değişikliklerin ıslak alanlar veya hemşire odaları veya doktor odalarının büyüklük ve sayısını ne şekilde etkilediği, üniteye yeterli verimliliğin alınmasıyla ilgilidir. Hasta odasında bakım kalitesini ve iyileşmeyi etkileyen faktörler; işlevsellik, iyileştirici ve yeşil bir ortam sunma, esneklik ve genişleyebilirlik, güvenlik, estetik, verimlilik ve düşük maliyet olarak sıralanabilir.

5.2.1 İşlevsellik

Oda, hasta bakımı için gerekli zaman, hareket ve eforu en aza indirmelidir. Hasta ve personel güvenliğini desteklemeli ve tıbbi hataların, düşmelerin ve hastane kaynaklı enfeksiyonların azaltılmasına yardımcı olurken, doğrudan ve dolaylı hasta bakım faaliyet ve görevlerinin kendiliğinden en iyi duruma getirecek bir ortama sahip olmalıdır. Odadaki hareketli mobilyalar en aza indirgenmeli, bakımı, temizliği kolay ve gerektiğinde hızlı bir şekilde yeniden yapılandırılabilen bir yer olmalıdır. Oda, bireysel konfor ihtiyaçlarını ve görüntü denetimini, kişisel yer, mahremiyet, teknoloji, aydınlatma, eğlence ve ısısal ortamı en iyi şekilde tasarlanmalıdır.

- **Erişilebilirlik:** Hem iç hem de dış tüm alanlar;
 - Engelli Amerikalılar Yasası (ADA)'nın ve federal düzeyde kaynak sağlanıyor veya elde tutuluyorsa, Standart Federal Erişilebilirlik Standartları (UFAS)'nın minimum şartlarına uygun olmalı
 - ADA ve/veya UFAS 'nın minimum şartların karşılanmasına ilaveten geçici veya sürekli engelleri bulunan pek çok hastanın kolaylıkla kullanabileceği şekilde tasarlanmalı
 - Eğimler hareket kolaylığı sağlayacak kadar düz ve koridorlar iki tekerlekli sandalyenin kolaylıkla geçebileceği kadar geniş olmalı
 - Giriş alanlarında karanlık ve ışığa uyumu daha yavaş olan hastalar düşünülerek, cam duvarlar ve kapılar görünür kılınacak şekilde işaretlenmelidir.
- **Sirkülasyon:** Hastaneler, insan ve eşyaların sürekli hareketini gerektiren birbirleriyle ilişkili fonksiyonlardan oluşan karmaşık sistemlerdir. Bu sirkülasyonun büyük oranda denetlenmesi gerekir.
 - Tanı ve tedavi alanlarını ziyaret eden ayakta tedavi gören hastalar, yatan hasta

fonksiyonel alanlarından geçmemeli ve durumu ciddi olan, yatan hastalarla karşılaşmamalıdır.

- Standart ayakta tedavi gören hasta rotaları basit ve net bir şekilde tanımlanmış olmalıdır.
- Ziyaretçilerin diğer fonksiyonel alanlara girmeden her bir hasta bakım ünitesine giden basit ve direkt bir rotayı takip etmesi gerekir.
- Hasta ve ziyaretçiler endüstriyel/lojistik alan veya katlardan ayrılmalıdır.
- Çöp, geri dönüşümlü malzeme ve kirli malzemelerin dışarı akışı gıda ve temiz malzemelerin taşındığı yerlerden ayrılmalı ve bunların ikisi de hasta ve ziyaretçilerin izlediği yollardan ayrılmalıdır.
- Kadavraların morga giriş ve çıkışı hasta ve ziyaretçilerin görüş açısının dışında gerçekleşmelidir.
- Teslim malzemeleri, gıda ve bina bakım hizmetleri için ayrı servis asansörleri tahsis edilmelidir.

5.2.2 İyileştirici ve Yeşil Bir Ortam Sunma

Oda, hasta, aile ve personel için en iyi sağlık sonuçları ve sağlık durumunu desteklemelidir. Zehirli olmayan ve sürdürülebilir yüzey, döşeme ve malzemeler kullanılarak sağlıklı bir iç mekan ortamı temin edilmelidir. Negatif görsel ve diğer duyuşal dikkat dağıtıcı unsurları en aza indirgerken, doğal ve kanıtlanmış diğer pozitif iyileştirici unsurlara ait görünüm ve bağlantıları arttırmalıdır.

Hastanede yatan hastalar genellikle korkmuş ve kafası karışmış haldedir ve bu duygular iyileşmeyi önleyebilir. Hastanede kalışı mümkün olduğunca korkutucu olmaktan uzak, konforlu ve stressiz hale getirmek için her türlü çaba gösterilmelidir. İç tasarımcı iyileştirici bir ortam yaratmak üzere harcanan bu çabada önemli bir rol oynar. Hastanenin iç tasarımcısı tesisin işlevini ve hasta profilini kapsamlı bir şekilde anlamalıdır. Hasta profili özellikleri, iç tasarımın yaş, diğer fiziksel ve zihinsel engeller ve kötü davranışlara ne derece hitap etmesi gerektiğini belirleyecektir. İyileştirici bir ortam yaratmada önemli bazı hususlar şunlardır;

- Hijyen ve diğer fonksiyonel ihtiyaçlar ile birlikte uygun olduğu durumlarda olağan ve

kültürel olarak alışıldık malzemelerin kullanımı

- Bazı renklerin uygunsuz olduğunu ve sağlık uzmanının hastanın solgunluğunu ve cilt tonunu değerlendirmesini önleyebileceğini, daha yaşlı ve engelli hastaların kafasını karıştırabileceğini veya özellikle psikiyatrik hastalar olmak üzere hasta ve personeli kışkırtabileceğini unutmadan çeşitli renk ve dokuların kullanımı
- Uygun olduğu yerlerde bol doğal ışık alımı ve iç alanlarda doğal gün ışığına çok yaklaşan ışık düzeltmeli aydınlatma kullanımı
- Her hastanın yatağından ve mümkün olan başka her yerden dış ortamın görünmesinin sağlanması; doğal manzara fotoğrafları, dış mekan görünümünün mevcut olmadığı yerlerde faydalıdır.
- Her proje için bir “yol bulma” yöntemi tasarlama. Hasta, ziyaretçi ve personelin hepsi de nerede bulduklarını, hedeflerinin neresi olduğunu, oraya nasıl gideceklerini ve oradan nasıl döneceklerini bilme ihtiyacı duyar. Bir hastanın yeterlilik duygusu, yerlerin yardım istemeksizin bulunması, tanınması ve kullanılmasının kolay hale getirilmesi ile desteklenir. Sanat eseri ve yön işareti gibi, bina unsurları, renk, doku ve desenlerin hepsi de ipuçları verir.

5.2.3 Esneklik ve Genişleyebilirlik

Odanın ilk kullanımı için öngörülen “ideal” çözümlerin, gelecekte ortaya çıkabilecek daha ileri hedeflere ulaşması gerekebilecek ihtiyaçları, hasta profillerini, faaliyet ve etkinlikleri tatmin etmeyeceği bilinmektedir. Bu nedenle, oda, çok çeşitli düzenlemelere, bazı donanımlara gerek kalmadan anında çalıştırma özelliklerine veya odanın kullanım süresi veya bir hastanın kalış süresi boyunca oluşabilecek olası uyum sorunlarına uygun esnek bir çerçeveye sahip olacak şekilde tasarlanmalıdır.

Tıbbi ihtiyaçlar ve tedavi yöntemleri değişmeye devam edeceğinden, hastaneler;

- Alan planlama ve yerleşim düzeni modüler konseptlerini takip etmeli;
- Büyük ölçüde spesifik oda büyüklükleri ve planlarından ziyade, mümkün olduğunca genel olanları kullanmalı;
- Modüler, kolay erişilebilir ve kolaylıkla uyarlanabilir mekanik ve elektrik sistemleriyle donatılmalı;

- İleride yapılacak genişleme için iyi planlanmış yönlere sahip ve açık uçlu olmalıdır. Örneğin idari bölümler gibi “yumuşak alanlar” klinik laboratuvarlar gibi “sert alanların” bitişiğine yerleştirilmelidir.

5.2.4 Güvenlik

- **Hastane Güvenliği:** Tüm binaların genel emniyet meselelerine ek olarak, hastanelerin çok sayıda özel güvenlik meseleleri vardır;
 - İlaçlar dahil hastane eşya ve varlıklarının korunması;
 - Ehliyetsiz durumdaki hastalar dahil hastaların ve personelin korunması;
 - Saldırgan ve değişken hastaların güvenli şekilde kontrolü;
 - Büyük ölçüde korumasız hedeflere yakınlıktan veya kamu sağlık hizmetinde önemli bir rolü olan büyük ölçüde görünür kamu binaları olabileceklerinden terörizmden hasar görmeye karşı korunmasızlık;

Gerekli önlemler alınarak bu gibi durumlara karşı yeterli güvenlik sağlanmalıdır.

- **Hasta Güvenliği**
 - Hastanın Görünebilirliği; pencereden ya da kapıdan hastanın başının görünmesi, Hemşire istasyonlarından hastanın başının görünmesi ve o bakış çizgisinde olası engellerin düşünülmesi (perde, araç gereç, açık durumdaki kapı) gerekmektedir.
 - Tuvaletlere Ulaşım; hasta yatağının tuvalete olan uzaklığı ve yoldaki olası engeller, korkuluğun bulunması gibi detaylar düşünülerek hastanın güvenliği sağlanmalıdır.
 - Hasta Bakıcı Erişimi; koridor ve hasta yatağı arasındaki mesafe ve yoldaki olası engeller düşünülerek hasta bakıcının hastaya erişimi kolaylaştırılmalıdır.
 - Tuvalet Odası Düzenlenmesi; banyoda kapalı veya açık duşun olması, hastanın etrafına erişim ve obez hastalar için yer gereksinimleri hesaba katılarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
 - İşitsel Yol; hasta yatağından koridora olan mesafede hastabakıcının cihaz alarmlarını ve hastanın sesini duyabilmesi gereklidir.
 - Enfeksiyon Denetim Stratejileri;

Enfeksiyon denetim stratejileri hasta odası tasarımını şekillendirmektedir. Son birkaç yılda

yatan hasta odası ve ünitesi tasarımlarını, hastane kaynaklı enfeksiyonların denetlenmesine verilen önemin artması ile sars ve h1n1 gibi yakın zamanda ortaya çıkan viral salgınlara müdahale oldukça fazla etkilemiştir. Enfeksiyonun fiziksel temas yoluyla hava kaynaklı aktarımdan daha sık yayıldığını artık anlamış bulunduğumuz için, el hijyeni ve hastalar için temas izolasyonuna daha fazla önem verilmektedir. Hasta odalarının girişine ve tüm üniteye göze çarpan noktalara lavabo veya el temizleyicileri konulması, artık doğruluğu kanıtlanmış bir uygulamadır. Son birkaç yılda, enfeksiyon kontrolü ile ilgili bilince sahip personel, sağlık yapıları tasarımında daha büyük bir rol oynamaktadır. Çoğu, kişisel koruyucu tertibat veya ekipmanın her hasta odasının veya küçük gruplar halindeki hasta odalarının dışında bulunması gereklidir. Bu, önlük, maske ve çeşitli boylarda eldivenleri kapsamaktadır.

Hasta odadan ayrıldığında malzeme ve çarşaf kirli olarak kabul edildiği ve yeni hasta için temizlendiğinden, hastaneler artık odada bulunan malzeme miktarını büyük ölçüde azaltmaktadır. Plastik poşet içindeki malzemelerin bile, poşete dokunulması yoluyla kirlendiği düşünülebilir. Yakın zamanda yapılan hasta odası tasarımlarının çoğunda, odada minimum seviyede malzeme bulunmaktadır ve bunun yerini malzeme arabaları almaktadır. Odada bulunan minimal düzeydeki malzeme, aileler için yastık ve battaniyeler ile gerekli hasta gardırobunu içerebilir.

Hastaneler, hasta odasında bulunması gereken donatıları tekrar değerlendirmektedir. Oradan geçen personel tarafından sıklıkla dokunulduğu için, hasta mahremiyeti için kullanılan kabin perdelerinin kullanımı bile azaltılmaya başlamıştır. Özel olarak işlenen kumaşlar veya tek kullanımlık perdeler bu sorunu azaltmaktadır. Tek parça güneşlikler, veya camların kullanımı da temizlenecek koridor camı yüzey miktarının da azalmasını sağlamaktadır. Yatay yüzeyler enfeksiyon taşıdığından, hasta odalarındaki yatay yüzey miktarının da azaltılmasına çalışılmaktadır. Üreticiler de enfeksiyona dirençli bilgisayar klavyeleri ile monitör kumandalarını yeniden değerlendirmektedir.

Hastaneler, çöp kutusu ve kirli çarşaf sepetlerinin boyutunu da küçültmekte, böylelikle kirli malzemelerin hastanın odasında uzun süre kalmasını önlemektedir. Kirli çarşaf sepetleri ise sadece temas izolasyon odalarında önlüklerin atılması için kullanılmaktadır.

Enfeksiyon kontrolü komisyonunda görevli personel kumaş infiltrasyonunu azaltmak için yedek çarşaf arabalarının da temiz malzeme odalarından ayrı tutulmasını şart koşmaktadır. Bu durumda yeterli miktarda çarşaf her hasta odasının dışında stoklanır. El yıkama

lavabosunun yeri personel tarafında kapıya yakın ve evrak işlerinin görüldüğü alandan ayrı olmalı, yüzeyler, malzeme ve detaylar gerekli enfeksiyon kontrolüne uygun olmalıdır.

• Çevresel Tasarımın Hasta Düşmeleri Üzerine Etkileri

Hastanın güvenliği için hasta düşmelerini de göz önünde bulundurmak gereklidir. Düşmeler genellikle beklenmeyen olaylardır ve bu nedenle nadiren doğrudan gözlemlenir. Fiziksel ortam riski arttırmaya veya azaltmaya hizmet edebilecek, genellikle gözden kaçırılan bir faktördür. Örneğin, daha yaşlı bireylerin, daha genç bireylere göre daha sık düştüğü yönünde kesin kanıtlar vardır. Brandis, bir yatan hasta ünitesinde gerçekleşen 207 düşme olayı üzerinde çalışmış ve düşmelerin %40'ının 80 yaşın üzerindekilerde ve %77'sinin 60 yaş ve daha üzerinde görüldüğünü bulmuştur.

- Kişi zayıfsa, yatak tırabzanı olsa bile, yataktan kalkmaya çalışırken düşebilir.
- Gevşek bir kilim veya kapı girişinde bulunan yüksek bir eşik, tamamen sağlıklı ve ayakta tedavi gören bir bireyin takılıp düşmesine sebep olabilir.
- Tek kişilik, akutluk uyumlu odalar, hasta nakil sayısını düşürerek düşmeleri azaltığı (%75 azalma) gözükmemektedir (Metodist Hastane / Clarian Sağlık Ortakları Hastanesi).
- Yüksek oranda zıt desenli halılar($p < 0.0001$), daha düşük kontrasta sahip halılardan daha fazla sayıda düşme kazasıyla (yani tökezlemeler, sapmalar vs.) ilişkilendirilmiştir.
- Kendi başına sandalyeden kalkamayan bir hastanın düşmesi olasılığı, engelsiz bir hastadan 10 kat daha fazladır.

Sıklıkla düşmeye sebep olan şey, birden çok faktörün birleşimidir. Aydınlatma seviyesinden zemin tipine kadar değişen çevresel faktörler önemli düşme risk faktörleridir, düşme önleme ve yaralanma azaltma amaçlı tasarım girişimlerinin oluşturulmasında görece daha kolay değiştirilebilen faktörlerdir. Risk yönetim yöntemleri hastaların sık sık izlenmesini içerdiğinden hastaları ihtiyaçlarına göre gruplandırmak ve sık düşenleri birbirine yakın odalara yerleştirmek, personel ihtiyaçları ve hasta ihtiyaçları arasında daha iyi bir uyum sağlayabilir. Dağıtılmış hemşire istasyonları daha iyi görüş açısı ve standart (same-handed room) ve akutluk uyumlu odalar gibi yeni tasarım özellikleri, düşmeyi önlemede hem personele hem kalanlara yardımcı olabilecek tasarım iyileştirmelerini ön plana çıkarır. Ayrıca, gece banyoya gitmek için yataktan çıkarken meydana gelen düşme

kazalarının sayısının daha fazla olması gibi, düşmeyle ilgili örneklerin sistematik bir şekilde incelenmesi hedeflenen çevresel müdahalelere (örneğin, daha iyi gece lambaları ve daha kolay erişilir çağrı zilleri) ışık tutabilir.

Düşme risk faktörlerinde tek ve çok kişilik odaların etkisiyle ilgili çalışma yapılmamıştır. Ailelerin özel odalarda daha fazla zaman geçirmeleri daha muhtemel olduğu ve dolayısıyla hastaya yardımcı oldukları için özel odalar hem destekleyici bir faktör, düşme riski olan birine yardım çağırmasını hatırlatacak bir oda arkadaşı olmadığı için hem de bir risk faktörü olarak görülmüştür. Çevresel faktörlerin düşmelerin ve düşmelerden kaynaklı yaralanmaların azalmasına katkısını bilmeye olanak sağlayan literatür henüz sınırlıdır.

- **Hastanelerdeki Temizlik ve Hijyen**

Hastanelerin temizliği ve bakımı kolay olmalıdır. Bu şöyle kolaylaştırılır:

- Her fonksiyonel alanda uygun, dayanıklı yüzey kullanılması;
- Bağlantıların kir tutmasını ve temizliğinin zor olmasını önlemek için kapı çerçeveleri ve yüzey geçişleri gibi özelliklerin dikkatli bir şekilde detaylandırılması;
- Temizlik alanlarının yeterli ve uygun biçimde yerleştirilmesi;
- Steril tutulması gereken alanlarda özel materyal, yüzey ve detayların kullanılması ve uygun yerlerde yeni antimikrobiyal yüzeylerin kullanılması düşünülmelidir.

5.2.5 Estetik

Estetik, ev benzeri, çekici bir ortam oluşturulmasıyla yakından ilişkilidir. Bu, hastanenin kamu imajının iyileştirilmesi açısından önemlidir ve dolayısıyla önemli bir pazarlama aracıdır. Daha iyi bir ortam aynı zamanda personel moralinin ve hasta bakımının da daha iyi olmasına katkıda bulunur. Estetik konular;

- Doğal ışık, doğal malzeme ve dokuların daha fazla kullanılması;
- Sanatsal objelerin kullanılması;
- Oran, renk, ölçü ve detaylara dikkat edilmesi;
- Parlak, açık, ölçeklendirilmiş ortak alanlar oluşturulması;
- Ev benzeri ve iyi ölçeklendirilmiş hasta odaları, gün odaları, danışma odaları ve ofisleri;
- Dış tasarımın fiziksel çevreye uyumluluğu konularını kapsar.

5.2.6 Hasta ve Aile Alanları

Hasta ve aile alanlarının tıbbi/cerrahi/ara bakım hasta ünitesiyle bütünleşmesi artık bir standarttır ve onkoloji gibi bazı uzmanlık üniteleri haricinde, merkezi aile bekleme odaları neredeyse demode hale gelmiştir. Çoğu hastane karşı çıkısa da, aile alanları yoğun bakım odalarıyla bütünleşmiştir. Yoğun bakımda aile bekleme odaları, aile üyeleri için hala bir ihtiyaçtır. Hastaneler hasta odalarında çoğunlukla battaniye/yastık dolabı da bulunacak şekilde, ailenin uyuyacağı kanepeleri de barındırmaktadır. Kullanım sonrası değerlendirmeler hareketli masaların, laptoplar ve aile yemekleri için çok daha kullanışlı olduğunu göstermiştir. Aileye uygun daha fazla sayıda yiyecek seçeneği barındıran isteğe bağlı yiyecek bulunması da büyüyen bir trenddir. Bu, ilave gıda dolabı veya kullanım sonrası kirli tabaklar için hasta ünitelerinde daha fazla yer bulunmasını gerektirebilir. Bilgisayar web erişimi hasta ve aileler için artan bir ihtiyaçtır. Hastaneler hasta ve ailenin kullanımına yönelik olarak hem televizyon hem de internet erişimini düz ekran monitörlere birleştirmektedir.

Oda aynı zamanda, hasta, aile ve personel ihtiyaç, görev, faaliyet ve etkinliklerinin çakışmasını en aza indirgeyecek şekilde düzenlenmelidir. Personel, rutin hasta bakımını sağlamak için aile bölgesini ihlal etmek zorunda kalmamalıdır. Aynı şekilde, hasta bakımının etkin ve etkili olması sağlanırken, farklı aile gereksinimlerini karşılayacak yeterli yer temin edilmelidir. Oda, aile üyelerinin gece yatısına kalmalarını teşvik edecek çok farklı hasta ve aile etkileşimlerini destekleyecek şekilde tasarlanmalıdır.

5.2.7 Verimlilik ve Düşük Maliyet

Verimli bir hastane yerleşim düzeni şu şekilde olmalıdır;

- Sık kullanılan alanlar arasındaki gerekli yürüme mesafesini en aza indirgeyerek personel verimliliğine katkıda bulunur.
- Planlanan sayıda personel ile hastaların görsel denetimini kolay hale getirir.
- Tüm gerekli alanlar mevcuttur, fakat gereksiz alan yoktur. Bu, tasarım öncesi dikkatli programlama gerektirir.
- Gıda ve temizlik malzemelerinin verimli şekilde taşınması atık, geri dönüşümlü malzeme ve kirli malzemelerin ortadan kaldırılmasında kullanılmak üzere asansör, pnömatik boru, kutu taşıyıcı, elle, otomatik yük arabası veya pnömatik kanalları

içeren verimli bir lojistik sistemin kullanılmasıyla sağlanır.

- Destek alanlarının konumlandırılması ve çok amaçlı alanların özenli kullanımı verimli alan kullanımını sağlar, böylece bunlar, bitişik fonksiyonel alanlar tarafından paylaşılabilir.
- Ayakta tedavi gören hastaların doğrudan erişimi için ve daha verimli operasyon için mümkünse ilk katta ayakta tedavi gören hasta fonksiyonlarını birleştirir.
- Fonksiyonel alanları benzer sistem alanlarına göre gruplandırır veya bunlarla birleştirir.
- Cerrahi yoğun bakım ünitesini ameliyat odasının bitişğine yerleştirmek gibi en uygun işlevsel bitişiklikleri sağlar. Bu bitişiklikler hasta, personel ve malzemelerin bulunduğu noktadan, hastanenin amaçladığı operasyonları açıklayan detaylı bir işlevsel programa dayandırılmalıdır.

5.3. Türkiye’de Hasta Odası Tasarım Standartları

T.C Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Türkiye sağlık yapıları asgari tasarım standartları 2010 yılı kılavuzuna göre hasta odalarıyla ilgili tasarım standartları aşağıda verilmiştir.

Hasta Odaları;

- Hasta odalarının, doğrudan ve yeterli gün ışığı ile aydınlanabilecek konumda, taban ve duvarlarının düzgün ve kolay temizlenebilecek nitelikte ve dezenfeksiyona elverişli olmaları şarttır. Hasta odalarının kapı genişliği, en az bir metre on santimetre olarak, hasta odalarındaki tuvalet ve banyo kapıları da dışa açılacak şekilde düzenlenir.
- İki hasta yatağı bulunan odaların, hasta yatağı başına düşen asgarî alan ölçülerine uygun olmak kaydıyla, gerektiğinde kullanılmak üzere uygun biçimde ayrılabilir olmaları gerekir. Bir odada ikiden fazla hasta yatağı bulunamaz. (Değişik dördüncü fıkra: RG- 13/04/2003 - 25078)
- Doğrudan gün ışığı almayan, ziyaretçilerin ve hastane personelinin yoğun kullandığı, hastanın sıhhat ve istirahatını olumsuz tarzda etkileyecek mekanlarda hasta odası olamaz (Ek beşinci fıkra: RG- 21/10/2006 - 26326).
- Özel hastanelerde, hasta kabul ve tedavi edilen her uzmanlık dalı için en az bir hasta

yatağı ayrılır. (Ek altıncı fıkra: RG- 21/10/2006 - 26326) Hasta odalarında her yatak için ayrı olmak üzere, merkezi oksijen ve vakum tesisatı bulunur. (Değişik yedinci fıkra: RG- 21/10/2006- 26326)

- Özürlü hastalar için, hasta yatak sayısı otuz ve altında olan özel hastanelerde en az bir olmak kaydıyla ve ilave her otuz hasta yatağına bir eklenmek suretiyle, ilgili mevzuata uygun nitelikte özürlü hasta odası tesis edilir. Özürlü hasta odalarında bulunan ıslak hacimler özürlülerin kullanımına imkan verecek şekilde düzenlenir.

Hasta Yatakları;

Hasta yatağı, hastaların yirmi dört saatten az olmamak üzere bakım ve tedavilerinin sağlanması amacıyla yatırıldığı, hasta odalarına veya hastalara devamlı tıbbi bakım hizmeti verilen birimlere yerleştirilen yataklardır. (Ek: R.G.- 11/3/2009 - 27166)

Hemşire İstasyonları;

- Özel hastanelerde, hastalara anında ulaşabilmek ve hasta bakımını sağlamak üzere; yataklı hasta katlarında, koridor ve hasta odalarına hâkim bir konumda lavabosu ve ilaç hazırlama alanı bulunan ve koridorun genişliğini etkilemeyecek şekilde, en az bir hemşire istasyonu kurulması şarttır (Değişik: RG- 21/10/2006 - 26326). Ayrıca hemşire istasyonunda, her hasta odası ile bağlantısı olan hasta çağrı sistemi bulunur.
- Özel hastanelerde, yataklı hasta katlarında kliniklerin özelliğine göre gereken donanıma sahip olan ve yatan hastaların muayene ve tedavilerinin yapıldığı servis muayene odası veya bölümü düzenlenebilir.

Hasta Başına Ayrılacak Alanlar;

Özel hastanelerde yatacak hastalar için hasta odalarında hasta yatağı başına ayrılması gereken asgarî alan ölçüleri aşağıda gösterilmiştir;

- Tek yataklı hasta odaları en az dokuz metrekare
- İki yataklı odalar, hasta yatağı başına en az yedi metrekare (Değişik: RG- 21/10/2006 - 26326)

Hasta odası tasarım standartlarıyla ilgili tam liste Ek A' da verilmiştir.

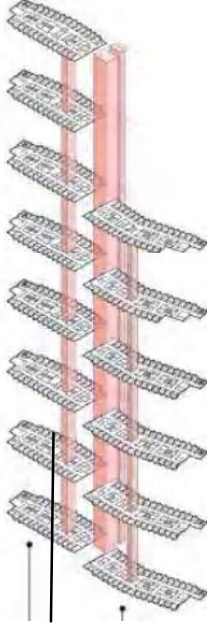
5.4 Hasta Odası Plan Tipleri ve Bileşenleri

İdeal hasta odası tasarımı, pek çok sorunun çözülmesini gerektirir, Odalar, tek kişilik mi çok kişilik mi olmalı, akutluk uyumlu mu olmalı, yansımaları yoksa standart (same-handed) mi olmalı, Baş duvarı yatay mı dikey mi olmalı, hizmetler açıkta mı yoksa gizli mi olmalı, tuvalet odasının yeri nerede olmalı gibi bir çok faktörün düşünülmesi ideal hasta odası düzeninin planlamasında etkilidir.

5.4.1 Bakım Modeli Seçimi

Geçmiş yıllarda, akutluk uyumlu (acuity adaptable room) (Şekil 5.2) veya evrensel odalar (universal room) popüler bir konsept haline gelmiştir. Bu model, hastanın akutluk seviyesi hastanede kaldığı süre değiştikçe, farklı birimlere naklini ortadan kaldırmayı amaçlar. Bu oda tipinin avantajları, hasta ve aile memnuniyetinin artırması, ilaç tedavisi, test hatalarının ve iletişim aktarma hatalarının azaltılmasıdır. Ancak dezavantajları da önemlidir. Öncelikle, kritik bakım odasının ihtiyaç duyduğu alan, gaz, elektrik ve izleme kapasitesine sahip olacak tüm hasta odalarının inşasından daha maliyetli olmaktadır. Ayrıca akutluk uyumluluk, tüm hemşirelerin, tüm akutluk seviyesindeki hastaların bakımı konusunda eğitilmiş olmalarını ve yeterlilik göstermelerini gerektirir. Bu tür bir eğitim sadece daha pahalı değildir, aynı zamanda çoğu hemşirenin belli bir akutluk seviyesinde uzmanlaşmayı tercih ettiği gerçeğini göz ardı eder. Ayrıca pek çok doktor, hastalar bir arada bulunmadığı için gerekli vizite süresinin artmasına bağlı olarak bu modeli kusurlu bulmaktadır. Ohio Eyalet Üniversitesi Ross Kalp Hastanesi ve Clarian Sağlık Ortakları gibi, bu modeli ilk benimseyenlerden bazıları Yoğun Bakım Ünitesi (ICU) ve standart tıbbi/cerrahi birimlerine geçiş yapmakta veya tüm kritik bakım yataklarını bir araya toplamaktadır.

Akutluk Uyumlu ve Evrensel Oda konseptleri, hasta sağlığı ve bakım kalitesini mimari unsurlara bağlayan 600'den fazla çalışmadan oluşan kanıta dayalı tasarım araştırmasından elde edilen bir dizi benzer özelliğe sahiptir. Geçen 8 yıl boyunca, birtakım öncü hastaneler, Akutluk Uyumlu ve Evrensel Oda konseptlerine dayanan, uzun süreli esneklik ve güvenli hasta bakımı sağlama amaçlı yeni oda tasarımları inşa etmiştir. Akutluk Uyumlu ve Evrensel Oda modelleri bazı hastanelerde uygulanmıştır.



Şekil 5.2 Akutluk uyumlu hasta odaları [50]

5.4.1.1 Akutluk Uyumlu Oda Tasarım Özellikleri

Akutluk Uyumlu konsept, hastanın akutluk derecesine bakılmaksızın, hastanın kabulünden taburcu edilmesine kadar aynı hasta odasında veya bakım ünitesinde kalması için geliştirilen bir yoldur.

İşlevsel verimlilik, kalite, hasta güvenliği ve aile merkezli bakım prensiplerine dayanarak geliştirilen akutluk uyumlu bakım modelini destekleyen çeşitli örnekler vardır.

Bu örnekler, çeşitli ortak tasarım özelliklerine sahiptir;

- Hastanın hareket ihtiyacını minimuma indirecek şekilde çeşitli klinik faaliyetlere uyum sağlamaya yetecek metre karede olması,
- Çizelge hazırlama ve genel hasta bakım faaliyetleri için açık, iyi tanımlanmış bölgelerin olması,
- Personel bölgesindeki el yıkama lavabosunun stratejik bir şekilde yerleştirilmesi,
- Personelin, ilaç ve malzemelere uygun erişimi,
- Personelin hastanın üzerinden uzanma ihtiyacını ortadan kaldırmak için genellikle hasta yatağının her iki tarafına da yerleştirilen tıbbi gaz ve elektrik donanımlarını kapsayan yeterli kritik bakım hizmetleri ile tasarlanmış baş duvarlarının olması,
- Aynı zamanda ortak takım çalışma alanını da sahip, dağıtımlı bakım istasyonlarının

yer alması,

- Hasta ve aile mahremiyetini korurken, tuvalet yeri ve koridor boyunca uygun cam kaplamalardan yararlanan, maksimum hasta görünürlüğünün sağlanması,

Araştırmalar, akutluk uyumlu bakım modelinin, işletme maliyetlerinin düşmesi ve kalite, güvenlik, iyi sonuç ve hasta ve aile memnuniyetinin artmasını sağladığını kanıtlamıştır. Hastayı çok sayıda nakil işlemine tabi tutmaktansa, gerekli bakım derecesi hastaya getirilir. Akutluk uyumlu yataklar, doğru hizmet derecesi mevcut olmadığı için hasta akışında karşılaşılan sorunları en aza indirir. Devir işini ortadan kaldırmak ve daha kesintisiz ve kapsamlı bir bakım uygulaması sunmak amacıyla bu bakım modelinden faydalanmak için, kritik bakım personelinin, progresif veya tıbbi-cerrahi hasta bakım personeliyle birleştirilmesi gerekir. Akutluk Uyumlu konseptin ilk öncülerinden biri California'daki Loma Linda Üniversitesi Tıp Merkezi'ydi. Yetmişlerin sonlarında bu tesiste, kardiyotorasik hastaların taburcu edilene kadar hastanede kaldıkları tüm süre boyunca aynı üniteye toplanması ve bakılması şeklinde bir uygulama yapılmıştır. Tesis, hasta nakillerinin güvenli hasta bakımına çeşitli zararlar verdiğini ve bakım personeli ve hastane operasyonlarına önemli derecede ilave iş yüklediğini belirlemiştir. Akutluk uyumlu konseptin başarısı, genel ve damar cerrahisi hastalarında ve hatta nöroloji ve nörocerrahi hastalarında bu bakım yönteminden faydalanma konusunda diğer kuruluşları da teşvik etmiştir. Klinik perspektiften bakıldığında, tüm hastalar akutluk uyumlu konseptten yararlanabilir, fakat ekonomik açıdan, yoğun bakım ünitesi (ICU) hizmetlerinden faydalanma eğiliminde olmayan hastalar için bu oda tipinin inşası makul olmayabilir. Ancak, oda tasarımında yapılacak adaptasyonlarla, çoğu hastanın akutluğuna uyum sağlanabilir.

5.4.1.2 Evrensel Oda Tasarım Özellikleri

Kıyaslayacak olursak, Evrensel Oda konsepti, Akutluk Uyumlu konseptle benzer özelliklere sahiptir. Toplam yatan hasta sayısının akutluk ve karmaşıklığı arttıkça, yeniden şekillenen veya büyüyen hastaneler, zamanla artan hasta akutluğuna uyum sağlamaya yetecek kadar evrensel veya esnek hasta odaları yaratmak için, tasarım topluluğunu görevlendirmeye başlamıştır.

İnşaat projelerinin yüksek maliyeti de aynı şekilde, hastane yöneticilerinin, eskimeyecek ve açılıştan sonraki on yıllık dönemde yeniden yatırım yapılmasını gerektirmeyecek bina

çözümleri aramaya itmektedir. Böylelikle, Evrensel Oda, çeşitli hasta tiplerine ve uzayan kullanım süresi boyunca giderek daha karışık hale gelen hasta akutluğuna uyum sağlayabilecek, esnek bir hasta odası tasarım konsepti olarak gelişmeye başlamıştır.

Akutluk Uyumlu ve Evrensel Oda konseptleri karşılaştırıldığında, değişen hasta akutluğu için esneklik sağlama amacının benzerliği kadar, karşılaştırılabilir tasarım ve özellikleri de ortaya çıkarmaktadır. Asıl fark amaçla ilgilidir. Akutluk Uyumlu konsept, esnekliğin gerçek zamandan yararlandığı, hastadan hastaya olduğu personel modeliyle birleşik, kapsamlı bir bakım sağlamak suretiyle, hasta nakillerini ortadan kaldırmaya odaklıdır. Evrensel Oda ise, yıllar içinde değişen akutluk ihtiyaçlarına veya klinik ihtiyaçlara uyum sağlayabilen ve mevcut bakım uygulamasını ve hasta naklini belirgin biçimde değiştirmeyen uyumlu bir oda tasarımına odaklıdır.

Akutluk uyumlu/evrensel yatak konseptleri, banyo hariç 4.8 den 6m²'ye kadar değişen büyüklüklerde özel odalardır. Toplam genişliği daha fazla olan odalarda, ekipmanlar için yer mevcut olması ve yöntemlerin genellikle başucunda gerçekleştirilmesi sayesinde, hastanın kritik bakım ihtiyaçlarına uyum sağlanabilir ve personelin hastaya erişimi engellenmez. Oda, bölgeler halinde düzenlenir.

Hasta odasının, kritik bakım ihtiyaçlarını karşılaması gerekse de, hastalar genellikle yoğun bakım hizmetlerine sadece sınırlı bir süre boyunca ihtiyaç duyduğundan, iyileşme dönemlerinde mahremiyet sağlanmalıdır. Kritik bakım ortamlarında genellikle cam çıkış kapıları kullanılsa bile, akutluk uyumlu oda kullanan hastaneler, hasta mahremiyeti için büyük pencereler veya jaluzili kapılar kullanmak suretiyle görünürlük sağlamışlardır. Clarian Sağlık Sistemi Metodist Hastanesi'nde, hastanın odasına bakan pencere, elektronik şarjlı bir pencere yardımıyla, tek bir düğmeye basarak opak hale getirilebilmektedir. Mahremiyeti etkilediği bilinen diğer tasarım unsurları, banyonun ve hasta yatağının yeridir.

5.4.1.3 Teknoloji Gereksinimleri

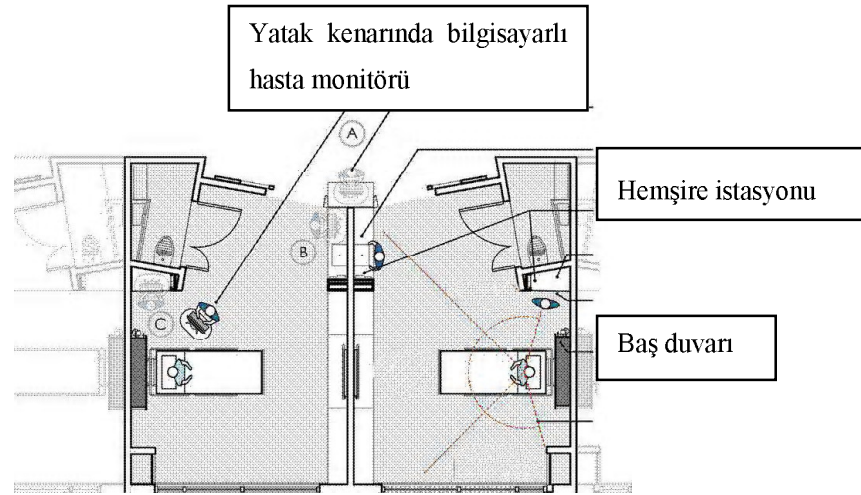
Akutluk uyumlu oda, kritik bakım gerektiren hastaların teknolojik ihtiyaçlarına uyum sağlamalıdır. Bu, yeterli tıbbi gaz donanımının temin edilebilmesi kadar gelişmiş izleme olanaklarını da kapsar. Evrensel yatakta, Yoğun bakım ünitesi (ICU) teknolojisi ihtiyacı, farklı tasarım yöntemlerinin ortaya çıkmasına yol açarak, zamanla gelişebilir. Günümüzde harcadığı kadar para harcamadan, daha uzun süreli esneklik sağlamak için kullanılan bir yöntem, başlangıçta, tıbbi gaz donanımının baş duvarının bir parçası olarak kurulması,

fakat duvarın arkasında ilave boru tesisatı kapasitesi veya daha sonra bağlantısı yapılabilecek erişilebilir duvar panellerinin olmasıdır (Şekil 5.3). Akutluk uyumlu ve evrensel odalar için baş duvarı çözümleri sağlama konusunda 3 yöntem vardır.

1. Tam yüklü ICU kapasitesi: Baş duvarı, ICU seviyesinde tıbbi gaz, elektrik çıkışı ve iletişim veri portları ile donatılmıştır. Ayrıca, duvara monte bir hasta monitörü ve diğer hasta cihazları da baş duvarında yer alır.

2. Esnek kapasite; Baş duvarı orta seviyede elektrik çıkışı ile donatılmıştır, fakat daha sonra takılabilecek esnek hortum çıkışları kullanımı sayesinde, daha sonra artırılabilir. Hasta monitörü tekerlekli bir bilgisayar üzerinde içeri alınabilir ve diğer tıbbi cihazlar aksesuar parçalarına eklenebilir.

3. Sakla ve çıkar: İşgücü, hizmet sağlama, iyileşme ve loğusalıkta kullanılan konseptte benzer biçimde, baş duvarı, priz ve cihazların sürgü paneller veya katlanır kapıların arkasına saklanacağı şekilde tasarlanır. Bunlar genellikle, daha “konuksever” bir görünüş sunan çekici ahşap kaplamaları olan bir kabin görünümünde olma amacı taşır. Hasta gelişmiş izleme ve yoğun bakım hizmetlerine ihtiyaç duyduğunda, bu hizmetlerin kullanımını sona erene kadar paneller açık kalabilir



Şekil 5.3 Hasta odası planı [51]

5.4.1.4 Tedavi Ortamı

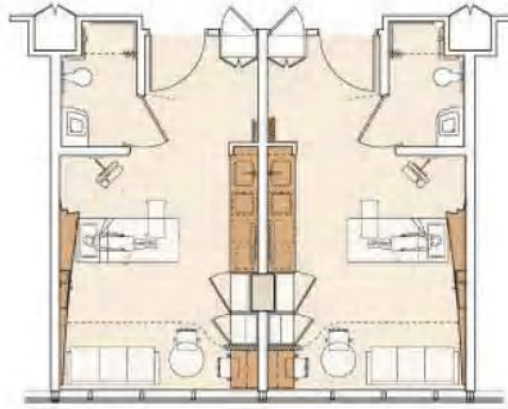
Akutluk uyumlu üniteler inşa eden hastaneler genellikle, stres azaltma amaçlı tedavi ortamı gibi diğer kanıta dayanan tasarım prensiplerini de kullanır. İşlek bir restoran veya sokaktaki gürültü seviyelerine yaklaşacak derecede gürültü çıkaran tıbbi cihazlara sahip bir

hastanedeki en büyük stres kaynaklarından biri gürültü olarak kabul edilmektedir. Yoğun merkezi bir bakım istasyonunda vardiya değişikliği bildirme zamanının, bir kamyonun daha gürültülü olduğu düşünülmektedir. Uykuyu bozmasının haricinde, gürültünün hastalarda stresi artırdığı ve kalp hızı ve kan basıncını yükselttiği yönünde güçlü kanıtlar vardır. Başka bir tedavi ortamı donanımı, yeşil bitkiler, çiçekler ve su gibi doğal unsurlar içeren iyileştirici bir bahçe görüntüsü gibi dikkat çekici pozitif unsurların kullanılmasıdır. Bu unsurlar, hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca maruz kaldıkları stresi azaltır ve Ulrich'e göre iyileşmeyi hızlandırır. Ulrich, 1980'lerde önemli bir çalışma yapmış ve ameliyat sonrası ağaçların görülebildiği bir odada kalan hastaların, tuğla bir duvara bakan pencereleri olan hastalara nazaran daha kısa süre hastanede kaldıklarını ve daha az analjeziğe ihtiyaç duyduklarını bulmuştur. Akutluk uyumlu hasta odalarında mevcut diğer dikkat çekici pozitif unsurlar genellikle, hoş sanat eserleri, yumuşak müzik ve ev gibi dinlendirici bir ortamdır ki bunların hepsi özel bir oda tasarımına kolaylıkla dahil edilebilir.

5.4.2 Hasta Odası Plan Tipleri, Avantajları ve Dezavantajları

5.4.2.1 Yansımali Oda

Yansımali odalarda (mirrored room), baş duvarı her oda çiftinde sırt sırtadır (şekil 5.4). Standart (same-handed), tüm odaların bir örnek olması anlamına gelir (şekil 5.5). Odalar standart hale getirildiğinde, personel hangi odada veya hangi birimde olursa olsun, her şeyin nerede olduğunu tam olarak bilecektir. Kritik zamanı harcamak zorunda kalmaksızın, ihtiyaç duyulan malzemeye, gaza vs. otomatik olarak uzanabileceklerdir. Bugüne kadar yapılan hiçbir araştırma, bir örnek odaların hataları azalttığını veya verimliliği artırdığını kanıtlamadığı için, bu karar tartışmalıdır.



Şekil 5.4 Yansımali oda planı [51]

5.4.2.2 Standart Oda

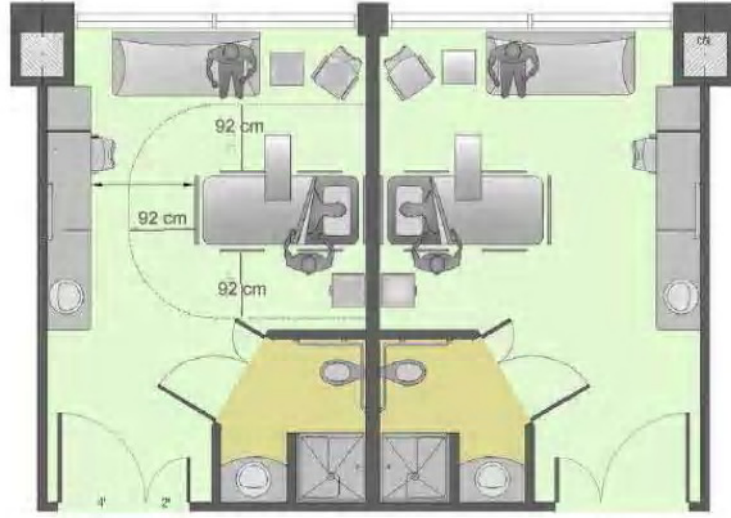
Standart oda (Same-handed room) tasarımının personel hatalarını azalttığı yönünde hala kesin bir kanıt bulunmamaktadır. Doktor ve bazı hemşireler, hala hastanın sağ tarafından hastaya yaklaşmak üzere eğitilmektedir, ancak ekipman veya hastanın durumu buna engel oluşturabilir. Standart modelin başlıca dezavantajlarından biri, odalar arasındaki tesisat bacasını kullanmak yerine, her tuvalet için ayrı tesisat temin etmek zorunluluğundan kaynaklanan maliyet artışıdır. Standart odalardan elde edilen önemli bir tasarım çıkarımı, yetenekli bir mimar için içinde olmadığı sürece, hasta odası modülünün tekrarlanma sıklığının artması, dış ve iç mekanların monoton olmasına yol açabilir.



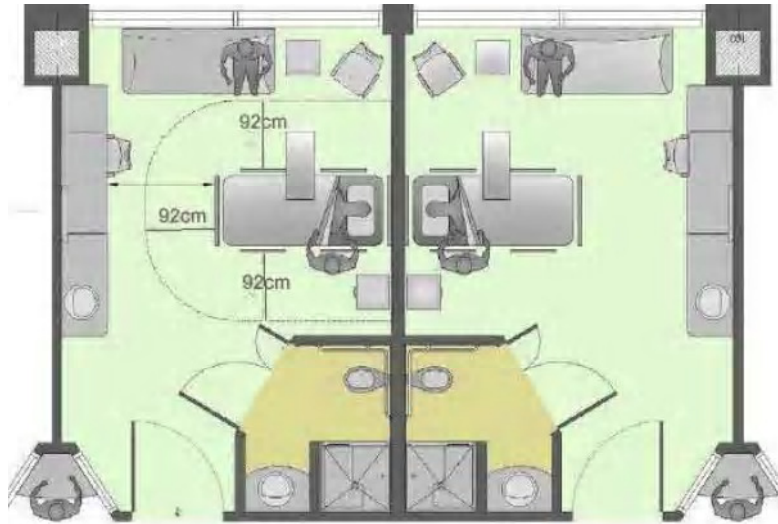
Şekil 5.5 Standart oda planı [51]

Yansımali ve Standart oda tipleri örnekleri aşağıdaki gibidir. Tuvaletleri iç kısımda yer alan ve iki oda arasında hemşire istasyonu olan, tuvaletler iç kısımda olan ama oda

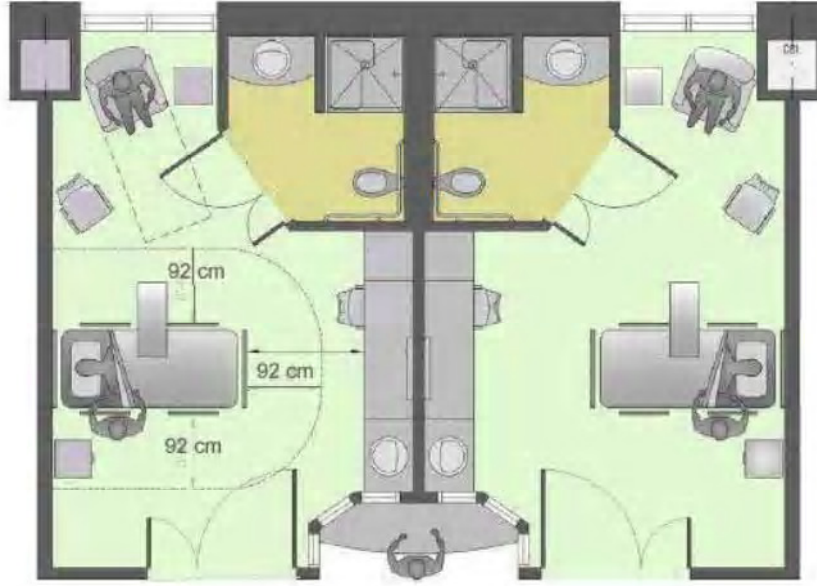
aralarında hemşire istasyonları olmayan, tuvaletleri dış kısımda yer alan, oda aralarında hemşire istasyonları olan ve olmayan, tuvaletlerden biri iç kısımda diğeri ise cephe kısmında yer alan yansımali oda tipleri vardır. Tuvaletleri iç kısımda yer alan, oda aralarında hemşire istasyonu olmayan, tuvaletleri dış kısımda yer alan ve oda aralarında hemşire istasyonları olan standart oda tipleri vardır.



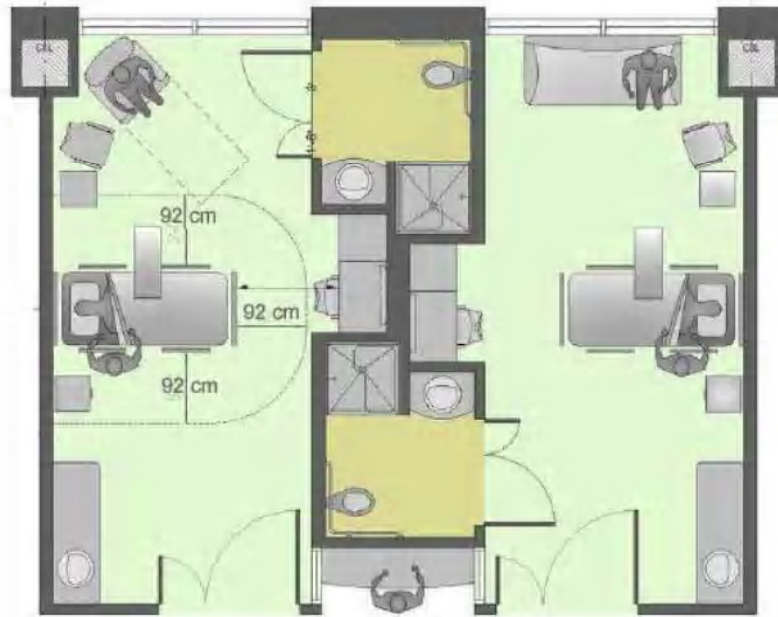
Şekil 5.6 Yansımali oda tipi 1
(Tuvalet iç kısımda, iki oda arasında hemşire istasyonu yok) [52]



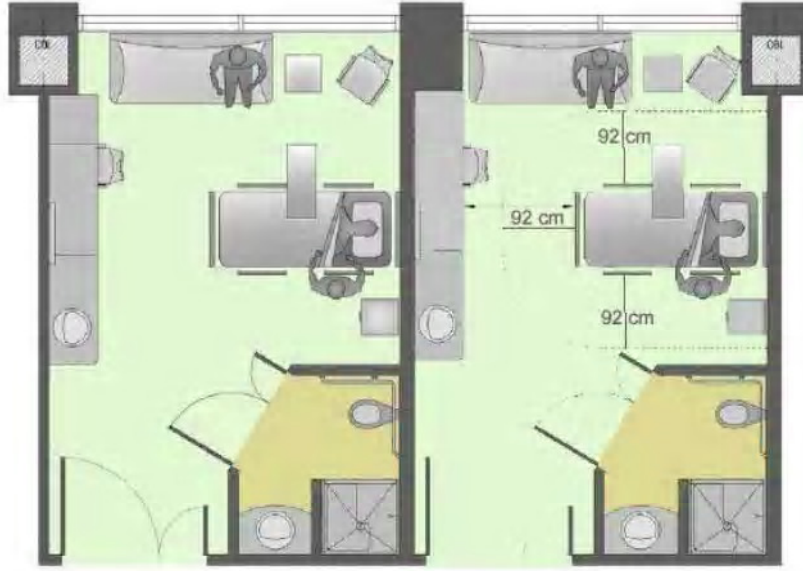
Şekil 5.7 Yansımali oda tipi 2 (Hemşire istasyonu var) [52]



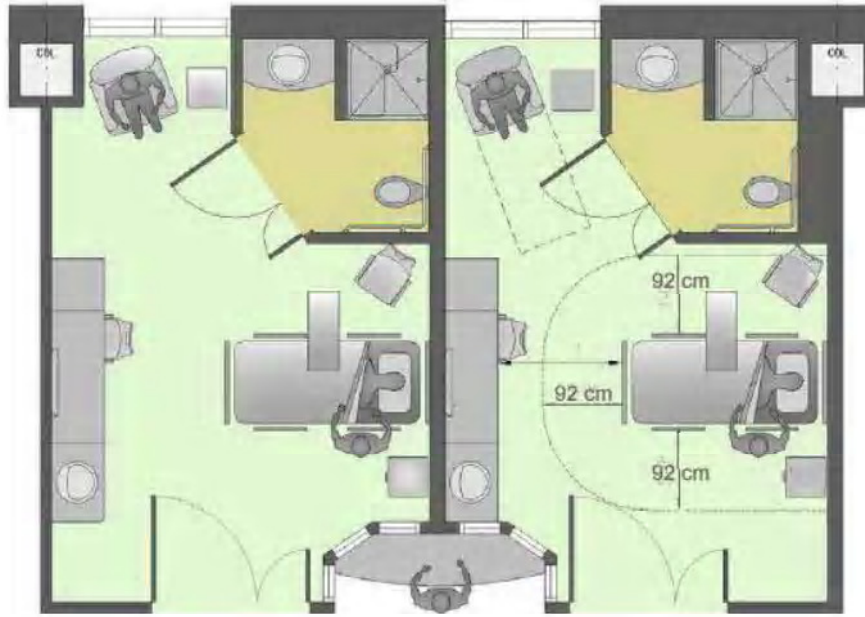
Şekil 5.8 Yansımali oda tipi 3
(Tuvalet dış cephe kısmında ve hemşire istasyonu var) [52]



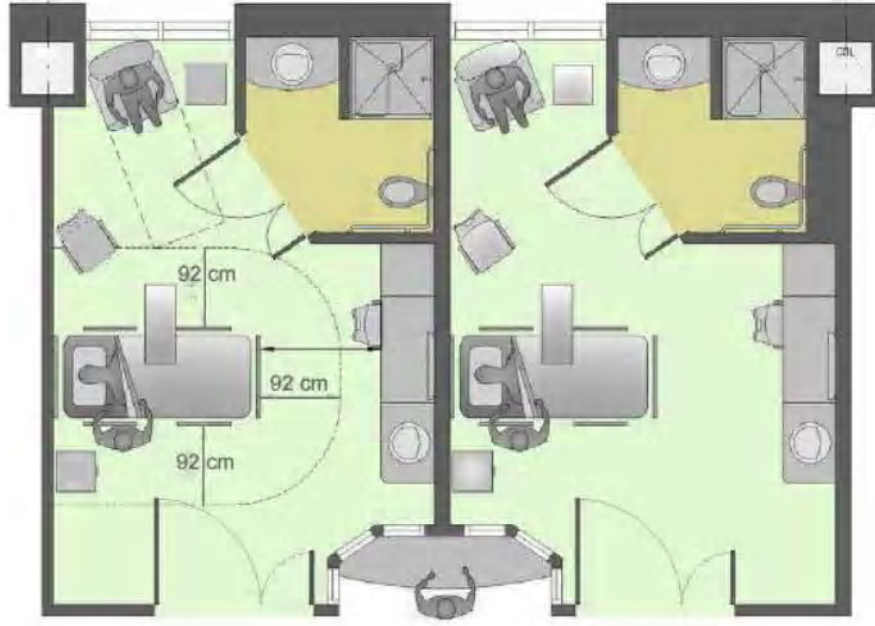
Şekil 5.9 Yansımali oda tipi 4
(Tuvaletlerden biri iç biri dış cephe kısmında) [52]



Şekil 5.10 Standart oda tipi 1
(Tuvaletler iç kısımda) [52]



Şekil 5.11 Standart oda tipi 2
(Tuvaletler dış kısımda ve hemşire istasyonu var) [52]



Şekil 5.12 Standart oda tipi 3 (Tuvaletler dış cephe kısmında) [52]

5.4.2.3 Tek ve Çok Kişilik Odalar

Özel odalar hastane planlama ve tasarımı konusunda yükseliştir. Tek kişilik odaların avantajları, hasta bakımında gelişmeler, çapraz enfeksiyon riskinde azalma ve daha fazla operasyon esnekliği olarak anılmaktadır. Ancak, istenen ve doğrulanabilir sonuçlara ulaşmak için, tek kişilik odaların faydalarını, hasta bakım meseleleri, diğer çevresel değişiklikler ve yönetim politikası değişiklikleri bağlamında incelemek ve yorumlamak önemlidir.

Hastaların oda tasarım tercihleriyle ilgili çalışma ve ölçümlerde karışık sonuçlar elde edilmiştir. Hastaların büyük çoğunluğu daha fazla mahremiyet, daha az gürültü, daha az utanç, daha yüksek uyku kalitesi, aile üyelerinin kalma şansı ve diğer hastaların acı çekmesinin önlenmesine bağlı olarak tek kişilik odaları tercih etmektedir (Douglas, Steele, Todd ve Douglas [53]; Kirk [54]; Pease ve Finlay [55]; Reed ve Feeley [56]). Tek kişilik odalar, hastalara kişisel bilgi üzerinde denetim sağlama, dinlenme fırsatı ve aile üyeleri ve arkadaşlarıyla ihtiyaçlarını konuşma fırsatı sağlamak suretiyle hasta mahremiyetini artırmaktadır. Bir odadaki hasta sayısı, görsel görüntüleme cihazlarının varlığı, banyonun yeri ve hasta yatağının yerleşimi mahremiyeti etkiler (Bobrow ve Thomas [57]; Burden [58]; Morgan ve Stewart [59]). Oda kullanım şeklinin ağrı kesici kullanım türüne etkisi

karışıktır. Bazı araştırmacılar, özel odalarda kalan hastaların, yarı özel odalarda kalan benzer hastalara göre daha fazla uyuşturucu kullandığını bulmuştur. Bu özel odalarda çevresel uyarıcıların daha az olmasına bağlı olabilir ve ağrı kesici alımının tek kişilik odalarda daha az olduğunu göstermiştir (Dolce ve arkadaşları [60]; Lawson ve Phiri [61]). Sağlık uzmanlarının, tek kişilik odalarda yatan hastalarla, çok kişilik birimlerde yatan hastalardan daha özel ve çoğu durumda daha titiz muayene ettikleri iddia edilmektedir (Ulrich [62]). Hasta gizliliği ve hasta muayenesi alanındaki araştırmalar kısıtlıdır. Postoperatif veya cerrahi dışı hastaların bulunduğu odalara preoperatif hastalar tayin edildiği takdirde, hasta stresi azaltılabilmektedir (Kulik, Moore ve Mahler [63]). Çok kişilik odalarda mahremiyet yoksunluğu, daha yüksek gürültü seviyesi ve uyku bölünmesi mevcuttur (Hilton [64], Ulrich [65]).Tasarımda, özellikle hasta merkezli bakımı ve hasta iyileşme programına ailenin katılımını teşvik eden hastanelerde evrensel odalar veya akutluk derecesi uyarlanabilir odalar geçerli bir trenddir. Bu odaların hepsi özel odalardır. Sınırlı sayıdaki çalışmalardan edinilen sonuçlar, akutluk uyumlu odalarda ilaç tedavi hatalarının, hasta düşmelerinin ve bazı problemlerin azaltılabildiğini göstermiştir (Bobrow ve Thomas [66]; Gallant ve Lanning [67]; Hill-Rom [68]; Spear [69]). Ancak, bu sonuçlar, üzerinde çalışılan belirli kurumlara özel olabilir. Belirli sonuçlar çıkarmadan önce, çok sayıda hastaneden alınan örneklerle yapılan daha detaylı bir çalışma gereklidir. Hastalar için stres kaynakları; algılanan denetim eksikliği, gürültü ve kalabalıktır (Shumaker & Pequegnat [70]). Aşırı gürültü, aşırı sıkıntıya ve ağrı algısının artmasına, uyku kaybına ve iyileşme süresinin uzamasına yol açabilir (Baker, Garvin, Kennedy ve Polivka [71]; Cys [72]; Hilton [73]). Tek kişilik odalar genellikle daha fazla mahremiyet, gürültüde azalma ve daha az kalabalık sağlar. Hastalar, ortamı ihtiyaçlarına göre ayarlayabildiklerinden, özel odalarda denetim daha fazladır (Shumaker ve Reizensten [74]). Müzik de hastaların stresini azaltmaya yardımcı olabilir. Hastalar, özel odalarda oda arkadaşlarını rahatsız etmeden müzik dinleyebilir (Cabrera ve Lee [75]). Kalabalık, kan basıncının daha yüksek olmasını sağlayabilir. Özel odaların kullanımı genellikle hastanın kalabalık duyarlılığını en aza indirir (Baum ve Davis [76]; D'Atri [77]).

Tek ve çok kişilik odaların karşılaştırmalı başlangıç maliyetlerine odaklı literatür çok azdır. Nakil masrafında azalma, daha yüksek yatak ücretleri ve işgücü maliyetinde azalmaya bağlı olarak, tek kişilik odaların işletim maliyeti, çok kişilik odaların işletim maliyetine kıyasla daha düşüktür. Nakillerdeki azalmaya bağlı maliyet tasarrufu özellikle, akutluk derecesine göre uyarlanabilir odalarda geçerlidir (Hill-Rom [78]; Ulrich [79]). Çok kişilik

odalara kıyasla, tek kişilik odalarda ilaç tedavisi hataları daha düşüktür, bu da maliyetlerin azalmasını sağlar (Bilchik [80]; Bobrow ve Thomas [81]; Morrissey [82]).

Enfekte hastalar veya enfeksiyona çok dirençsiz hastaların, enfeksiyonun yayılmasını durdurmak veya yeni enfeksiyon gelişme olasılığını azaltmak için, uygun havalandırma sistemi ve bariyer korumaları olan özel odalarda izole edilmesi gereklidir. (Anderson ve arkadaşları [83]; Muto ve arkadaşları [84]; O'Connell ve Humphreys [85]).

Zayıf veya psikiyatrik hastalarda olduğu gibi sürekli gözetim gerektiren hastaların hastanelerde düşmesi daha olasıdır, bu hastalar için daha fazla gözetim altında tutulan çok kişilik hasta odaları daha uygun olabilir (Jones ve Simpson [86]; Sutton [87]; Tutuarima ve arkadaşları [88]). Düşmelerin çoğu, hasta odalarında, yaşlı hastalar arasında ve hastalar yalnızken veya banyoya gitmeye çalışırken gerçekleşmektedir. (Hendrich ve arkadaşları [89]; Langer [90]; Pullen, Heikaus ve Fusgen [91]). Hasta odalarında aile üyeleri için önlem alınır, düşmeler ailenin yardımına bağlı olarak azaltılabilir. Ailelerin yarı-özel odalardansa özel odalara uyum sağlamaları daha kolaydır (Ulrich [92]). Oturacak ve dinlenecek yerleri ve belki uyuyacak yerleri kapsayan bir aile bölgesi, ailenin hastaya yakın olmasını ve böylelikle tercih edilen bakım şekline aktif olarak katılmasını sağlar. Aile merkezli odaların, hasta düşmelerini azalttığı görülmüştür ve bu odalarda, bakım sürecine ailenin de katılımından dolayı, hasta başına düşen hemşire saatleri azalabilir. Aile üyeleriyle iletişim, stresi azalttığı ve hasta sağlığına iyi geldiği için, hastalar genel olarak hastalıkla daha iyi baş eder.

5.4.3 Hasta Odası Bileşenleri

Çeşitli esnek, uyarlanabilir veya değiştirilebilir oda özellikleri ve düzenlemeleri ile çok sayıda hasta tipi ve hastanın hastalık derecesine uygun bir hasta bakım ortamı haline getirilebilecek evrensel ve uyarlanabilir bir hasta odası “çerçevesi” oluşturmak mümkündür (Şekil 5.13). Bu, çeşitli tasarım detaylarıyla gerçekleştirilir. Hasta odasının içinde veya hemen dışında çeşitli potansiyel personel çalışma alanlarının sağlanması gerekir. Oda giriş alanına ıslak bir çalışma ve el yıkama alanı yerleştirilir ve kuru çalışma alanı ise yatağın başucuna yerleştirilir. Oda ve antre, personelin hastalarla göz temasını koruyabileceği şekilde konumlandırılacak tekerlekli mobil bilgisayara (COW-computer wheels) göre yapılandırılır. Banyo ve baş duvarı özellikleri, aşağıda açıklandığı gibi esnekliğe uygun tasarlanır. Amaç, hasta kalış süresi veya oda kullanım süresi boyunca

hasta bakımıyla ilgili ortaya çıkan ihtiyaç ve görevlere bağlı olarak, personele çalışma alanlarını her çeşit kombinasyonla kullanma esnekliği tanımaktır.



Şekil 5.13 Hasta odası planı [51]

5.4.3.1 Hastayla İlgili Alan

Hastalar üzerindeki etkisi yönünden, hasta yatak odaları; hastanın içinde bulunduğu koşullar nedeniyle hastanenin en önemli mekanıdır. Hasta odaları, çok amaçlı alan olarak kullanımları ve hasta tedavisinde en etkin çevre faktörlerini ortaya koymaları açısından hastane planlamasında başlangıç noktası niteliğindedir. Hasta odaları hastaların aynı zamanda çevrelerini kontrol edebilecekleri duygusunu verebilecek, güven veren yerler olmalıdır. Hasta odaları; temel olarak hastayla ilgili alan, refakatçi alanı, sirkülasyon alanı, doktor, hemşire bakım alanı, hasta ve ailenin kullandığı ortak alan olan tuvaletler olarak sınıflandırılabilir.

- **Hasta Odası Girişi**

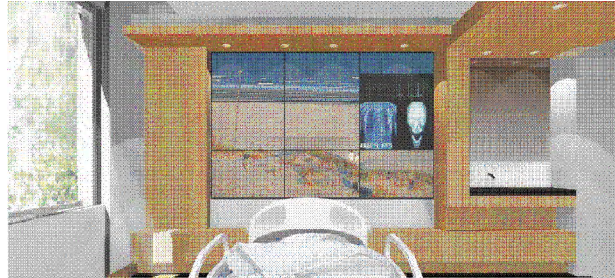
Girişte küçük, uygun şekilde tasarlanan bir banyo, hem hasta hem de personel faaliyetleri için güvenli ve etkin bir yer sağlar. Banyo, isteğe özel yapılan bir lavabo ve tuvalet, duş, kapı yeri ve genişliğinin düzenlenmesi ile zemin alanını en aza indirecek şekilde tasarlanmalıdır.

Hasta bakım görevleri ve faaliyetlerinin etkinliği ve yararlılığı kadar hasta güvenliği ve

neticelerini korur veya geliştirirken, hastanın ve ailenin kurumsal kargaşayı görüşünü en aza indirmek mümkündür (temel akut yatan hasta bakımı için gerekli özellikler). İlk strateji, tüm hasta odalarında bulunan bakım aksesuarlarını (sabunluk, kağıt havluluk, alkollü yıkama makineleri, kesici alet konteynırları, personel notları, elektrikli ve tıbbi çıkışlar ve cihazlar, monitörler ve çeşitli aksesuarlar) gerektiğinde yüksek oranda kullanılabilir olacak fakat odadaki aile ve hasta görüş açısından minimum düzeyde görünür kılınacak şekilde yerleştirmek ve düzenlemek gerekir. Diğer strateji en kurumsal, teknolojik ve kendiliğinden görünür unsurları, kurumsal ortam gürültüsüne eklemek yerine pozitif tasarım özellikleri haline gelecek şekilde tasarlamaktır.

- **Ayak Duvarı**

Ayak duvarı (Şekil 5.14), hastanın ilk görsel odak noktası olduğu için, görsel kargaşa, ayak duvarına monte edilen klinik nesnelerin sayısını en aza indirerek, hasta ve aile üyelerinin geri kalan nesneleri görüş hatlarını kısıtlayarak ve ayak duvarındaki tüm unsurların organizasyonunu birleştirerek ve basitleştirerek azaltılmalıdır. Ayak duvarı, sanal bir pencere, eğlence veya video konferans erişim noktası veya tıbbi bilgilere ve diğer bilgisayar bilgilerine bağlantı görevi görebilecek bütün duvarı kaplayan dijital ekran gibi, günümüzde ticari olarak mevcut düz ekran video teknolojisine uyacak şekilde tasarlanır.



Şekil 5.14 Ayak duvarı görünümü [51]

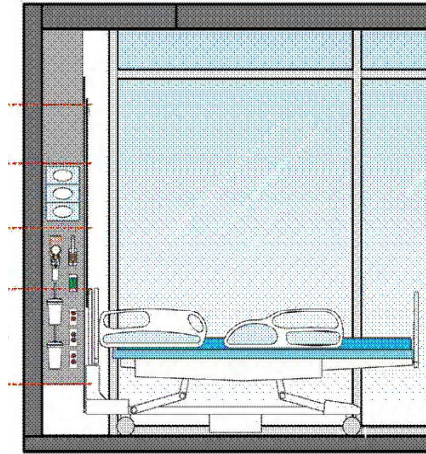
- **Baş Duvarı**

Baş duvarı (Şekil 5.15), hareketli ve marangozluk işlerinin tıbbi kullanım özelliklerini kapatmayacak şekilde, personelin bunları en uygun şekilde kullanmasını sağlayarak, hasta ve ziyaretçilerin klinik unsurları görüş açısını en aza indirecek şekilde tasarlanır. Tıbbi gaz ve elektrikli hizmetler, öngörülen kurulumun personel tarafına yerleştirilir ve kritik unsurların kullanımını en rahat hale getirebilecek şekilde konumlandırılır. Bunlar, daha yüksek akutluk uyumlu odalarda, baş duvarının diğer tarafında gerektiği kadar çoğaltılabilir.



Şekil 5.15 Hasta odası baş duvarı görünümü [51]

İlk görüş, kullanıcı merkezli bir baş duvarının, doğal klinik unsurların hasta ve ziyaretçiler tarafından görülmesini en aza indirirken, personel için “kullanılabilirliği” artırabileceği şeklindedir. Önerilen baş duvarı kurulumu, aslında duvar yüzeyinden yansıyan 10cm genişliğinde bir ışık ve alet kutusudur ve hepsi ergonomik bir bölgede toplanmış şekilde, elektrikli aletler için kompozit bir ön panel ve yan kullanım yüzeyleri, tıbbi gaz çıkışları, cihazlar ve personel tarafında yer alan eldiven kutularından oluşur. Hasta bakım özelliklerinin yerleşim düzeni (Şekil 5.16), kullanılabilirlik ve güvenlik unsurlarının düzenlenmesine öncelik vermek amacıyla, temel prensipler göz önünde bulundurularak düzenlenir. Ön panel, tıbbi donanım ve aksesuar kargaşasını aile bölgesinden gizlemeye yardımcı olacak şekilde genişletilir.



Şekil 5.16 Baş duvarı yerleşimi [51]

5.4.3.2 Refakatçi Alanı

Aile televizyonu görebilmek için doğal görüş hattına sahip olmalı, hasta yatağına yakın olmalı ve oturma alanından hastayı görebilmeli ve ailenin hastabakıcı alanından ayrı yeterli alanı ve uyuyacak yerleri mevcut olmalıdır.

5.4.3.3 Sirkülasyon Alanı

Hastanın başucuna erişimde yeterli personel alanı olmalı, hasta etrafında dolaşımda ekstradan hastabakıcı yardımı için ilave yer olmalı, hastayı oda içi ve dışına taşınmada yatak / sedye için engelsiz taşıma yolu olmalıdır. Birden fazla yatak bulunan odalarda donanım ve yataklara geçiş mümkün olacak şekilde her yatağın ayak kısmının önünde 110 cm ve iki yatak arasında 120 cm'lik bir açıklık olmalıdır. Sütun ve tuvaletler de dâhil olmak üzere, fonksiyona mani olmayan küçük engeller, hasta odaları için boş alan gerekliliklerini belirlerken göz ardı edilebilir.

Tek kişilik odalarda yatak etrafında, ayak kısmı ve her iki yanında 110 cm'lik bir açıklık bulunmalıdır. Bu özellikler ile birlikte hasta odasının ebadı en az 15 m² olmalıdır.

5.4.3.4 Doktor / Hemşire Bakım Alanı

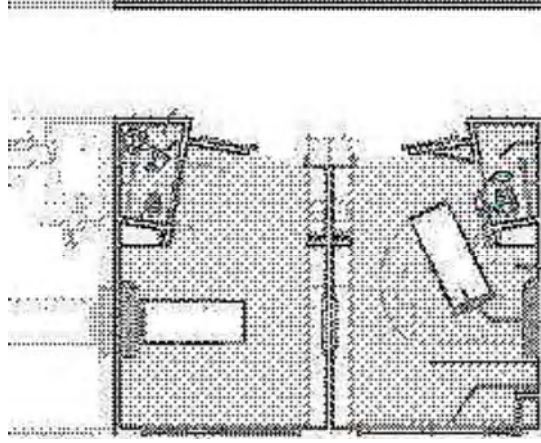
Personel engellere takılmaksızın yatak etrafında hareket edebilmeli ve ekipman için yeterli yer olmalı (örn. Havalandırma, IV pompası vs.), malzemelere erişimde hasta odasının bitişiğinde veya içinde malzemeler için yer olmalı, odada veya koridordaki sabit yerde bilgi erişimi için bilgisayar esnekliği olmalı, tıbbi personelin hasta muayenesi ve benzer işler öncesi ve sonrasında ellerini yıkadığı alanlar için el yıkama alanları olmalıdır. Ziyaretçi, hasta ve diğer personelden efeksiyon yayılmasının önlenmesine yönelik olarak düzenlenen el yıkama alanları önem taşımaktadır.

5.4.3.5 Hasta ve Refakatçinin Ortak Alanı - Tuvalet

- **Banyo**

İç baş duvarı banyosu, hasta tuvaleti açısından en güvenli yer ve personel açısından en etkin ve etkili yerdir. İç baş duvarı yeri, banyoyu kendi başına kullanabilen hastalar için, hasta yatağından banyoya giden en kısa mesafedir. Bu, aynı zamanda baş duvarına bağlı oksijen ve gerekli hatların yatağa veya odadaki diğer objelerin üzerine devrilme riskini de

en aza indirir. Bu özellikler, yataktan banyoya taşınanların düşme riskini en aza indirir. İç baş duvarının yeri aynı zamanda, yardım gerektiğinde personele gerekli zaman ve hareket ihtiyacını ve odanın ayak ve pencere tarafında toplanmaya eğilimli aile üyeleri kadar, hasta ve personel banyo erişim alanı ve eşyalar arasındaki çatışmaları azaltır.

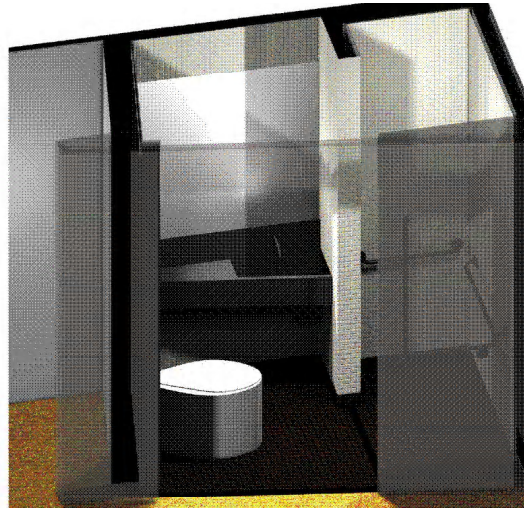


Şekil 5.17 Banyo Yeri, Erişim Alanı ve Görseli ile Hasta Odası Planı [51]

Yüksek hastalık seviyesi durumlarında iç banyonun mevcut olmasıyla, personelin hastayı en iyi görüşü ve hastaya en rahat erişimi sağlar (Şekil 5.17). Bu odanın içinde ve hemen dışında, koridor ve personel çalışma alanlarının iyi görünmesini ve bu alanlara kolay erişimi sağlarken, banyonun kapladığı alanı en aza indirerek, yerleşim düzenini en iyi şekilde kullanarak sağlar. Koridordan hasta odasına açılan geçiş, koridordan hastanın başının ve her iki oda arasındaki potansiyel bakım çalışma alanlarının iyi görünmesini sağlar. Hasta Odası tasarım amaçlarından biri, çoğu odada banyo erişimi zor olduğundan hastaların kilosunu, yaşını, akutluğunu, tıbbi durumlarını ve yetersiz personel dereceleri dikkate alındığında banyolar, çoğu hasta için kullanılabilir durumda olmadığı için, çoğu hastanede hasta odalarında yaygın bir şekilde kullanılan lazımlıklı sandalye ihtiyacını en aza indirmektir. Günümüzde hasta odalarında bulunan banyoların tasarım ve kullanımı arasında bir çelişki vardır. Hastalar banyoyu mümkünse bir lazımlık veya lazımlıklı sandalye üzerinde kullanmayı tercih eder, ancak, günümüzde hastanedeki tipik hastanın ortalama akutluk derecesi ve durumu bu işi, riske açık bir durum haline getirmektedir. Hasta nakillerine bağlı hasta düşmeleri ve personel yaralanmaları ile de kanıtlandığı gibi, çoğu tasarımda güvenlikten ödün verilmektedir (Retsas ve Pinikahana [93]; Engkvist ve arkadaşları [94]). Hastane banyosunun ideal yeri hakkında devam eden bir tartışma vardır. (iç kısımda koridora yakın), dış kısımda (dış pencere duvarında) veya iç içe (hasta odaları

arasında sırt sırta) olan henüz, bakım görevi performansıyla ilgili en iyi yeri belgeleyen deneysel bir veri yoktur (Cahnman [95]). Benzer şekilde, banyonun gerçekte nasıl kullanıldığı, banyoyu kimin kullandığı veya banyo tasarım detaylarının, kullanılabilirliği ne zaman ve nasıl etkilediği konularında hiç deneysel kanıt yoktur.

Banyo tasarım hedefleri, hem kendi kendine hem de personel yardımıyla hastanın kullanılabilirliğinin en uygun şekle getirilmesini kapsar. Banyonun yeri, hem banyoya kendi başına erişebilen hem de hastaların banyoya gitmesine ve banyo içinde hareket etmesine yardım eden personelin adım miktarını azaltır. Banyonun toplam kapladığı alan, belgelendirilmiş kullanım şekilleri için yüksek seviyede bir kullanılabilirlik sağlarken, görünürlüğü ve koridordan odaya erişimi en uygun şekle getirebilmek için, olabildiğince küçüktür. Banyo unsurlarının (örn; lavabo, tuvalet, banyo tutamağı, duş) tasarımı ve konumu, daha büyük banyolarla karşılaştırıldığında banyonun kullanılabilirlik seviyesini artırmayı amaçlar. Yer kullanımını en aza indirmek ve döşemeye monte su tesisatlarını ve yüzey eklemelerini minimuma indirerek hem temizliği kolaylaştırmak hem de enfeksiyon olasılığını azaltmak için özel dökme bir lavabo tasarlanır. Son olarak, tekerlekli sandalye ve serum askısı gibi tekerlekli destek aletler kullanan hastaların düşme riskini azaltmak için, kapı ve duşta yüksek eşik bulunmaz.



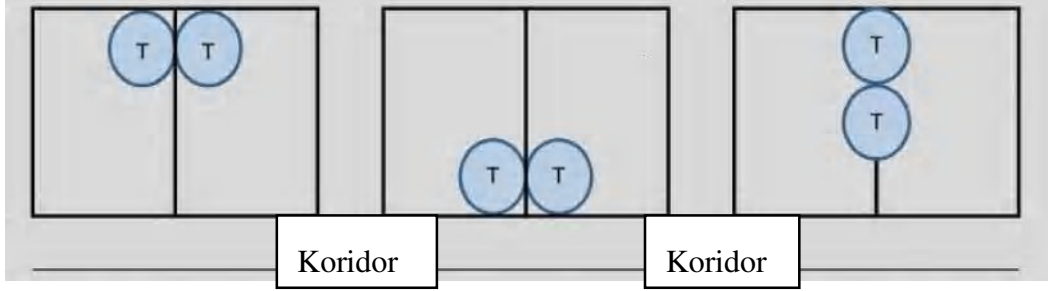
Şekil 5.18 Banyo tasarımı [51]

Güvenliği artırmak için literatürde önerilen bazı faktörler, tuvaletlerin hastaya daha yakın yerleştirilmesi, banyolara çift kapı konması, hasta yatağından çıktığında hemşireye haber veren 'bed exit' özelliklerinin kullanılması, hemşire istasyonlarının dağıtılması ve hemşirenin hastadan uzak olduğu süreyi azaltmak için ikmal malzemelerinin yakına

yerleştirilmesidir. (Berry ve arkadaşları [96]; Hendrich ve arkadaşları [97]).

- **Tuvalet Konum Seçenekleri**

En yaygın üç hasta odası yerleşim düzeni tipi şu şekilde özetlenebilir; iç tuvalet odası (şekil 5.19), dış tuvalet odası (şekil 5.20) ve iç içe geçmiş veya ortada yer alan tuvalet odası şeklindedir. (şekil 5.21)



Şekil 5.22 Tuvalet yerleşim seçenekleri (www.healthcaredesignmagazine.com)

- **İç Tuvalet Odası**



Şekil 5.19 İç tuvalet odası [51]

İç Tuvalet Odası; İç tuvalet odası (Şekil 5.19) konsepti, tipik bir otel odasındaki gibi, tuvaleti oda girişine ve koridorun yanına yerleştiren misafir ağırlama tasarımından esinlenir. Bu yaklaşım, aile bölgesine en çok alanı temin eden yaklaşımdır, oda dışının en iyi şekilde görülmesini ve gün ışığının en iyi şekilde girmesini ve en fazla mahremiyeti ve koridor gürültüsünden akustik korunma sağlar. Kanıta dayalı tasarımdan faydalanan çok sayıda çalışma, bu rahatlık unsurlarının, hastanın ağrısını, stresini, depresyonunu ve kalış

süresini azalttığını göstermiştir. Bu tasarım aynı zamanda, hasta/aile merkezli bakımı açık bir şekilde destekler. İç modelin başlıca eksiği, personelin hastayı koridordan görme olanağını kısıtlamasıdır, bu nedenle de daha dikkatli izleme gerektiren hastalar için en iyi seçim değildir. Bu eksiği giderme yollarından biri, tuvaleti, hasta odasının ayak duvarı tarafına yerleştirmektir. Fakat, bu ayarlama hastanın koridordan görünürlüğü artırabilirken, bir dezavantajı da, yataktan tuvalete yolculuk mesafesinin artmasıdır, ki bu, hasta düşmelerinin artışıyla bağlantılı bir faktördür.

- **Dış Tuvalet Odası**

Dış Tuvalet Odası; Dış tuvalet odasında (Şekil 5.20), tuvalet odası dış duvar üzerine yerleştirilir. Bu tasarımın başlıca avantajı, hastanın koridordan görünürlüğü maksimum düzeyde sağlamasıdır. Dışa yerleştirme yaklaşımında, hasta mahremiyeti feda edilir ve aile alanı ve dışarının görünüşü kısıtlanır. Aynı zamanda, hasta kontrollerinin koridordan değil, başucunda yapılması gerektiği de savunulur. Ayrıca, mimar, dış ifadedeki görsel etkiyi hafifletmek için, mahremiyet unsurlarından (buzlu cam gibi) becerikli bir şekilde faydalanmalıdır.



Şekil 5.20 Dış tuvalet odası [51]

- **İç İçe Geçmiş veya Orta Tuvalet Odası**

İç içe geçmiş tuvalet odasında (Şekil 5.21), her iki hasta odasının arasına iki tuvalet yerleştirilir, bunlardan biri içeride biri de dışarıdadır. Bu yerleşim düzeni, hasta görünürlüğü, mahremiyet, yeterli aile alanı ve dışarıyı görebilme meselelerini çözer fakat karşılığında, personelin yolculuk mesafelerini artırır ve binanın arsaya sığmasını engelleyebilir. İç içe geçmiş modelde, dış tuvalet modelinde olduğu gibi, tuvaletin yarısı

dış duvar üzerinde yer aldığından, dış cephenin nasıl ele alınacağı sorunu vardır.



Şekil 5.21 İç içe geçmiş tuvalet odası [51]

5.5 Bölüm Sonucu

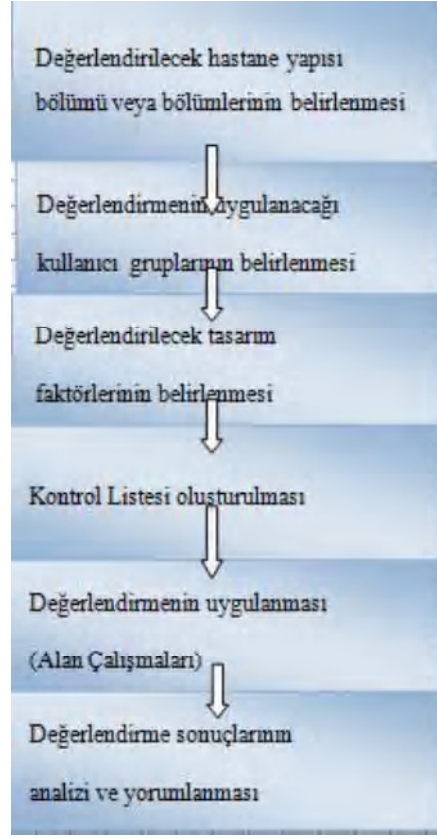
İdeal hasta odası tasarımı, mümkün olan en verimli plan tipinin sağlanması (yansımali oda mı, standart oda mı), çeşitli esnek uyarlanabilir veya değiştirilebilir akutluk uyumlu ve evrensel oda özellikleri ve düzenlemeleriyle çok sayıda hasta tipi ve hastanın hastalık derecesine uygun bir bakım ortamı haline getirebilecek bir hasta odası 'çerçevesi' oluşturmakla mümkündür. Özel hasta odaları tasarımının son yıllarda yükselişte olduğu görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu daha fazla mahremiyet, daha az gürültü, daha az utanç, daha yüksek uyku kalitesi ve aile üyelerinin kalma durumuna bağlı olarak tek kişilik odaları tercih etmektedir.

ALAN ÇALIŞMASI

Tıp biliminde ve tıp teknolojisindeki gelişmelerle kullanıcı istek ve ihtiyaçlarının artması hastanelerde mimari tasarım sürecinin değişmesine sebep olmaktadır. Hastanelerde hasta odaklı anlayışın gelişmesiyle ve hastaların konfor ve güvenlik gereksinimlerini karşılamaya yönelik çalışmalar yapılmasıyla tasarım kriterlerinde kullanıcı memnuniyeti ve güvenliği daha fazla önem kazanmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde hasta odalarının kullanıcı güvenliği ve memnuniyeti bağlamında irdelenmesine yönelik alan çalışması yapılmıştır. Bu çalışma kontrol listesi oluşturularak gözlem ve anket çalışmalarıyla desteklenmiştir.

6.1 Hasta Odalarının Değerlendirmeleri İçin Kontrol Listesi Oluşturulması

Tezde oluşturulan kontrol listesi, hasta ve ziyaretçilerden oluşan kullanıcıların hasta odalarını işlevsellik, estetik, konfor ve güvenlik bağlamında değerlendirmeleri amacını taşımaktadır.



Şekil 6.1 Öneri kontrol listesi oluşturulmasında temel adımlar ve süreçler (Ergenoğlu [9])

6.2 Çalışma Yöntemi, Kapsamı ve Uygulaması

Bu tezde hasta odalarının özellikleri, hastalar üzerindeki etkilerinin saptanması ve hasta odaklı tasarım kriterlerinin ne ölçüde yerine getirildiğinin ve alan çalışması için seçilen hastaneler arasındaki tasarım farklılıklarının bulunup bulunmadığının araştırılmasına çalışılmıştır. Bu çalışmaya yönelik oluşturulan kontrol listesinin araştırmacı tarafından uygulanmasının yanında hastanede yatan hastalara da anket formu uygulanmıştır. Kullanıcı tarafından uygulanan her madde anket formlarına alınmamıştır. Anket formları hasta odalarının işlevselliği, estetik ve konforlu olup olmadığı ve güvenliğiyle ilgili maddeleri içermektedir. Anket formları en fazla 15 dakikada yanıtlanabilecek şekilde düzenlenmiştir. Hazırlanan anket formları ek B’de verilmiştir.

Seçilen her iki hastaneden 50 hasta olmak üzere anket çalışmasına katılmıştır. Araştırmaya katılan hastalar, hastanede en az 1 gece yatmış ve yaş aralığı 18 ile 60 yaş ve üzerinde değişen, farklı eğitim seviyelerinde kadın ve erkek kullanıcılardan oluşmaktadır. Anket çalışmasındaki amaç; mevcut durumun incelenmesi ve tasarımda eksik olan kriterlerin

çıkarılmasıdır.

6.3 Kontrol Listesi

Sağlık yapılarında hasta yatak katlarının kullanıcı memnuniyeti ve güvenliği bağlamında irdelenmesine ilişkin olarak oluşturulan kontrol listesi aşağıda verilmektedir. Listedeki soruların çoğunluğu, 6' lı skala ile değerlendirilmektedir. Değerlendirmede, 1: çok zayıf, 6: çok iyi olarak verilmiştir. Bazı soruların cevapları ise evet, hayır şeklindedir. Bu kontrol listesi Yrd. Doç. Dr. Aslı Sungur Ergenoğlu'nun 2006 yılındaki 'Sağlık kurumlarının İyileştiren Hastane Anlayışı ve Akreditasyon Bağlamında Tasarımı ve Değerlendirilmesi' Doktora tezi örnek alınarak hazırlanmıştır.

HASTA ODALARI

1. İşlevsellik

1. Hasta odaları kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?

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

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. Tekerlekli sandalye ve serum askısıyla oda içinde rahatça dolaşmak mümkün mü?

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 ulaşıp kullanılabilir.

evet hayır

3. Banyoda tekerlekli sandalyedeki hastalar için kullanım düşünülmüştür.

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

Banyolardaki raflar, tekerlekli sandalyedeki hastaların da kullanabileceği gibi konumlandırılmıştır.

evet hayır

4. Hasta odalarında kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

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

Kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomiktir.

evet hayır

5. 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

6. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?

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

7. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?

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

8. Hasta odaları özürülüler için uygun tasarlanmış mı?

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

9. Yatak katlarında el dezenfeksiyonu ile ilgili bir düzenleme var mı?

evet hayır

2. Estetik ve Konfor

1. Hasta odalarında gün ışığının yeterince içeri alındığını düşünüyor musunuz?

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

2. Hasta odalarında dışarıyı görebilmeniz için pencere büyüklükleri yeterli mi?

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

3. Odalarda dışarıyı görüş, manzara düşünülmüş mü?

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

- Hasta odalarının pencereleri mümkün olduğunca büyüktür.
- Mümkünse, sokak kotunda yer alan aktiviteler pencerelerden görülebilir.

evet hayır

- Perdeler hasta ve ziyaretçiler tarafından kolayca idare edilebilir.
- Perdeler, odanın geceleri tamamen karanlık olmasını sağlar.

evet hayır

evet hayır

evet hayır

4. 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.
- 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 işlemlere sahiptir.

evet hayır

evet hayır

5. İç mekan tasarımı rahatlatıcı mı?

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

6. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde ve yeterince kullanılmış mı?

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

- Odalardaki sanat eserlerinin konumları, yataktan rahatça görülebilecek şekildedir.

evet hayır

- Kullanılan sanat eserleri, soyut eserler olmaktan çok natüremortlar ve diğer tasvirlerden mi oluşmaktadır.

evet hayır

7. Malzeme seçimi estetik mi?

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

8. Isısal konfor sağlanmıştır.

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

9. Odalarda rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmıştır.

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

10. Işıklandırma, gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmıştır mı?

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

- Aydınlatma düğmeleri, hem hasta hem de personel için kolay ulaşılabilir.

evet hayır

- Hasta yatağının yakınında gece lambası mevcuttur.

evet hayır

11. Banyo havalandırması iyi yapılır.

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

12. Banyo ses açısından izole ediliyor mu?

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

13. Refakatçiler için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

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

14. Yatak katlarında dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?

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

3. Sağlık ve güvenlik

1. 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

2. Banyo kapısı dışarıdan 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

6.4 Alan Çalışması Yürütülen Sağlık Yapıları

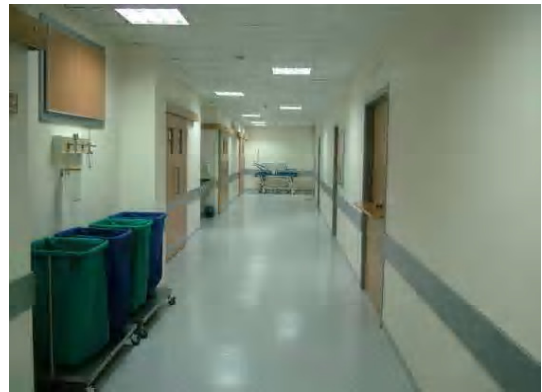
Anket çalışması, Gaziantep ilinde bulunan özel hastanelerden Primer Hastanesi ve Amerikan Hastanesinde yürütülmüştür. Çalışmanın bu bölümünde hastanelerde, hasta odalarında bakım kalitesini ve iyileşmeyi etkileyen faktörlerin kullanıcı tarafından ne ölçüde dikkate alındığının araştırılmasına çalışılmış ve hasta yatak katlarında kullanıcı ile mekan arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Soru cevap yönteminde amaç; mevcut durumun incelenmesi ve memnuniyet derecesinin değerlendirilerek, tasarımda ve düzenlemede eksik olan yönlerin ortaya çıkarılmasıdır.

Ankette hastaların hastanede kalışları boyunca deneyimledikleri mekanların işlevselliği, estetik, konfor ve güvenliğiyle ilgili yargılara ait verileri elde etmek amacıyla yönelik sorular yer almıştır. Hasta yatak katları ve hasta odalarındaki kullanıcı mekan ilişkisinin incelendiği ve bu kapsamda mekanların fiziksel ve çevresel özelliklerinin kullanıcının memnuniyeti ve güvenliği bağlamında irdelendiği bu çalışmada; Gaziantep Özel Primer Hastanesi ve Amerikan Hastanesi inceleme alanları olarak seçilmiştir. Seçilen bu hastanelerde kullanıcı memnuniyeti ve güvenliğinin ne kadar sağlandığının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

Gaziantep Özel Primer Hastanesi, 3000m² alan üzerine kurulu, toplam 6900m² kapalı alana sahip bir sağlık kuruluşudur. 2007 yılında kurulan hastane 34 uzman doktor, 380 sağlık ve destek personeliyle hizmet vermektedir.

6900m² kapalı alanı olan hastanede, 33 hasta odası, Yoğun Bakım, Kardiyoloji, Yeni Doğan olmak üzere 3 bakım ünitesi, 4 ameliyathanesi ve 69 toplam yatak ile yılda 204.000 hastaya hizmet vermekte ve yılda 4800 ameliyat gerçekleştirilmektedir.



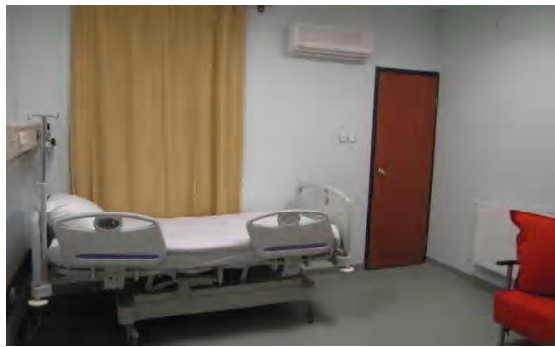




Şekil 6.2 Gaziantep Primer hastanesi

1879 yılında kurulan Amerikan hastanesi, 1997 yılından itibaren Sağlık Eğitim Vakfı (SEV) çatısı altına geçerek hizmet vermeye devam etmektedir. 25 bölümden oluşan hastanede 37'si hekim olmak üzere 304 personel görev yapmaktadır. 13.634 m² alan üzerine kurulu Amerikan hastanesi yapılan revizyon çalışmaları ile yenilenmiştir. Cerrahi, Koroner ve Genel Yoğun Bakım ünitelerinde 6 yatak ve 1 izole oda bulunmaktadır. Yenidoğan Yoğun Bakım ünitesi de 6 küvözle hizmet vermektedir. Tam donanımlı 4 ameliyathanesive 50 hasta odası bulunmaktadır. Yılda ortalama 10.000 ameliyat gerçekleştirilmektedir.

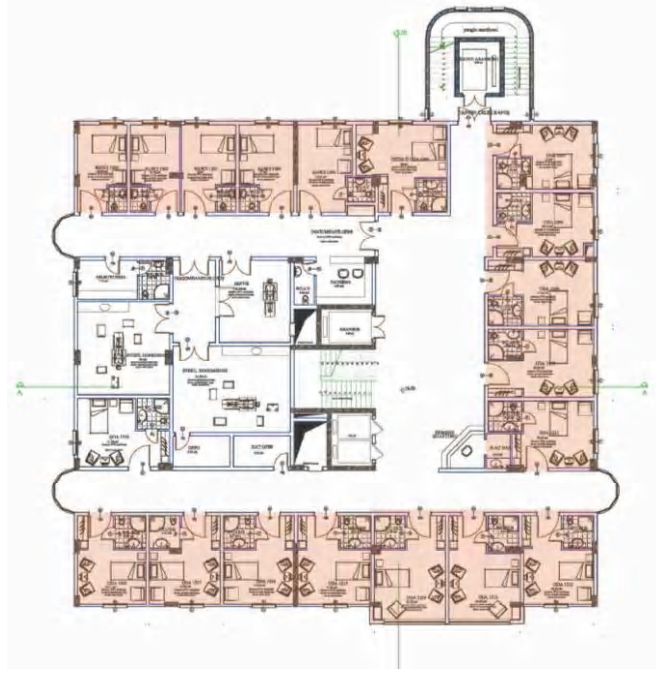




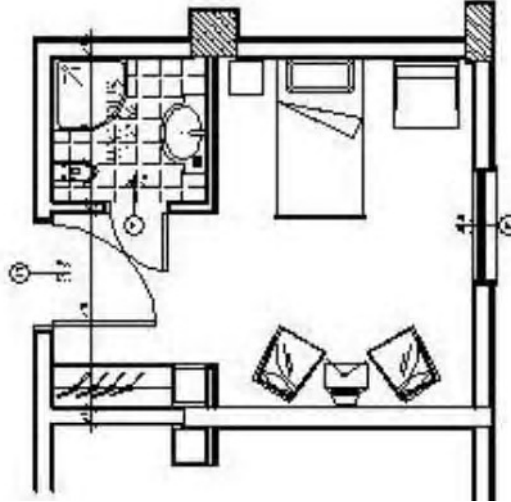
Şekil 6.3 Gaziantep Amerikan hastanesi

6.5 Hastane Yatak Katları Plan Şemaları ve Oda Çizimleri

B hastanesi;

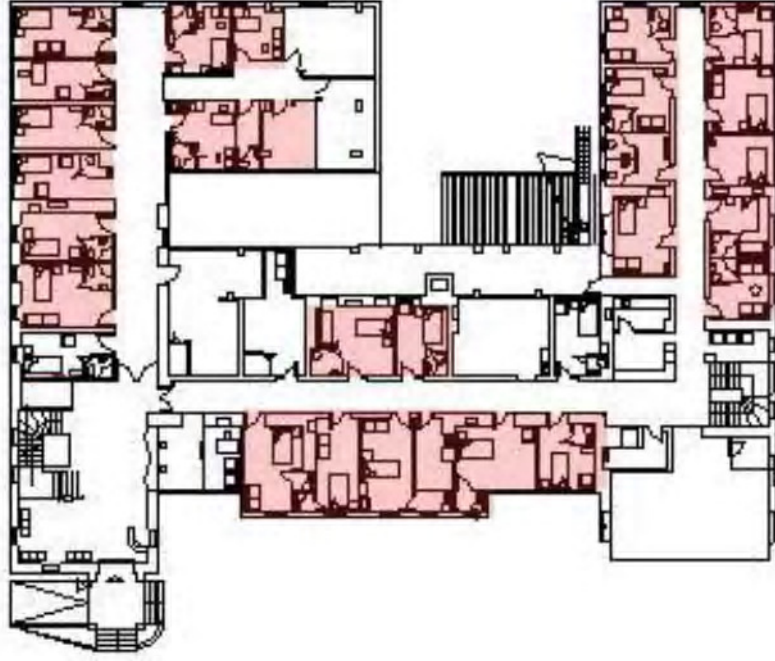


Şekil 6.4 Plan şeması içinde hasta odalarının konumu

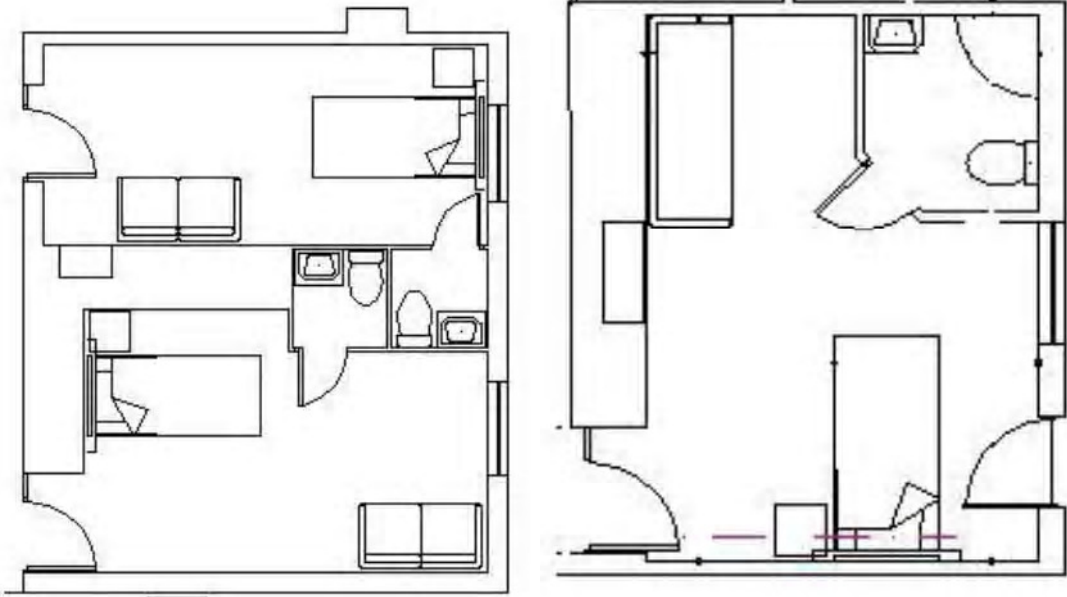


Şekil 6.5 Hasta odası planı

A Hastanesi;



Şekil 6.6 Plan şeması içinde hasta odalarının konumu



Şekil 6.7 Hasta odası planları

6.6 Değerlendirme Sonuçlarının Analizi ve Yorumlanması

Yapılan anket çalışmasının sonuçları SPSS programında analiz edilmiştir. Hastaneler karışık bir sıra içerisinde A hastanesi ve B hastanesi olarak adlandırılmıştır.

Hasta anketlerinde yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach's alfa değeri 0,883 olarak bulunmuş ve böylece hasta anketleri sonuçlarında %88 güvenilirliğin bulunduğu tespit edilmiştir.

6.6.1 Hasta Yanıtları Ortalama Tabloları

	A	B	GENEL
1. Hasta odaları kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?	4,79	4,94	4,87
2. Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?	5,38	4,89	5,14
3. Mahremiyet hem görsel hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?	5,09	4,83	4,96
4. Hasta yatağı, gardrop, yatak başında duran bir raf veya komidin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?	5,04	4,36	4,70
5. Tekerlekli sandalye ve serum askısıyla oda içinde rahatça dolaşmak mümkün mü?	4,53	4,47	4,50
6. Hasta odalarında kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?	4,89	4,53	4,71
7. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?	4,36	4,47	4,42
8. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?	4,06	4,14	4,10
9. Hasta odaları özürülüler için uygun tasarlanmış mı?	4,49	3,61	4,05
10. Yatak katlarında el dezenfeksiyonu ile ilgili bir düzenleme var mı? (Evet: 1 Hayır : 2 olarak alınmıştır.)	1,06	1	1,03

Estetik ve Konfor

1. Hasta odalarında gün ışığının yeterince içeri alındığını düşünüyor musunuz?	4,74	5,2	4,97
2. Hasta odalarında dışarıyı görebilmeniz için pencere büyüklükleri yeterli mi?	4,91	5,08	5
3. Odalarda dışarıyı görüş, manzara düşünülmüş mü?	4,53	4,06	4,29
4. İç mekan tasarımı rahatlatıcı mı?	4,57	4,2	4,38

Odalarda kullanılan renkler sizce uygun mu? (Sıcak:1, Nötr: 2, Soguk: 3 olarak alınmıştır.)	1,85	2,06	1,95
5. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde ve yeterince kullanılmış mı? Sanatsal öğelerin (tablo vb.) soyut eserler mi yoksa somut eserler mi olmasını tercih ederdiniz? (soyut : 1, somut: 2 olarak alınmıştır.)	3,64	2,7	3,17
6. Malzeme seçimi estetik mi?	4,72	4,08	4,40
7. Isısal konfor sağlanmış mı?	5,53	4,7	5,11
8. Odalarda rahatsız edici kokulara (ilaç ,tuvalet, yemek vb.) karşı önlem alınmış mı?	4,64	4,7	4,65
9. Işıklandırma, gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?	4,91	4,86	4,89
10. Banyo havalandırması iyi yapıyor mu?	4,28	4,47	4,37
11. Banyo ses açısından izole ediliyor mu?	4,47	4,39	4,43
12. Refakatçiler için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?	4,086	3,89	3,99
13. Yatak katlarında dolaşım alanlarında estetik öğeler yeterince kullanılmış mı?	3,77	2,5	3,13

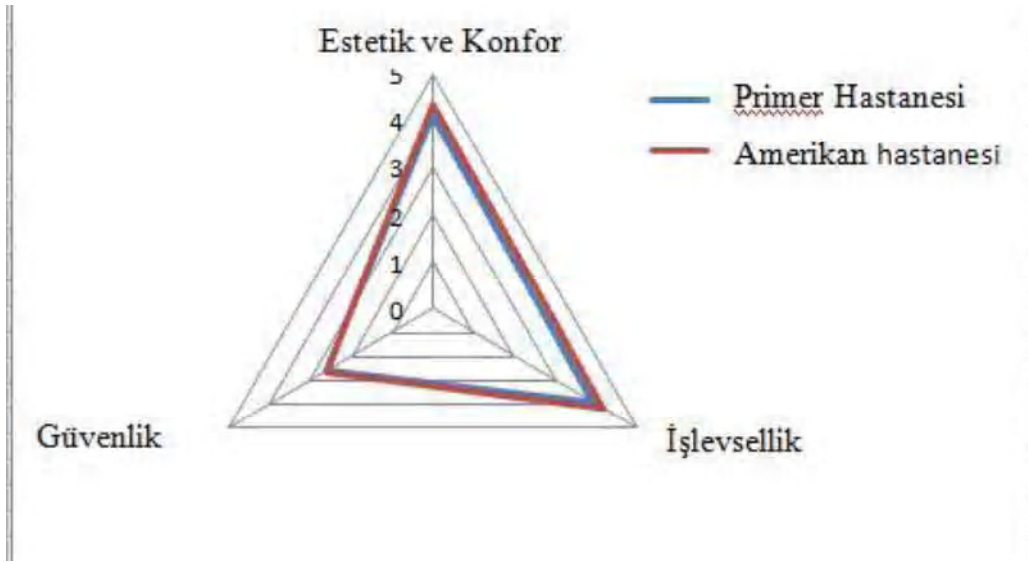
Güvenlik

1. Hasta odalarında hiç düşme yaşadınız mı?	2	1,97	1,99
2. Hemşirelerin gelip yanlış bir uygulam yaptığı oldu mu?	1,94	1,97	1,95
3. Güvenlikle ilgili başka sıkıntılarınız oldu mu? Hasta odasında işlevselliğin önemli olduğuna ne ölçüde katılıyorsunuz?	2	1,94	1,97
Hasta odasında güvenliğin önemli olduğuna ne ölçüde katılıyorsunuz?	3,23	3,33	3,28
Hasta odasında estetiğin önemli olduğuna ne ölçüde katılıyorsunuz?	3,51	4,22	3,87
Hasta odasında rahatlığın önemli olduğuna ne ölçüde katılıyorsunuz?	1,49	1,58	1,54
Hasta odasında mahremiyetin önemli olduğuna ne ölçüde katılıyorsunuz?	3,47	3,06	3,26
Hasta odasında mahremiyetin önemli olduğuna ne ölçüde katılıyorsunuz?	3,3	2,75	3,02

6.6.2 Ortalama Radar Tablosu ve Frekans Tablolarının Değerlendirilmesi

Çalışma yapılan iki hastanenin, araştırılan parametrelerde aldıkları değerleri net bir biçimde görebilmek ve hastanelerin birbirlerine göre durumlarını karşılaştırabilmek açısından, işlevsellik, estetik, konfor ve güvenlik başlıklarının altına giren soru yanıtlarının ortalamalarının ortalaması alınarak bir radar tablosu oluşturulmuştur. Oluşturulan radar tablosunda, her iki hastanenin aldıkları ortalama değerler farklı renkte ifade edilmiştir. Her iki hastanede de işlevsellik, estetik ve konfor ve güvenlik sorularına verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir.

Çizelge 6.1 Hasta yanıtları radar çizelgesi



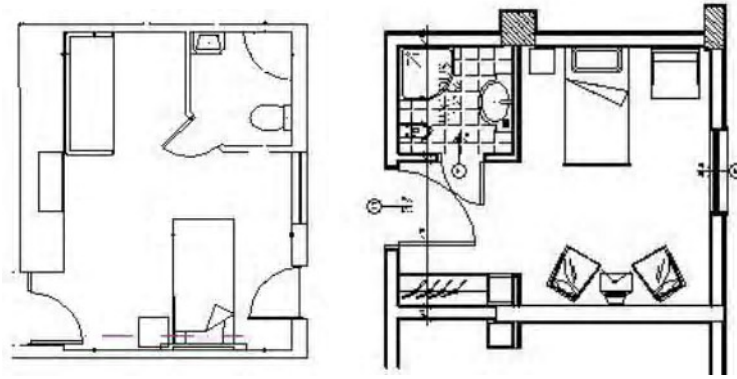
İşlevselliğe İlişkin Değerlendirme;

Her iki hastaneden, “hasta odaları kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?” sorusuna hastaların verdiği yanıtlar arasında cinsiyete göre önemli bir farklılık bulunmadığı görülmüştür. A hastanesindeki hastaların %86,1’i bu soruyu iyi, çok iyi veya mükemmel şeklinde cevaplarırken, B hastanesindeki hastaların ise %88,9’unun yanıtı iyi, çok iyi veya mükemmel olmuştur.

“Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?” sorusu için hastaların verdiği yanıtların hastanelere göre farklı olduğu gözlemlenmiştir. A hastanesindeki hastaların %86,5’i çok iyi veya mükemmel yanıtını vermişlerdir. B hastanesinde ise, hastaların kümülatif olarak %72,2’sinin çok iyi veya mükemmel yanıtını verdikleri görülmüştür.

Her iki hastane de ayrı ayrı dikkate alındığında “Mahremiyet hem görsel hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?” sorusuna verilen cevaplarda önemli bir farklılık gözlemlenmemiş, bununla birlikte kadın hastalar kümülatif olarak %75 oranında çok iyi veya mükemmel yanıtını verirken, erkek hastalarda bu oran %68,6 olarak hesaplanmıştır.

“Hasta yatağı, gardrop, yatak başında duran bir raf veya komidin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?” sorusu incelendiğinde her iki hastane için verilen cevaplarda önemli bir farklılık olduğu belirlenmiştir. A hastanesindeki hastaların kümülatif olarak %72,4’ü çok iyi veya mükemmel bulunduğunu belirtmiştir. B hastanesi incelendiğinde ise, kadın hastaların kümülatif olarak % 50’si çok iyi veya mükemmel bulurken bu oran erkek hastalarda %33,3’e kadar düşmüştür. Erkek hastaların % 61,1’inin cevabı orta veya iyi şeklinde olduğu belirlenmiştir. A ve B hastaneleri hasta odaları planları şekil 6.8’de verilmiştir.



Şekil 6.8 A ve B hastaneleri hasta odası planları

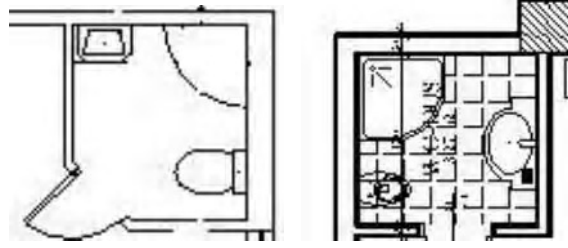
A ve B hastaneleri analizlerindeki bu farklılık farklı oda tiplerinin bulunmasından kaynaklanabilir. Kadın hastaların erkek hastalara kıyasla odanın işlevselliğine daha çok önem verdikleri söylenebilir.

“Tekerlekli sandalye ve serum askısıyla oda içinde rahatça dolaşmak mümkün mü?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirilmek istendiğinde; A hastanesindeki hastaların kümülatif olarak %54,5’i, B hastanesi hastaların ise %47,5’i bu soruyu çok iyi ya da mükemmel şeklinde cevaplandırmıştır. Sonuçlar, her iki hastane odalarının tekerlekli sandalye ile tam olarak ulaşılabilir olmadığını gösteriyor.

“Hasta odalarında kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?” sorusu incelemeye alındığında; A hastanesindeki hastaların %75’i bu soruyu çok iyi ya da mükemmel

şeklinde cevaplandırırken, B hastanesinde ise hastaların, kümülatif olarak %72'sinin bu soruya verdikleri yanıt çok iyi ya da iyi yönünde olmuştur. Her iki hastanede de tercih edilen malzemelerin hastalar tarafından kullanışlı bulunduğu söylenebilir.

“Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?” sorusu için verilen cevaplar göz önünde bulundurulduğunda; A hastanesinde hastaların %64'ü bu soruyu çok iyi veya mükemmel olarak değerlendirmekle birlikte, bu oran B hastanesindeki hastalarda %39 olarak hesaplanmıştır. A ve B hastanelerinin banyo planları şekil 6.9'da verilmiştir.



Şekil 6.9 A ve B hastaneleri hasta odaları banyo planları

“Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; A hastanesindeki hastaların kümülatif olarak %60'ı bu soruyu çok iyi veya mükemmel olarak yorumlamıştır. B hastanesi için ise; hastaların kümülatif olarak % 86'sının cevabı orta, iyi ya da çok iyi olarak değerlendirmiştir. Şaşırtıcı bir şekilde B hastanesinde kötü ya da çok kötü yanıtını veren hastaya rastlanmamıştır. Bu soru için A hastanesinde duş alanı için hasta düşmelerini önleyecek ve hastaların rahat duş almalarını sağlayacak gerekli düzenlemenin tam olarak yapılmadığını söyleyebiliriz.

“Hasta odaları özürllüler için uygun tasarlanmış mı?” sorusunun cevapları incelendiğinde; A hastanesinde hastaların kümülatif olarak %62,4'ü bu soruyu çok iyi veya mükemmel, %26,4'ü de orta ve iyi olarak değerlendirmiştir. B hastanesindeki kadın ve erkek hastaların kümülatif olarak %94,5'inin cevabı orta ya da iyi olmuştur. B hastanesinde bu soruya çok kötü veya kötü yanıtını veren hastaya rastlanmamıştır.

“Yatak katlarında el dezenfeksiyonu ile ilgili bir düzenleme var mı?” sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde; A hastanesindeki bayan hastaların %90'ının, erkek hastaların tamamının yanıtı evet olmuştur. B hastanesinde ise bu soruya hayır diyen hasta bulunmamaktadır. Yapılan analizler sonucunda her iki hastane için, hasta yatak katlarında el dezenfeksiyonuyla ilgili bir düzenlemenin mevcut olduğunu söyleyebiliriz.

Estetik ve Konfora İlişkin Değerlendirme;

Her iki hastane dikkate alınarak araştırma yapıldığında hastaneler arasında önemli bir fark görülmemekle birlikte “Hasta odalarında gün ışığının yeterince içeri alındığını düşünüyor musunuz?” sorusu için; A hastanesindeki bayan hastaların %83,4’ü erkek hastaların % 82,3’ü bu soruyu iyi, çok iyi veya mükemmel olarak değerlendirmiştir. Şaşırtıcı bir şekilde B hastanesindeki hastaların tamamı bu soruyu iyi, çok iyi ya da mükemmel olarak nitelendirdikleri tespit edilmiştir. Bu soru için yapılan analiz sonuçlarına göre her iki hastanede hasta odalarının gün ışığını kolayca ve hastalarının gereksinimlerini karşılayacak oranda içeri alındığı tespit edilmiştir.

Hasta odalarında dışarıyı görebilmek için pencere büyüklüklerini yeterli bulan hastalarda A ve B hastaneleri için önemli bir fark görülmemekle birlikte A hastanesindeki hastaların kümülatif olarak %87,5 B hastanesindeki hastaların %100’ü bu soruyu iyi, çok iyi veya mükemmel olarak nitelendirmiştir. A hastanesinde kullanılan pencere yüksekliği 1.70 cm, B hastanesinde kullanılan pencere yüksekliği ise 1.50 cm dir.

Her iki hastane dikkatle incelendiğinde “Odalarda dışarıyı görüş, manzara düşünülmüş mü?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, A hastanesinde net bir yargıya varılamamakla birlikte kadın hastalardan kötü veya çok kötü yanıtına rastlanmamış ve erkek hastalardan ise % 5,9’u kötü ya da çok kötü şeklinde değerlendirmede bulunmuştur. B hastanesinde ise kümülatif olarak kadın hastaların %88,9’u, erkek hastaların ise %72,3’ü bu soruyu orta veya iyi olarak değerlendirmiştir. Hastalarla yapılan görüşmelerde odalarda dışarıyı görüş, manzaranın düşünülmesiyle ilgili bu soruda A hastanesindeki hastalar arasında farklılıklar olduğu görülmüştür, hastalar arasındaki görüş farklılıkları A hastanesindeki farklı plan tiplerinden kaynaklandığını söyleyebiliriz. Hastalarla yapılan görüşmelerde dış dünyayla bağlantılarının olması onların daha pozitif hissetmelerini sağladığını ortaya çıkarmıştır.

Her iki hastanede de hastaların büyük bir kısmı iç mekan tasarımı rahatlatıcı bulduklarını ifade etmişlerdir. Hastanelere ve cinsiyete göre önemli bir farklılık yoktur. Odalarda kullanılan renk tercihleri ise; A hastanesindeki kadın hastaların %53,3’ü, erkek hastaların %47,1’i nötr renkler kullanılması yönünde olurken, B hastanesindeki kadınlar ortalama olarak sıcak, nötr ya da soğuk renkler kullanılmasını, erkek hastalar ise %61,1 oranında nötr renkler kullanılmasını önermişlerdir. Bu soru için yapılan analiz sonucunda her iki hastane içinde, hastaların nötr renkleri tercih ettikleri söylenebilir. Ayrıca, A

hastanesindeki hastalar malzemelerde (koltuk vb.) kullanılan kumaşların dokuları ya da duvar kağıtlarının dokuları tercihleri arasında göz yormayan, kasvet vermeyen, kolay temizlenebilen, kullanıma elverişli, canlı renkler ya da deri olması yönünde olmuştur. B hastanesinde ise hastaların tercihlerinin ise; deri, antibakteriyel, sağlam, kolay temizlenebilen, sade, kullanıma elverişli, göz yormayan, çiçek desenli, açık renkli, huzur verici, geometrik desenli veya dinlendirici yönünde olduğu tespit edilmiştir. Ev konforunda düzenlenen hasta odalarının hastalar üzerinde psikolojik etkilere sahip olduğu ve dolayısıyla stresi azaltarak rahatlamlarını sağlaması yapılan analiz sonucunda ortaya çıkmıştır.

“Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde ve yeterince kullanılmış mı?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; A hastanesindeki kadın ve erkek hastaların verdiği yanıtlarda genel olarak net bir yargıya varılamamış, tüm seçeneklere ortalama cevaplar verildiği görülmüştür. B hastanesinde ise hastaların kümülatif olarak %89’u bu soruyu kötü, orta veya iyi şeklinde değerlendirmeyi uygun görmüşlerdir. Hastaların sanatsal öğe tercihlerinin ise A hastanesindeki hastaların %54,3’ünün somut eserler olduğu görülürken, B hastanesinde hastaların %69,4’ü tercihlerini somut eserlerden yana kullanmayı uygun görmüşlerdir. Buna ek olarak, B hastanesindeki hastaların rahatlatıcı ve doğa resmi kullanılmasını istendiği de saptanmıştır. Her iki hastane için, hastaların büyük çoğunluğunun somut eserleri tercih ettiği, soyut ve grafik anlatımlı resimlerden hoşlanmadıkları söylenebilir.

A hastanesindeki hastaların kümülatif olarak %82,5’i, malzeme seçiminin estetikliğini iyi, çok iyi ya da mükemmel olarak değerlendirirken, B hastanesindeki hastaların %83,3’ü malzeme seçiminin estetikliğini orta, iyi ve çok iyi şeklinde değerlendirmiştir. Çalışma yapılan her iki hastanede duvarlar su bazlı saten boya, döşemelerde pvc esaslı kaplama, koltuklar da ise kumaş kaplama tercih edilmiştir. Bu bağlamda, her iki hastane arasında malzeme seçiminin estetikliği konusunda önemli bir farklılık olmadığı söylenebilir.

Hastaneler ayrı ayrı incelendiğinde hastaların verdiği yanıtlara değerlendirilirken ısısal konforun sağlanması sorusunda, cinsiyete göre anlamlı bir farklılık yoktur. A hastanesindeki hastaların kümülatif olarak %93,2’sinin cevabı çok iyi ya da mükemmel şeklinde olurken, B hastanesindeki hastaların kümülatif olarak %88,9’unun, cevabının iyi ya da çok iyi olduğu saptanmıştır.

“Odalarda rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet, yemek vb.) karşı önlem alınmış mı?”

sorusuna verilen yanıtlar değerlendirilmek istendiğinde; hastaneler arasında önemli bir farklılık gözlemlenmemiştir. Bununla beraber her bir hastanede cinsiyete göre verilen cevaplarda farklılık olduğu belirlenmiştir. A hastanesindeki kadın hastaların kümülatif olarak %83,3'ünün, erkek hastaların %76,5'inin cevabı iyi, çok iyi ya da mükemmel şeklinde olurken, B hastanesindeki kadın hastaların kümülatif olarak %88,9'unun, erkek hastaların %94,4'ünün cevabı iyi, çok iyi ya da mükemmel olduğu saptanmıştır.

Gerek hastanelerin ayrı ayrı incelenmesinde gerekse cinsiyete göre incelemede hastalar odaların ışıklandırma, gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlandığını %91,75 ortalamaıyla çok iyi bulduklarını belirtmişlerdir.

A hastanesindeki hastaların %73,3'ü, banyo havalandırması iyi, çok iyi ya da mükemmel yapıyor şeklinde cevap verirken, B hastanesinde ise hastaların %80,5'i banyo havalandırması iyi ya da çok iyi yapıyor şeklinde cevap vermiştir..

Banyoların ses açısından iyi izole edildiğini ifade eden hastalarda A ve B hastaneleri için önemli bir fark görülmemekle birlikte A hastanesindeki hastaların kümülatif olarak %78,4'ü ve B hastanesindeki kadın ve erkek hastaların %88,9'u bu soruyu iyi, çok iyi veya mükemmel olarak nitelendirmiştir.

“Refakatçiler için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?” sorusuna verilen yanıtlarda, her iki hastane için istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamış, bununla birlikte cinsiyetlere göre verilen yanıtların farklı olduğu belirlenmiştir. A hastanesindeki kadın hastaların kümülatif olarak %59,9'u, erkek hastaların %70,5'i ve B hastanesindeki kadın hastaların %61,1'i ve erkek hastaların %72,2'si bu soruyu iyi, çok iyi veya mükemmel olarak nitelendirdiği tespit edilmiştir. Sonuç olarak erkek hastaların bayan hastalara göre refakatçi düzenlemelerine daha çok önem verdiğini söyleyebiliriz.

“Yatak katlarında dolaşım alanlarında estetik öğeler yeterince kullanılmış mı?” sorusuna verilen yanıtlar değerlendirmeye alındığında; A hastanesindeki kadın hastaların %60'ı orta ve iyi olarak cevap verirken, erkek hastaların %64,7'si orta ve iyi olarak cevap vermiştir. B hastanesinde ise, kadın hastaların %50'si orta ve iyi cevabını verirken, erkek hastaların %61,2'si orta ve iyi olarak cevap vermiştir. Bu soru için yapılan analizlere göre kadın hastaların estetiğe daha çok önem verdiklerini, estetik ve sanatsal öğelerin kullanımıyla ilgili kriterlere dikkat ettiklerini söyleyebiliriz.

Güvenliğe İlişkin Değerlendirme;

A hastanesindeki bayan hastalardan iki, erkek hastalardan bir tanesi hemşirelerin gelip yanlış bir uygulama yaptığını ileri sürmüştür. Hemşirelerin ilk günlerde ilgisiz davrandığı, serum takılırken sorun yaşandığı ve fazla kan alındığı yönünde ibareler belirtilmiştir. B hastanesinde ise sadece bir bayan hasta fazla kan alındığı belirtirken, diğer hastalar hemşirelerin gelip yanlış bir uygulama yapmadığını ileri sürmüştür.

A hastanesindeki hiçbir hasta güvenliğe ilişkin başka sorunlarının bulunmadığını belirtmiştir. B hastanesinde ise erkek hastaların güvenlikle ilgili başka sıkıntılarının olmazken, iki bayan hasta sıkıntı yaşadığını ileri sürmüştür. Sıkıntılardan bir tanesi hemşire çağrı cihazında sorun olduğu yönünde, diğeri ise şifreli kilit sistemi kullanılması yönünde olmuştur.

Hastalardan hasta odasından beklentilerini önem sırasına göre sıralanması istendiğinde bu konuya ilişkin bir faktör analizi yapılmış ve her iki hastanede en çok önem verilen beklentiler aşağıda belirtilmiştir.

Çizelge 6.2 Hasta yanıtları faktör analizi yorumları

	A hastanesi	B hastanesi	Genel
1. Faktör	İşlevsellik Güvenlik	Güvenlik	Güvenlik İşlevsellik
2. Faktör	Rahatlık Estetik	İşlevsellik Rahatlık Estetik	Rahatlık Estetik
3. Faktör	Mahremiyet	Mahremiyet	Mahremiyet

Hastalar için her iki hastanede de güvenlik ve işlevsellik faktörlerinin öne çıktığı görülmektedir. Mahremiyet ise 3. faktör olarak yer almaktadır.

İşlevsellik, güvenlik, rahatlık, estetik ve mahremiyet seçeneklerinin herbir hastane için cinsiyete göre krosstab'ları çizilip değerlendirildiğinde ortaya çıkan sonuç şu şekildedir: İşlevselliği 1. sırada değerlendiren hasta oranları A hastanesinde %26,7 bayan, % 29,4 erkek, B hastanesinde %11,1 bayan, % 33,3 erkek şeklinde olmuştur. Güvenliği 1. sırada değerlendiren hasta oranları A hastanesinde %33,3 bayan, %17,6 erkek, B hastanesinde

%50 bayan, %50 erkek şeklinde olmuştur. Estetiği her iki hastanede büyük bir çoğunlukla 5. sırada değerlendirmiştir, oranları şu şekildedir; A hastanesinde %70 bayan, %76,5 erkek, B hastanesinde %66,7 bayan, %61,1 erkek olarak tespit edilmiştir. Rahatlığı 1. sırada değerlendiren hasta yüzdeleri ise; A hastanesinde %16,7 bayan, %41,2 erkek, B hastanesinde %16,7 bayan, %11,1 erkek şeklindedir. Mahremiyeti ilk sırada değerlendiren hasta yüzdeleri A hastanesinde %20 bayan, %17,6 erkek, B hastanesinde %11,1 bayan, %5,6 erkek olarak nitelendirildiği tespit edilmiştir.

6.6.3 Araştırmacı Gözlemleri ve Değerlendirmeleri

Oluşturulan kontrol listesi araştırmacı tarafından ayrıca uygulanmış ve gözlemler de yapılarak değerlendirilmiştir. Bu bölümde dikkate değer bulunan konulara yer verilmektedir. Oluşturulan kontrol listesinin araştırmacı tarafından uygulanan tam hali ek C' de verilmiştir.

Hasta odaları, işlevsellik başlığı altında incelendiğinde, özellikle hasta odalarının banyolarında, oturan ve tekerlekli sandalyedeki hastaların tutunmaları için trabzan bulunmadığı, oda ve banyodaki aynaların bu hastalar tarafından rahat kullanılmasını sağlayacak önlemlere çok dikkat edilmediği görülmektedir. Odalarda, hasta düşmelerini azaltmak ve hastaların rahat hareket edebilmelerini sağlamak amacıyla tasarımda gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Banyoda gerekli tıbbi malzemelerin depolanacağı yeterli alan bulunmadığı, odalarda pencere büyüklükleri yeterli olmasına rağmen bazı yatakların konumundan dolayı hastaların dışarıyı göremedikleri de dikkat çeken noktalardandır. Odalarda estetik ve sanatsal öğelerin kullanımıyla ilgili kriterlerinde yeterince göz önünde bulundurulmadığı söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; Yakın gelecekte, ‘sağlıklı olma’ kavramının yayılması, hastanelerin, herkes tarafından her gün başvuru alan 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. Hastane binalarının birincil işlevi, hasta teşhis ve bakımı olmakla birlikte, hastanın sosyal ve psikolojik gereksinimlerine cevap verebilecek nitelikte olmasıdır. Çalışmada; hastane tasarımlarında hasta gereksinimlerinin dikkate alınması bağlamında, hastaların güvenliği ve memnuniyeti için gerekli işlevsel, estetik ve güvenlik gereksinimleri karşılayacak koşullar incelenmiştir.

Alan çalışmasında yapılan araştırma ve analizler; hasta odalarının tekerlekli sandalye ile tam olarak ulaşılabilir olmadığı, estetik ve sanatsal öğelerin kullanımıyla ilgili kriterlerin yeterince göz önünde bulundurulmadığı gibi eksiklikleri ortaya koyarken, hastaların hasta yatak katlarında el dezenfeksiyonu ile ilgili düzenlemelerin mutlaka bulunması gerektiği, odalarda çoğunlukla nötr renklerin tercih edilmesinin iyileşme süreci üzerinde pozitif etkileri olduğu, odalarda ve yatak katlarında estetik öğelerin kullanılmasının hastalar üzerinde olumlu psikolojik etkileri olduğu, ev sıcaklığını hissetmelerinin, korku, endişe ve stresi azaltarak rahatlamalarını sağladığı, hastaların büyük çoğunluğunun hasta odalarında ve yatak katlarında dolaşım alanlarında soyut ve grafik anlatımlı resimlerden somut eserleri tercih ettikleri ve refakatçilerle ilgili düzenlemelerin yapılması konularına önem verdikleri sonucuna varılmasını sağlamıştır. Hastalar için her iki hastanede de hasta odalarında güvenlik ve işlevsellik faktörlerinin öne çıktığı, rahatlık, mahremiyet ve en son olarak da estetiğin önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

Gelecekte tasarlayacağımız hasta yatak katları ve hasta odalarının; yukarıda belirtilen

konularda kullanıcı ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için uygun tasarım standartları oluşturulmalı ve mevzuatta yer bulmalıdır. Ayrıca bu hastane odaları ruhsat almış hasta odaları olduğuna göre; ruhsatla ilgili mevzuata engelliler için uygun standartların eklenmesi gerekmektedir.

Gelecekte tasarlayacağımız hasta yatak katları ve hasta odalarında kullanıcı memnuniyeti ve güvenliği bağlamında dikkat edilmesi gereken uygun tasarım kriterleri aşağıda verilmiştir.

Oda, hasta bakımı için gerekli zaman, hareket ve eforu en aza indirecek şekilde ve bireysel konfor ihtiyaçlarını, görüntü denetimini, kişisel yer, mahremiyet, teknoloji, aydınlatma, eğlence ve ıssal ortamı en iyi sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır.

Hasta odaları sürekli engelleri bulununan pek çok hastanın kolaylıkla, kullanabileceği şekilde tasarlanmalı, eğimler hareket kolaylığı sağlayacak kadar düz ve koridorlar iki tekerlekli sandalye kolaylıkla geçebileceği kadar geniş olmalıdır.

Hastaneler birbirleriyle ilişkili fonksiyonlardan oluşan karmaşık sistemler olduğundan, hastane içi sirkülasyonun büyük oranda denetlenmesi gerekir. Standart ayakta tedavi gören hasta rotaları basit ve net bir şekilde tanımlanmış olmalıdır. Ziyaretçilerin diğer fonksiyonel alanlara girmeden her bir hasta bakım ünitesine giden basit ve net bir rotayı takip etmesi gerekir. Hasta ve ziyaretçiler endüstriyel/ lojistik alan veya katlardan ayrılmalıdır. Kadavraların morga giriş ve çıkışı hasta ve ziyaretçilerin görüş açısının dışında gerçekleşmelidir.

Oda, hasta, aile ve personel için en iyi sağlık sonuçları ve durumunu desteklemelidir. Sürdürülebilir yüzey, döşeme, ve malzemeler kullanılarak sağlıklı bir iç mekan ortamı temin edilmelidir. Uygun olduğu yerlerde bol doğal ışık alımı ve iç alanlarda doğal gün ışığına çok yaklaşan ışık düzeltmeli aydınlatma kullanılması gerekir. Her hastanın yatağından ve mümkün olan her yerden dış ortamın görünmesinin sağlanması; doğal manzara fotoğrafları, dış mekan görünümünün mevcut olmadığı yerlerde faydalıdır.

Odanın ilk kullanımı için öngörülen 'ideal' çözümlerin, gelecekte ortaya çıkabilecek daha ileri hedeflere ulaşması için gerekebilecek ihtiyaçları, hasta profillerini, faaliyet ve etkinlikleri tatmin etmeyeceği bilinmektedir. Tıbbi ihtiyaçlar ve tedavi yöntemleri değişmeye devam edeceğinden, hastaneler; alan planlama ve yerleşim düzeni modler konseptlerini takip etmeli, büyük ölçüde spesifik oda büyüklükleri ve planlarından ziyade,

mümkün olduğunca genel olanları kullanmalı, modüler, kolay erişilebilir ve kolaylıkla uyarlanabilir mekanik ve elektrik sistemleriyle donatılmalıdır.

Hasta odası tasarlanırken hasta güvenliği ile ilgili kriterlerin de göz önünde bulundurulması gerekir. Pencereden veya kapıdan hastanın başının görünmesi, hemşire istasyonlarından hastanın başının görünmesi, hasta yatağından tuvalete olan yoldaki olası engellerin düşünülerek hastanın güvenliğini sağlamak için gerekli önlemler alınmalıdır.

Hasta odalarında enfeksiyon yayılmasını önlemek için bazı önlemler alınmalıdır. Hasta odalarının girişine ve tüm üniteye göze çarpan noktalara lavabo veya el temizleyicilerinin konulması, kişisel koruyucu tertibat, ekipman'ın küçük gruplar halindeki hasta odalarının dışına yerleştirilmesi gerekir. Personel tarafından sıklıkla dokunulduğu ve hasta mahremiyeti için kullanılan kabin perdelerinin kullanımının azaltılması, onun yerine özel olarak işlenen kumaşlar veya tek kullanımlık perdelerin tercih edilmesi gerekmektedir.

Hasta odaları tasarlanırken hastaların güvenliği için hastaların düşmelerini de göz önünde bulundurarak gerekli önlemlerin alınması gerekir. Aydınlatma seviyesinden zemin tipine kadar değişen çevresel faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekir. Sürekli izlenmesi gereken hastaları birbirine yakın odalara yerleştirmek, banyoya erişimde trabzanın bulunması gibi küçük detayların düşünülmesi, banyoda eşik kullanılmaması, merkezden uzaklaştırılmış hemşire istasyonları daha iyi görüş açısı sağladığından, standart ve akutluk uyumlu odalar da hasta nakil sayısını azaltarak düşmeyi önlemede tasarım iyileştirmelerini ön plana çıkardığı için tercih edilmesi gerekir.

Merkezi olmayan hemşire istasyonları hasta bakıcıları koridorun sonuna değil hasta odasının dışına yerleştirmektedir. İlaçlar, malzemeler ve hasta kayıtlar artık hemşire ile hasta arasında daha fazla etkileşim yaratacak şekilde, her odadan kolayca ulaşabilecek uzaklıktadır. Bakım istasyonunun merkezi olmaktan uzaklaştırılması eğilimi, müdahale süresini, hizmet ve güvenliği arttırmış, personelin koridor boyunca gidip gelirken katettiği yürüme mesafesini azaltmıştır. Son yıllarda her iki hasta oda arasına yerleştirilen bakım istasyonlarının tercih edilmesi hasta memnuniyeti ve güvenliği açısından önemli tasarım kriterlerindedir.

Hastanelerin temizliği ve bakımı da kolay olmalıdır. Detayların dikkatli yapılması, steril tutulması gereken alanlarda özel materyal, yüzey ve detayların kullanılması ve uygun yerlerde yeni antimikrobiyal yüzeylerin kullanılması düşünülmelidir.

Hasta odalarının, ev benzeri, çekici bir ortam oluşturacak şekilde tasarlanması hem personelin moralinin hem de hasta bakımının daha iyi olmasına, hastaların kendilerini daha iyi hissetmelerine ve daha hızlı iyileşmelerine katkıda bulunması açısından önemlidir. Bu yüzden, doğal ışık, doğal malzeme ve dokuların daha fazla kullanılması, sanatsal objelerin hasta odası ve bekleme alanlarında kullanılması gibi konulara daha çok özen gösterilmelidir.

Refakatçinin hasta odası içinde televizyonu görebilmesi için doğal görüş hattına sahip olması, hasta yatağına yakın olması ve oturma alanından hastanın başını rahatça görebilmesi gerekir.

Hastanın başucuna erişimde yeterli personel alanı olmalı, hasta etrafında dolaşımında ekstradan hasta bakımı yardımı için ilave yer olmalı, tek kişilik odalarda yatak etrafında, ayak kısmı ve her iki yanında 110 cm'lik bir açıklık bulunmalıdır. Toplam olarak tek yataklı oda için hasta yatağı ve çevresinin 16m²'lik bir alan kaplaması, el yıkama/ duş / WC için 4,5 m²'lik ve tıbbi çalışma, dolap ve refakatçi içinde yaklaşık olarak 3m² 'lik alanlar yeterli olmaktadır. Birden fazla yatak bulunan odalarda donanıma ve yataklara geçiş mümkün olacak şekilde her yatağın ayak kısmının önüne 110 cm, 2 yatak arasında 120 cm'lik bir açıklık olmalıdır.

Personel engellere takılmaksızın yatak etrafında hareket edebilmeli, ekipman için yeterli alan olmalı, malzemelere erişimde hasta odasının bitişiğinde veya içinde malzemeler için yer olmalı, odalarda bilgi erişimi için bilgisayara esnekliği olmalı, tıbbi personelin muayene öncesi ve sonrasında ellerini yıkadığı el yıkama alanları olmalı ve bu alanlar kapının girişinde personelin evrak işlerini yürüttüğü alandan ayrı olmalıdır.

Hasta odaları banyolarında, kapalı veya açık bir duşun bulunması, hastanın etrafında yeterli erişim alanının bulunması ve obez hastalar için gerekli yer gereksinimlerinin hesaba katılarak gerekli düzenlemelerin de yapılması gerekir.

KAYNAKLAR

-
- [1] 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.
- [2] Ak, B., (1984). Hastane İdaresi ve Organizasyonu II, Ders Notu, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu, Ankara.
- [3] Çetinkaya, F., (1985) Hastanelerin Dış Çevreye Uyumluluğu Açısından Örgütsel Değişme, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- [4] Cox, A. ve Groves, P., (1990). Hospitals And Health-Care Facilities A Design And Development Guide, Butterworth Architecture.
- [5] Önal, F. ve Önal, B., (2000). Hastane Yapıları Gelişim Süreçleri Ve Tasarım İlkeleri Bağlamında Değerlendirilmesi, 3.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiri Kitabı Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara.
- [6] Özdemir, H., (1976). Hastane Binaları Plan Analizi Metodu ve Araştırma Parametirleri, Tubitak Yayınları, Yay No: a.32.
- [7] Hacıhasanoğlu, I., (1990). Genel Hastanelerde Bir Kapasite Belirleme Yöntemi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İTÜ Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- [8] Aydın, D., (2001). Genel Hastanelerde Teknolojik Gelişmelerin Bina İhtiyaç Programına Etkilerinin Araştırılması, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- [9] Ergenoğlu, A.S. , (2006). Sağlık Kurumlarının İyileştiren Hastane Anlayışı ve Akreditasyon Bağlamında Tasarımı ve Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- [10] Miller, R. L. ve Swensson E. S., (2002). Hospital and Healthcare Facility Design, W. W. Norton Company, New York.
- [11] Miller, R. L. ve Swensson E. S., (2002). Hospital and Healthcare Facility Design, W. W. Norton Company, New York.
- [12] The History of Patient Room, [http:// www.wbdg.org/design/hospital.php](http://www.wbdg.org/design/hospital.php) (27 Nisan 2010)
- [13] Thompson, D. John ve Grace, G., (1975). ‘The Hospital: A Social and Architectural History’ ,Yale University Press
- [14] 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.

- [15] 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.
- [16] Kazanasmaz, T., (2009). Design Efficiency in Inpatient Facilities of Hospitals, Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- [17] Özbay, H., (1996). “Hastanelerin Mekansal Değişimi”, Mimar Dergisi, TSMD Yayınları, Ankara: 6 - 7.
- [18] Tüker, Ç., (1996). An Analysis of General Hospitals and Developments Affecting Change in Design, Yüksek Lisans Tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- [19] Özbay, H., (1996). “Hastanelerin Mekansal Değişimi”, Mimar Dergisi, TSMD Yayınları, Ankara: 6 – 7.
- [20] Berge, A., (1976). “Sağlık yapılarının evrimi”, Mimarlık Dergisi, 8: 22 – 25.
- [21] Tipi, Ç. B., (2007). Tıp Fakültesi Hastanelerinin Erişilebilirlik, Kullanışlılık ve Kullanıcı Memnuniyeti Kapsamında Değerlendirmesine Yönelik Bir Yöntem Önerisi”, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- [22] Günsür, Ş., (1994). “Programming for the new developments in hospital design; a proposal for Urfa children hospital”, Yüksek Lisans Tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 83, 106 – 112.
- [23] Özbay, H., (1996). “Hastanelerin Mekansal Değişimi”, Mimar Dergisi, TSMD Yayınları, Ankara: 6 – 7.
- [24] Hacıhasanoğlu, I., (1990). Genel Hastanelerde Bir Kapasite Belirleme Yöntemi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İTÜ Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- [25] Gainsborough, H. ve J., (1964). Principles of Hospital Design. The Architectural Press, London.
- [26] Agron, G., (1978). ‘Research and application in Veterans Administration Hospital Design and Construction in: Hospitals and Health Care Facilities’, An Architectural Record Book: 21-32.
- [27] Miller, R.L. ve Swensson, E.S., (1995). New Directions in Hospital and Healthcare Facility Design, McGraw-Hill, Inc, Hong Kong.
- [28] Düzgüneş, A., (2003). Case Study Report Form: A Handbook for Architects, Metu Faculty of Architecture Printing Workshop, Ankara.
- [29] Ergenoğlu, A.S., (2006), Sağlık Kurumlarının İyileştiren Hastane Anlayışı ve Akreditasyon Bağlamında Tasarımı ve Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, YTÜ Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- [30] 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.
- [31] Miller, R. L., ve Swensson, E. S., (2002). Hospital and Healthcare Facility Design, W. W.Norton Company, New York.
- [32] Rawlings, S., AIA, LEED, AP, White, D., (2005), Beyond The Universal Patient Room, <http://www.healthcaredesignmagazine.com>, 15 Mayıs 2010.

- [33] Ulrich, R. Zimring, C. Quan, X. ve Joseph, A., (2006). 'The Environment's Impact on Stress. In S. Marberry (Eds.), *Improving Healthcare with Better Building Design*', Health Administration Press: 37-61.
- [34] American Nurses Association, (2001). *Handle with Care Campaign*. Retrieved February 21, 2008.
- [35] Carayon, P., (2007). *Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety*, Lawrence Erlbaum Associates, London
- [36] Connell. (1996). 'Role of environment in Fall Prevention', *Gait Balance Disord*, 12: 859-880.
- [37] Hendrich, A.L., (1995). *Falls, Immobility, and Restraints, A Resource Manual*. MO: Mosby Publishing, St Louis.
- [38] Institute of Medicine, Committee on The Work Environment for Nurses and Patient Safety, Board on Health Care Services, (2004). *Keeping patients safe: Transforming The Work Environment of Nurses*, National Academies Press, A. Washington, D.C.
- [39] Reiling, J., (2007). *Safe By Design: Designing Safety in Health Care Facilities, Processes, and Culture*, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- [40] Ulrich , R. Quan, X. Zimring, C. Joseph, A. ve Choudhary, R., (2004). *The Role of The Physical Environment in The Hospital of The 21st Century: A once in a Lifetime Opportunity*, College of Architecture, Georgia Institute of Technology.
- [41] Bobrow, M., ve Thomas, J., (2000). *Multibed versus single-bed rooms, 'Building Type Basics for Healthcare Facilities'*: 145-157, New York.
- [42] Gallant, D., ve Lanning, K., (November, 2001). 'Streamlining Patient Care Processes Through Flexible Room and Equipment Design and Critical Care Nursing Quarterly', 24(3): 59-76.
- [43] Hendrich, A.L., (2005). *Transforming Current Hospital Design: Engineering Concepts Applied to the Patient Care Team and Hospital Design*.
- [44] Tumulty, G., Jernigan, I.E., ve Kohut, G.F., (1994). 'The Impact of Perceived Work Environment on Job Satisfaction of Hospital Staff Nurses', *Applied Nursing Research* 7(2): 84-90.
- [45] Chaudhury, H., Mahmood, A., ve Valente, M., (2005). 'Advantages and Disadvantages of Single versus Multiple Occupancy Rooms in Acute Care Environments', *Environment and Behavior*, 37(6): 760-786.
- [46] Kıran, A. , (1987). *Rengin Psikolojik Etkilerinin İncelenmesi ve Deneysel Psikoloji Yöntemi ile Ülkemiz İçin 18-25 Yas Arası Renk Tercihinin Saptanması*, Doktora Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- [47] T.C Sağlık Bakanlığı, (2010). *Özel Hastaneler Yönetmeliği*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- [48] Dalke, H., Little, J., Niemann, E., Camgöz, N., Steadman, G., Hill, S. ve Stott, L., (2005) 'Colour and Ligthing in Hospital Design', *Optic and Laser Technology*, 38:343-365.
- [49] Çivi, Ç., (1988). *Çocuk Hastanesi, Hasta Bakım Üniteleri Kullanıcı*

Gereksinmelerinin Saptanması Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- [50] Vickery G.C., Trends in Patient Unit Design, <http://www.healthcaredesignmagazine.com>, Healthcare Design 2010 October.
- [51] Maze, C., AIA, LEED AP., One of The More Controversial Factors in Planning The Configuration of The Ideal Patient Room is The Location of The Toilet Room, <http://www.healthcaredesignmagazine.com>, 25 Mayıs 2010.
- [52] One of The Ideal Patient Room Prototype Presentation, http://www.arch.ttu.edu/people/faculty/alajlouni_r/classes/fall%202008/ARCH%205691/students/Harrington/Research/APerformanceBased_presentation.pdf, 12 Mart 2010.
- [53] Douglas, C., Steele, A., Todd, S., ve Douglas, M., (2002). 'Primary Care Trusts, A Room with a View', Source Health Service Journal, 112(5827): 28-29.
- [54] Kirk, S., (2002). 'Patient Preferences for a Single or Shared Room in a Hospice', Nursing Times, 98(50): 39-41.
- [55] Pease, N. J. F., ve Finlay, I. G., (2002). 'Do Patients and Their Relatives Prefer Single Cubicles or Shared Wards?' Palliative Medicine, 16(5): 445-446.
- [56] Reid, E. A., ve Feeley, E. M., (1973). 'Roommates', American Journal of Nursing, 73(1): 104-107.
- [57] Bobrow, M. ve Thomas, J., (1994). 'Hospitals' Prosperity Should be by Design', Modern Healthcare, 24(47): 54.
- [58] Burden, B., (1998). 'The Use of Curtain Positioning Strategies within The Maternity Ward Environment as a Means of Achieving and Maintaining Privacy, or as A Form of Signaling to Peers and Professionals In An Attempt to Seek Information or Support', Journal of Advanced Nursing, 27(1): 15-23.
- [59] Morgan, D., ve Stewart, N., (1999). 'The Physical Environment of Special Care Units, Needs of Residents with Dementia from The Perspective of Staff and Family Caregivers', Qualitative Health Research, 9(1): 105-119.
- [60] Dolce, J. J., Doleys, D. M., Raczynski, J. M. ve Crocker, M. F., (1985). 'Narcotic Utilization for Back Pain Patients Housed In Private and Semi Private Rooms', Addictive Behavior, 10: 91-95.
- [61] Lawson, B. ve Phiri, M., (2000). 'Hospital Design, Room for Improvement', Health Service Journal, 110(5688): 24-26.
- [62] Ulrich, R. S. (2003). 'Creating A Healing Environment with Evidence Based Design', Paper presented at the American Institute of Architects Academy of Architecture for Health Virtual seminar Healing Environments, October 10.
- [63] Kulik, J. A., Moore, P. J., ve Mahler, H. I. M., (1993). Stress and Affiliation: 'Hospital Roommate Effects On Preoperative Anxiety and Social Interaction', Health Psychology, 12: 118-124.
- [64] Hilton, B. A., (1985). 'Noise In Acute Patient Care Areas. Research In Nursing and Health, 8: 283- 291.
- [65] Ulrich, R. S., (2003). 'Creating A Healing Environment with Evidence Based

- Design', Paper presented at the American Institute of Architects Academy of Architecture for Health Virtual seminar, Healing Environments, October 10.
- [66] Bobrow, M., ve Thomas, J., (2000). 'Multibed versus Single Bed Rooms', Building Type Basics for Healthcare Facilities: 145-157.
- [67] Gallant, D., ve Lanning, K., (2001). 'Streamlining Patient Care Processes Through Flexible Room and Equipment Design', Critical Care Nursing Quarterly, 24(3): 59-76.
- [68] Hill-Rom. (2002). The Patient Room of The Future, IN: Hill-Rom Publications.
- [69] Spear, M., (1997). 'Designing The Universal Patient Care Room', Journal of Healthcare Design, 9: 81-83.
- [70] Shumaker, S.A. ve Pequegnat, W., (1989). 'Hospital Design, Health Providers, and The Delivery of Effective Health Care, Advances In Environment, Behavior and Design, 2: 161-202.
- [71] Baker, C. F., Garvin, B.J., Kennedy, C.W. ve Polivka, B.J., (1993). 'The Effect of Environmental Sound and Communication on CCU Patients' Heart Rate and Blood Pressure' Research in Nursing and Health, 26: 415-421.
- [72] Cys, J., (1999). 'Want Healthy Patients?', AHA News, 35(12): 9.
- [73] Hilton, B. A., (1985). 'Noise in Acute Patient Care Areas', Research in Nursing and Health, 8: 283- 291.
- [74] Shumaker, S. A. and Reizemstein, J. E., (1982). 'Environmental Factors Affecting Inpatient Stress in Acute Care Hospitals', Environmental stres: Cambridge, London: Cambridge University Press, 179-223.
- [75] Cabrera, I. N., & Lee, M. H. M., (2000). 'Reducing Noise Pollution in The Hospital Setting by Establishing A Department of Sound: A Survey of Recent Research on The Effects of Noise and Music in Health Care', Preventive Medicine, 30: 339-345.
- [76] Baum, A., & Davis, G., (1980). 'Reducing The Stress of High Density Living: An Architectural Intervention', Journal of Personality and Social Psychology, 38: 471-481.
- [77] D'Atri, D. A., (1975). 'Psychophysiological Responses to Crowding', Environment and Behavior, 7(2): 237-252.
- [78] Hill-Rom., (2002). 'The Patient Room of The Future', IN: Hill-Rom Publications.
- [79] Ulrich, R. S., (2003). Creating a Healing Environment with Evidence Based Design, Paper presented at the American Institute of Architects Academy of Architecture for Health Virtual seminar Healing Environments, October 10.
- [80] Bilchik, G. S., (2002). 'A Better Place to Heal', Health Forum Journal, 45(4): 10-15.
- [81] Bobrow, M., & Thomas, J., (2000). 'Multibed versus Single Bed Rooms', Building Type Basics for Healthcare Facilities, 145-157.
- [82] Morrissey, J., (1994). 'Cooperative Care Acutely Less Costly, Modern Healthcare, 24(38): 32-35.
- [83] Anderson, J. D., Bonner, M., Scheifele, D. W., and Schneider, B. C., (1985). 'Lack of Nosocomial Spread of Varicella in A Pediatric Hospital with Negative Pressure

- Ventilated Patient Rooms, *Hospital Infection*, 6(3): 120-121.
- [84] Muto, C. A., Jernigan, J. A., Ostorowsky, B. E., Richet, H. M., Jarvis, W. R., Boyce, J. M., and Farr, B. M., (May, 2000). 'SHEA Guideline for Preventing Nosocomial Transmission of Multidrug Resistant Strains of *Staphylococcus Aureus* and *Enterococcus*, *Infection Control and Epidemiology*', 24(5): 362-386.
- [85] O'Connell, N. H., and Humphreys, H., (2000). 'Intensive Care Unit Design and Environmental Factors in The Acquisition of Infection', *Journal of Hospital Infection*, 45(4): 255-262.
- [86] Jones, W. J., Simpson, J. A., and Pieroni, R. E., (1991). 'Preventing Falls in Hospitals', 69(3): 30-33.
- [87] Sutton, J. C., Standen, P. J., and Wallace, W. A., (1994). 'Patient Accidents in Hospital: Incidence, Documentation and Significance', *British Journal of Clinical Practice*, 48(2): 63-66.
- [88] Tutuarima, J. A., van der Meulen, J. H., de Haan R.J., van Straten, A., and Limburg, M., (1997). 'Risk Factors for Falls of Hospitalized Stroke Patients', *Stroke*, 28(2): 297-301.
- [89] Hendrich, A.L., (1995). *Falls, Immobility, and Restraints: A Resource Manual*, St Louis, MO: Mosby Publishing.
- [90] Langner, D., (1996). 'Accident Analysis in A Busy Surgical Ward, *Curationis*', 19(3): 52-53.
- [91] Pullen, R., Heikaus, C., and Fusgen, I., (1999). 'Falls of Geriatric Patients at The Hospital', *Journal of The American Geriatrics Society*, 47(12):1481.
- [92] Ulrich, R. S., (2003). *Creating A Healing Environment with Evidence Based Design*, Paper presented at the American Institute of Architects Academy of Architecture for Health Virtual seminar Healing Environments, October 10.
- [93] Retsas, A., and Pinikahana, J., (2000). 'Injury of Nurses due to Transfer of Patient, Manual Handling Activities and Injuries among Nurses: An Australian Hospital Study', *Journal of Advanced Nursing*, 31: 875-883.
- [94] Engkvist, I.L., Kjellberg, A., Wigaeus, H.E., Hagberg, M., Menckel, E., and Ekenvall., (2001). 'Back Injuries among Nursing Personnel Identification of Work Conditions with Cluster Analysis, *Safety Science*', 37: 1-18.
- [95] Cahnman, S.F., 'Key Considerations In Patient Room Design, Part 2: The Same Handed Room', *Healthcare Design Magazine*, http://www.healthcaredesignmagazine.com/Past_Issues.htm?CD=998, 15 Nisan 2006.
- [96] Berry, L.L., Parker, D., Coile, R.C. Jr, Hamilton, D.K., O'Neill, D.D., Sadler, B.L., (2004). 'The Business Case for Better Buildings', *Frontiers of Health Services Management*, 21(1): 3-24.
- [97] Hendrich, A.L., Bender, P.S., and Nyhuis, A., (2003). 'Validation of The Henrich's II Falls Risk Model: A Large Concurrent Case/Control Study of Hospitalized Patients', *Applied Nursing Research*, 16: 9-21.

TÜRKİYE'DEKİ HASTA ODASI TASARIM STANDARTLARI

Hasta Odaları;

Madde1 Hasta odalarının, doğrudan ve yeterli gün ışığı ile aydınlanabilecek konumda, taban ve duvarlarının düzgün ve kolay temizlenebilecek nitelikte ve dezenfeksiyona elverişli olmaları şarttır. Hasta odalarının kapı genişliği, en az bir metre on santimetre olarak, hasta odalarındaki tuvalet ve banyo kapıları da dışa açılacak şekilde düzenlenir. (16 / 42 usk.com.tr)

Madde 2 İki hasta yatağı bulunan odaların, hasta yatağı başına düşen asgarî alan ölçülerine uygun olmak kaydıyla, gerektiğinde kullanılmak üzere uygun biçimde ayrılabilir olmaları gerekir. Bir odada ikiden fazla hasta yatağı bulunamaz. (Değişik dördüncü fıkra: RG-13/04/2003-25078)

Doğrudan gün ışığı almayan, ziyaretçilerin ve hastane personelinin yoğun kullandığı, hastanın sıhhat ve istirahatını olumsuz tarzda etkileyecek mekanlarda hasta odası olamaz. (Ek beşinci fıkra:RG-21/10/2006-26326)

Özel hastanelerde, hasta kabul ve tedavi edilen her uzmanlık dalı için en az bir hasta yatağı ayrılır. (Ek altıncı fıkra:RG-21/10/2006-26326) Hasta odalarında her yatak için ayrı olmak üzere, merkezi oksijen ve vakum tesisatı bulunur. (Değişik yedinci fıkra:RG-21/10/2006-26326)

Özürlü hastalar için, hasta yatak sayısı otuz ve altında olan özel hastanelerde en az bir olmak kaydıyla ve ilave her otuz hasta yatağına bir eklenmek suretiyle, ilgili mevzuata uygun nitelikte özürlü hasta odası tesis edilir. Özürlü hasta odalarında bulunan ıslak hacimler özürlülerin kullanımına imkan verecek şekilde düzenlenir.

Hasta Yatakları;

Madde 1 Hasta yatağı, hastaların yirmi dört saatten az olmamak üzere bakım ve tedavilerinin sağlanması amacıyla yatırıldığı, hasta odalarına veya hastalara devamlı tıbbi bakım hizmeti verilen birimlere yerleştirilen yataklardır. (Ek:R.G.-11/3/2009-27166)

Yoğun bakım, prematüre ve yeni doğan ünitesindeki yataklar (kuvöz, açık bebek yatağı) ile yanık merkezi ve yanık odalarındaki yataklar, hasta yatak sayısına dahil edilir. Ancak;

- Yeni doğan sağlıklı bebek sepetleri ve transport kuvözler,
- Doğum için kullanılan doğum masaları ve sancı odası yatakları,
- Poliklinik, acil ve laboratuvarlarda muayene, küçük müdahale, gözlem ve hastaların istirahatı için kullanılan sedye ve yataklar,
- Anestezi odası ve ameliyathanelerde, ameliyat öncesi uyuma ve bekleme için kullanılan yataklar,
- Ameliyat sonrası bakım (uyandırma) odası yatakları,
- Kemoterapi, radyoterapi, girişimsel radyoloji, genel ve lokal anestezi, intravenöz, infüzyon, inhalasyon ve sedasyon işlemleri ile diyaliz tedavisi gibi yirmi dört saatten daha az bir zaman dilimi içinde yapılan tedaviler için kullanılan günlük tedavi yatakları,
- Hastanede nöbetçi personel için ayrılan yataklar,
- Refakatçi yatakları hasta yataklarına dahil değildir.

Hemşire İstasyonları;

Madde 1 Özel hastanelerde, hastalara anında ulaşabilmek ve hasta bakımını sağlamak üzere; yataklı hasta katlarında, koridor ve hasta odalarına hâkim bir konumda lavabosu ve ilaç hazırlama alanı bulunan ve koridorun genişliğini etkilemeyecek şekilde, en az bir hemşire istasyonu kurulması şarttır (Değişik:RG-21/10/2006-26326). Ayrıca hemşire istasyonunda, her hasta odası ile bağlantısı olan hasta çağrı sistemi bulunur. (17 / 42 usk.com.tr)

Özel hastanelerde, yataklı hasta katlarında, kliniklerin özelliğine göre gereken donanıma sahip olan ve yatan hastaların muayene ve tedavilerinin yapıldığı servis

muayene odası veya bölümü düzenlenebilir.

Hasta Başına Ayrılacak Alanlar;

Madde 1- Özel hastanelerde yatacak hastalar için hasta odalarında hasta yatağı başına ayrılması gereken asgarî alan ölçüleri aşağıda gösterilmiştir:

- Tek yataklı hasta odaları en az dokuz metrekare,
- İki yataklı odalar, hasta yatağı başına en az yedi metrekare, (Değişik:RG-21/10/2006-26326)
- Çocuk hastalar için ayrılmış olan odalar, hasta başına en az altı metrekare,
- Çocuğu ile yatan lohusalar için tek yataklı odalar en az oniki metrekare ve iki yataklı odalar, yatak başına en az on metrekare, çok yataklı odalar, yatak başına en az on metrekare, (Değişik:RG-21/10/2006-26326)
- Yoğun bakım üniteleri, yoğun bakım yatağı başına en az on iki metrekare,
- Yeni doğan yoğun bakım üniteleri, yoğun bakım yatağı başına en az altı metrekare (Ek:RG-13/04/2003-25078),
- Gözlem odasında gözlem yatağı başına en az altı metrekare düşer. (Ek:RG-21/10/2006-26326)

HASTA ANKET FORMU

Anketin, tedavi gördüğünüz hastanenin **HASTA ODALARI** ile ilgili görüşlerinizi bizimle paylaşmanızı rica ediyoruz.

Soruların karşlarına, 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.

Vaktiniz ve sabrınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Anıl Tanrıtanır - Yıldız Teknik Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi- Yüksek Lisans Öğrencisi, Mimari Tasarım Sorunları Bilim Dalı

Örnek 1 _____

X	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

MESLEĞİNİZ _____

CİNSİYETİNİZ _____

HASTANEDE KALIŞ SÜRENİZ _____

İŞLEVSELLİK

1. Hasta odaları kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
2. Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
3. Mahremiyet hem görsel hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
4. Hasta yatağı, gardırop, yatak başında duran bir raf veya komidin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
5. Tekerlekli sandalye ve serum askısıyla oda içinde

rahatça dolaşmak mümkün mü?

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

6. Hasta odalarında kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

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

7. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?

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

8. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?

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

9. Hasta odaları özürllüer için uygun tasarlanmış mı?

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

10. Yatak katlarında el dezenfeksiyonu ile ilgili bir düzenleme var mı?

evet hayır

ESTETİK VE KONFOR

1. Hasta odalarında gün ışığının yeterince içeri alındığını düşünüyor musunuz?

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

2. Hasta odalarında dışarıyı görebilmeniz için pencere büyüklükleri yeterli mi?

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

3. Odalarda dışarıyı görüş, manzara düşünülmüş mü?

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

4. İç mekan tasarımı rahatlatıcı mı?

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

Odalarda kullanılan renkler sizce nasıl olmalıydı?

Sıcak (kırmızı, turuncu, sarı)

Soğuk (mavi, yeşil)

Nötr (beyaz ve tonları)

Malzemelerde (koltuk vb.) kullanılan kumaşların dokuları ya da duvar kağıtlarının dokuları sizce nasıl olmalıydı?.....

5. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde ve yeterince kullanılmış mı?

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

Sanatsal öğelerin (tablo vb.) soyut eserler mi ()

yoksa somut eserler mi (natürmont) olmasını tercih ederdiniz?.....

6. Malzeme seçimi estetik mi?

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

Değilse ne malzeme tercih ederdiniz?.....

7. Isısal konfor sağlanmış mı?

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

8. Odalarda rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet, yemek vb.) karşı önlem alınmış mı?

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

9. Işıklandırma, gereksiz parlama ve göz alıcılığı

önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?

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

10. Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?

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

11. Banyo ses açısından izole ediliyor mu?

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

12. Refakatçiler için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

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

Değilse ne gibi düzenlemeler yapılmalıydı?.....

13. Yatak katlarında dolaşım alanlarında estetik öğeler

kullanılmış mı?

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

GÜVENLİK

1. Hasta odalarında hiç düşme yaşadınız mı?

evet hayır

Nasıl ?.....

2. Hemşirelerin gelip yanlış bir uygulama yaptığı oldu mu?

evet hayır

Olduysa ne gibi?.....

3. Güvenlikle ilgili başka sıkıntılarınız oldu mu?

evet hayır

Olduysa ne gibi?.....

4. Hasta odasından beklentilerinizi önem sırasına göre sıralarsanız hangisi ilk sırada yer alır?

İşlevsellik

Güvenlik

Estetik

Rahatlık

Mahremiyet (işitsel ve görsel)

KONTROL LİSTESİNİN TAMAMININ HER İKİ HASTANEDE UYGULANMASI

HASTA ODALARI

1. İşlevsellik	A	B
1. Hasta odaları kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?	5	3
<input type="checkbox"/> Hasta yatağı, gardırop, yatak başında duran bir raf veya komodin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan vardır.	E	H
2. Tekerlekli sandalye ve serum askısıyla oda içinde rahatça dolaşmak mümkün mü?	4	3
<input type="checkbox"/> Oda ve banyodaki aynalar, oturan veya tekerlekli sandalyedeki hastalar tarafından da kullanılabilir.	H	H
<input type="checkbox"/> Oda ve banyodaki elektrik prizleri tekerlekli sandalyedeki hastalar tarafından da ulaşılabiliyor.	E	E
3. Banyoda tekerlekli sandalyedeki hastalar için kullanım düşünülmüştür.	4	2
<input type="checkbox"/> Banyolardaki raflar, tekerlekli sandalyedeki hastaların da kullanabileceği gibi konumlandırılmıştır.	E	H
4. Hasta odalarında kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?	4	4
<input type="checkbox"/> Kullanılan malzemelerin tamiri kolay ve ekonomiktir.	E	E
5. Yatak kontrolü, hemşire çağırma düğmesi, ışık ve televizyon kontrol düğmelerinin kullanımı kolay ve anlaşılabilir.	4	4

<input type="checkbox"/> Yatak kontrolü, hemşire çağırma düğmesi, ışık ve televizyon kontrol düğmelerine hasta tarafından kolayca erişilebilir.	E	E
<input type="checkbox"/> Düğmeler gece kullanılmak için ışıklandırılmıştır.	H	H
<input type="checkbox"/> Düğmeler her iki elle de kullanılabilir.	E	E
<input type="checkbox"/> Telefon, her iki elle de ulaşılabilir ve kullanılabilir durumdadır.	E	H
<input type="checkbox"/> Yatak üstündeki masa rahat kullanılır.	E	E
<input type="checkbox"/> Yatak üstündeki masanın yüksekliği hastaların kişisel durumlarına göre ayarlanabilir.	E	E
6. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?	E	H
<input type="checkbox"/> Odaların banyolarındaki batarya ve düğmeler kolayca anlaşılabilir.	E	E
<input type="checkbox"/> Banyodaki raflar, hastaların temizlik malzemelerini kolayca alabilecek büyüklüktedir.	E	E
<input type="checkbox"/> Duşta havlu ve elbise askıları duş teknesinin hemen yanında fakat su gelmeyecek bir konumdadır.	E	E
<input type="checkbox"/> Banyo tezgahı, hastanın klozette otururken de kullanabileceği gibi tasarlanmıştır.	E	E
<input type="checkbox"/> Banyoda, gerekli tıbbi malzemelerin depolanacağı bir alan mevcuttur.	H	H
7. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?	E	H
<input type="checkbox"/> Duş alanı, hastanın tekerlekli sandalyeden direk duş taburesine geçebileceği şekilde tasarlanmıştır.	H	H
<input type="checkbox"/> Ele alınabilen duş başlığı mevcuttur.	E	E
<input type="checkbox"/> Duş bataryaları ve duş başlığına hem ayakta hem de oturur pozisyonda ulaşılır.	E	H
<input type="checkbox"/> Duşta sabun ve şampuan hem oturan hem de ayaktaki hastanın rahatça ulaşabileceği konumdadır.	E	E
<input type="checkbox"/> Duş için ayrılan alanda, hastaya yardımcı olmak üzere iki kişilik daha yer mevcuttur.	E	H
8. Hasta odaları özürülüler için uygun tasarlanmış mı?	H	H
9. Yatak katlarında el dezenfeksiyonu ile ilgili bir düzenleme var mı?	E	E
2. Estetik ve Konfor		
1. Hasta odalarında gün ışığının yeterince	5	4

içeri alındığını düşünüyor musunuz?		
2. Hasta odalarında dışarıyı görebilmeniz için pencere büyüklükleri yeterli mi?	4	3
3. Odalarda dışarıyı görüş, manzara düşünülmüş mü?	5	3
<input type="checkbox"/> Hasta odalarının pencereleri mümkün olduğunca büyüktür.	E	H
<input type="checkbox"/> Mümkünse, sokak kotunda yer alan aktiviteler pencerelerden görülebilir.	E	E
<input type="checkbox"/> Perdeler hasta ve ziyaretçiler tarafından kolayca idare edilebilir.	E	E
<input type="checkbox"/> Perdeler, odanın geceleri tamamen karanlık olmasını sağlar.	E	E
4. Hasta odaları mahremiyete önem verecek şekilde tasarlanmıştır.	4	4
<input type="checkbox"/> Oda kapısı, baş tarafı yerine ayakucu tarafında mı konumlandırılmıştır.	E	E
<input type="checkbox"/> Hasta odalarındaki malzemelerin sesi yutan malzemeler olmasına dikkat edilmiştir.	E	E
<input type="checkbox"/> Hasta odalarının yakınlarındaki mekanlar sessiz işlemlere sahiptir.	E	E
5. İç mekan tasarımı rahatlatıcı mı?	5	3
6. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde ve yeterince kullanılmış mı?	2	2
<input type="checkbox"/> Odalardaki sanat eserlerinin konumları, yataktan rahatça görülebilecek şekildedir.	H	H
<input type="checkbox"/> Kullanılan sanat eserleri, soyut eserler olmaktan çok natürmortlar ve diğer tasvirlerden mi oluşmaktadır.	H	H
7. Malzeme seçimi estetik mi?	5	3
8. Isısal konfor sağlanmıştır.	5	5
9. Odalarda rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet,yemek vb) karşı önlem alınmıştır.	5	4
10. Işıklandırma, gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?	5	5
<input type="checkbox"/> Aydınlatma düğmeleri, hem hasta hem de personel için kolay ulaşılabilir.	E	E
<input type="checkbox"/> Hasta yatağının yakınında gece lambası mevcuttur.	H	H

11. Banyo havalandırması iyi yapılır.	4	4
12. Banyo ses açısından izole ediliyor mu?	5	5
13. Refakatçiler için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?	5	4
14. Yatak katlarında dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?	2	2

3. Güvenlik

1. Odalardaki donatılar sivri köşelerden arındırılmıştır.	4	4
<input type="checkbox"/> Gece kullanımı için, odada ve banyoda gece ışığı ve ışıklandırılmış düğmeler mevcuttur.	H	H
2. Banyo kapısı dışarıdan açılabilir.	H	H
<input type="checkbox"/> Banyoda dışarıdan geçen borular yanık ve diğer yaralanmaları engelleyecek şekilde izole edilmiş ve konumlandırılmıştır.	E	E
<input type="checkbox"/> Banyodaki raflar sivri köşelerden arındırılmıştır.	E	E
<input type="checkbox"/> Banyo küveti/duş teknesi yerler kaymayan bir malzemeyle kaplanmıştır.	E	E
<input type="checkbox"/> Duş alırken ayakta duramayanlar için bir duş taburesi mevcuttur.	E	E
<input type="checkbox"/> Duş taburesi kaymayan bir malzemedendir.	E	E
<input type="checkbox"/> Banyoda tutunma barları mevcuttur.	H	H
<input type="checkbox"/> Tutunma barları hasta duş taburesinden kalkarken, tekerlekli sandalyeden tuvalete veya duş taburesine geçerken ve ayakta dururken, hastanın ağırlığını taşıyabilecek güçte ve tasarımıdadır.	H	H
<input type="checkbox"/> Klozette oturan bir hasta tarafından ulaşılabilecek acil durum düğmesi mevcuttur.	H	H

HASTA YANITLARI FREKANS TABLOLARI

1. Hasta odaları kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid çok kötü	1	1,2	1,2	1,2
kötü	3	3,6	3,6	4,8
orta	6	7,2	7,2	12,0
iyi	16	19,3	19,3	31,3
çok iyi	28	33,7	33,7	65,1
mükemmel	29	34,9	34,9	100,0
Total	83	100,0	100,0	

2. Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kötü	2	2,4	2,4	2,4
orta	5	6,0	6,0	8,4
iyi	8	9,6	9,6	18,1
çok iyi	30	36,1	36,1	54,2
mükemmel	38	45,8	45,8	100,0
Total	83	100,0	100,0	

3. Mahremiyet hem görsel hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kötü	3	3,6	3,6	3,6
orta	6	7,2	7,2	10,8
iyi	14	16,9	16,9	27,7
çok iyi	27	32,5	32,5	60,2
mükemmel	33	39,8	39,8	100,0
Total	83	100,0	100,0	

4. Hasta yatağı, gardırop, yatak başında duran bir raf veya komidin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu için yeterli alan var mı?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid çok kötü	1	1,2	1,2	1,2
kötü	2	2,4	2,4	3,6
orta	13	15,7	15,7	19,3
iyi	17	20,5	20,5	39,8
Çok iyi	18	21,7	21,7	61,4
mükemmel	32	38,6	38,6	100,0
Total	83	100,0	100,0	

5. Tekerlikli sandalye ve serum askısıyla oda iinde rahatça dolaşmak mümkün m?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ok kt	2	2,4	2,4	2,4
kt	2	2,4	2,4	4,8
orta	14	16,9	16,9	21,7
iyi	22	26,5	26,5	48,2
ok iyi	20	24,1	24,1	72,3
mükemmel	23	27,7	27,7	100,0
Total	83	100,0	100,0	

6. Hasta odalarında kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid çok kötü	4	4,8	4,8	4,8
kötü	1	1,2	1,2	6,0
orta	7	8,4	8,4	14,5
iyi	20	24,1	24,1	38,6
Çok iyi	20	24,1	24,1	62,7
mükemmel	31	37,3	37,3	100,0
Total	83	100,0	100,0	

7. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	çok kötü	6	7,2	7,2	7,2
	kötü	4	4,8	4,8	12,0
	orta	4	4,8	4,8	16,9
	iyi	25	30,1	30,1	47,0
	çok iyi	24	28,9	28,9	75,9
	mükemmel	20	24,1	24,1	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

8. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	çok kötü	12	14,5	14,5	14,5
	kötü	1	1,2	1,2	15,7
	orta	8	9,6	9,6	25,3
	iyi	26	31,3	31,3	56,6
	çok iyi	18	21,7	21,7	78,3
	mükemmel	18	21,7	21,7	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

9. Hasta odaları özürülüler için uygun tasarlanmış mı?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	çok kötü	5	6,0	6,0	6,0
	kötü	1	1,2	1,2	7,2
	orta	21	25,3	25,3	32,5
	iyi	25	30,1	30,1	62,7
	çok iyi	15	18,1	18,1	80,7
	mükemmel	16	19,3	19,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

10. Yatak katlarında el dezenfeksiyonu ile ilgili bir düzenleme var mı?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid evet	80	96,4	96,4	96,4
hayır	3	3,6	3,6	100,0
Total	83	100,0	100,0	

Estetik ve Konfor

1. Hasta odalarında gün ışığının yeterince içeri alındığını düşünüyor musunuz?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid çok kötü	1	1,2	1,2	1,2
kötü	1	1,2	1,2	2,4
orta	6	7,2	7,2	9,6
iyi	20	24,1	24,1	33,7
çok iyi	21	25,3	25,3	59,0
mükemmel	34	41,0	41,0	100,0
Total	83	100,0	100,0	

2. Hasta odalarında dışarıyı görebilmek için pencere büyüklükleri yeterli mi?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid çok kötü	1	1,2	1,2	1,2
kötü	1	1,2	1,2	2,4
orta	4	4,8	4,8	7,2
iyi	21	25,3	25,3	32,5
çok iyi	21	25,3	25,3	57,8
mükemmel	35	42,2	42,2	100,0
Total	83	100,0	100,0	

3. Odalarda dışarıyı görüş, manzara düşünülmüş mü?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kötü	3	3,6	3,6	3,6
orta	15	18,1	18,1	21,7
iyi	33	39,8	39,8	61,4
çok iyi	16	19,3	19,3	80,7
mükemmel	16	19,3	19,3	100,0
Total	83	100,0	100,0	

4. Odalarda kullanılan renkler sizce nasıl olmalıydı?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sıcak	23	27,7	27,7	27,7
	nötr	42	50,6	50,6	78,3
	soğuk	18	21,7	21,7	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

5. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde ve yeterince kullanılmış mı?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	çok kötü	6	7,2	7,2	7,2
	kötü	22	26,5	26,5	33,7
	orta	23	27,7	27,7	61,4
	iyi	18	21,7	21,7	83,1
	çok iyi	7	8,4	8,4	91,6
	mükemmel	7	8,4	8,4	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Sanatsal öğelerin (tablo vb.) soyut eserler mi yoksa somut eserler mi olmasını tercih ederdingiz?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	soyut	30	36,1	36,1	36,1
	somut	53	63,9	63,9	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

6. Malzeme seçimi estetik mi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kötü	1	1,2	1,2	1,2
	orta	15	18,1	18,1	19,3
	iyi	31	37,3	37,3	56,6
	çok iyi	18	21,7	21,7	78,3
	mükemmel	18	21,7	21,7	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

7. Isısal konfor sağlanmış mı?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	orta	1	1,2	1,2	1,2
	iyi	15	18,1	18,1	19,3
	çok iyi	36	43,4	43,4	62,7
	mükemmel	31	37,3	37,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

8. Odalarda rahatsız edici kokulara (ilaç, tuvalet, yemek vb.) karşı önlem alınmış mı?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	çok kötü	2	2,4	2,4	2,4
	kötü	2	2,4	2,4	4,8
	orta	8	9,6	9,6	14,5
	iyi	19	22,9	22,9	37,3
	çok iyi	32	38,6	38,6	75,9
	mükemmel	20	24,1	24,1	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

9. Işıklandırma gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kötü	4	4,8	4,8	4,8
	orta	3	3,6	3,6	8,4
	iyi	17	20,5	20,5	28,9
	çok iyi	33	39,8	39,8	68,7
	mükemmel	26	31,3	31,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

10. Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	çok kötü	3	3,6	3,6	3,6
	kötü	3	3,6	3,6	7,2
	orta	11	13,3	13,3	20,5
	iyi	24	28,9	28,9	49,4
	çok iyi	28	33,7	33,7	83,1
	mükemmel	14	16,9	16,9	100,0
	Total		83	100,0	100,0

11. Banyo ses açısından izole ediliyor mu?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	çok kötü	3	3,6	3,6	3,6
	orta	11	13,3	13,3	16,9
	iyi	29	34,9	34,9	51,8
	çok iyi	24	28,9	28,9	80,7
	mükemmel	16	19,3	19,3	100,0
	Total		83	100,0	100,0

12. Refakatçiler için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	çok kötü	3	3,6	3,6	3,6
	kötü	4	4,8	4,8	8,4
	orta	22	26,5	26,5	34,9
	iyi	27	32,5	32,5	67,5
	çok iyi	15	18,1	18,1	85,5
	mükemmel	12	14,5	14,5	100,0
	Total		83	100,0	100,0

13. Yatak katlarında dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	çok kötü	7	8,4	8,4	8,4
	kötü	15	18,1	18,1	26,5
	orta	33	39,8	39,8	66,3
	iyi	16	19,3	19,3	85,5
	çok iyi	5	6,0	6,0	91,6
	mükemmel	7	8,4	8,4	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Güvenlik

1. Hasta odalarında hiç düşme yaşadınız mı?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	evet	1	1,2	1,2	1,2
	hayır	82	98,8	98,8	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

2. Hemşirelerin gelip yanlış bir uygulama yaptığı oldu mu?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	evet	4	4,8	4,8	4,8
	hayır	79	95,2	95,2	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

3. Güvenlikle ilgili başka sıkıntılarınız oldu mu?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	evet	2	2,4	2,4	2,4
	hayır	81	97,6	97,6	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

4. Hasta odasında işlevselliğin önemli olduğuna ne ölçüde katılıyorsunuz?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	6	7,2	7,2	7,2
	2	27	32,5	32,5	39,8
	3	10	12,0	12,0	51,8
	4	18	21,7	21,7	73,5
	5	22	26,5	26,5	100,0
Total		83	100,0	100,0	

5. Hasta odasında güvenliğin önemli olduğuna ne ölçüde katılıyorsunuz?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3	3,6	3,6	3,6
	2	8	9,6	9,6	13,3
	3	21	25,3	25,3	38,6
	4	20	24,1	24,1	62,7
	5	31	37,3	37,3	100,0
Total		83	100,0	100,0	

6. Hasta odasında estetiğin önemli olduğuna ne ölçüde katılıyorsunuz?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	58	69,9	69,9	69,9
	2	9	10,8	10,8	80,7
	3	13	15,7	15,7	96,4
	4	3	3,6	3,6	100,0
Total		83	100,0	100,0	

7. Hasta odasında rahatlığın önemli olduğuna ne ölçüde katılıyorsunuz?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	1,2	1,2	1,2
	2	29	34,9	34,9	36,1
	3	15	18,1	18,1	54,2
	4	21	25,3	25,3	79,5
	5	17	20,5	20,5	100,0
Total		83	100,0	100,0	

8. Hasta odalarında mahremiyetin önemli olduğuna ne ölçüde katılıyorsunuz?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	15	18,1	18,1	18,1
	2	11	13,3	13,3	31,3
	3	24	28,9	28,9	60,2
	4	20	24,1	24,1	84,3
	5	13	15,7	15,7	100,0
Total		83	100,0	100,0	

HASTA YANITLARI CROSSTAP

İŞLEVSELLİK

B hastanesi için, hasta odaları kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?

		1 Hasta odaları kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?				Total
		orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	2	3	9	4	18
	% CİNSİYET	11,1%	16,7%	50,0%	22,2%	100,0%
	% 1. Hasta odaları kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?	50,0%	60,0%	56,3%	36,4%	50,0%
	erkek	2	2	7	7	18
% CİNSİYET	11,1%	11,1%	38,9%	38,9%	100,0%	
% 1 Hasta odaları kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?	50,0%	40,0%	43,8%	63,6%	50,0%	
Total		4	5	16	11	36
% CİNSİYET		11,1%	13,9%	44,4%	30,6%	100,0%
% 1. Hasta odaları kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için, hasta odaları kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?

		1. Hasta odaları kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?					Total	
		çok kötü	kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	1	2	0	6	6	15	30
	% CİNSİYET	3,3%	6,7%	,0%	20,0%	20,0%	50,0%	100,0%
	% 1. Hasta odaları kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?	100,0%	66,7%	,0%	54,5%	50,0%	83,3%	63,8%
	erkek	0	1	2	5	6	3	17
	% CİNSİYET	,0%	5,9%	11,8%	29,4%	35,3%	17,6%	100,0%
	% 1. Hasta odaları kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?	,0%	33,3%	100,0%	45,5%	50,0%	16,7%	36,2%
Total		1	3	2	11	12	18	47
	% CİNSİYET	2,1%	6,4%	4,3%	23,4%	25,5%	38,3%	100,0%
	% 1. Hasta odaları kullanıma uygun boyutlandırılmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için, hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?

		2. Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?					Total
		kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	0	1	0	8	21	30
	% CİNSİYET	,0%	3,3%	,0%	26,7%	70,0%	100,0%
	% 2. Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?	,0%	100,0%	,0%	57,1%	75,0%	63,8%
	erkek	2	0	2	6	7	17
	% CİNSİYET	11,8%	,0%	11,8%	35,3%	41,2%	100,0%
	% 2. Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?	100,0%	,0%	100,0%	42,9%	25,0%	36,2%
Total		2	1	2	14	28	47
	% CİNSİYET	4,3%	2,1%	4,3%	29,8%	59,6%	100,0%
	% 2. Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için, hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?

		2. Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?				Total
		orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	2	2	10	4	18
	% CİNSİYET	11,1%	11,1%	55,6%	22,2%	100,0%
	% 2. Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?	50,0%	33,3%	62,5%	40,0%	50,0%
	erkek	2	4	6	6	18
	% CİNSİYET	11,1%	22,2%	33,3%	33,3%	100,0%
	% within 2. Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?	50,0%	66,7%	37,5%	60,0%	50,0%
Total		4	6	16	10	36
	% CİNSİYET	11,1%	16,7%	44,4%	27,8%	100,0%
	% 2. Hasta odaları mahremiyeti koruyacak şekilde tasarlanmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için, mahremiyet hem görsel hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?

		3. Mahremiyet hem görsel hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?					Total
		kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	0	2	5	4	19	30
	% CİNSİYET	,0%	6,7%	16,7%	13,3%	63,3%	100,0%
	% 3. Mahremiyet hem görsel hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?	,0%	100,0%	71,4%	36,4%	79,2%	63,8%
	erkek	3	0	2	7	5	17
	% CİNSİYET	17,6%	,0%	11,8%	41,2%	29,4%	100,0%
	% 3. Mahremiyet hem görsel hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?	100,0%	,0%	28,6%	63,6%	20,8%	36,2%
Total		3	2	7	11	24	47
	% CİNSİYET	6,4%	4,3%	14,9%	23,4%	51,1%	100,0%
	% 3. Mahremiyet hem görsel hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için, mahremiyet hem görsel hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?

		3. Mahremiyet hem görsel hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?				Total
		orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	3	2	9	4	18
	% CİNSİYET	16,7%	11,1%	50,0%	22,2%	100,0%
	% 3. Mahremiyet hem görsel hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?	75,0%	28,6%	56,3%	44,4%	50,0%
	erkek	1	5	7	5	18
	% CİNSİYET	5,6%	27,8%	38,9%	27,8%	100,0%
	% 3. Mahremiyet hem görsel hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?	25,0%	71,4%	43,8%	55,6%	50,0%
Total		4	7	16	9	36
	% CİNSİYET	11,1%	19,4%	44,4%	25,0%	100,0%
	% 3. Mahremiyet hem görsel hem de işitsel açıdan sağlanmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için, hasta yatağı, gardrop, yatak başında duran bir raf veya komidin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?

		4. Hasta yatağı, gardrop, yatak başında duran bir raf veya komidin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?					Total
		kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	2	1	3	8	16	30
	% CİNSİYET	6,7%	3,3%	10,0%	26,7%	53,3%	100,0%
	% 4. Hasta yatağı, gardrop, yatak başında duran bir raf veya komidin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?	100,0%	20,0%	60,0%	66,7%	69,6%	63,8%
	erkek	0	4	2	4	7	17
	% CİNSİYET	,0%	23,5%	11,8%	23,5%	41,2%	100,0%
	% 4. Hasta yatağı, gardrop, yatak başında duran bir raf veya komidin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?	,0%	80,0%	40,0%	33,3%	30,4%	36,2%
Total		2	5	5	12	23	47
	% CİNSİYET	4,3%	10,6%	10,6%	25,5%	48,9%	100,0%
	% 4. Hasta yatağı, gardrop, yatak başında duran bir raf veya komidin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için, hasta yatağı, gardrop, yatak başında duran bir raf veya komidin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?

		4. Hasta yatağı, gardrop, yatak başında duran bir raf veya komidin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?					Total
		çok kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	0	4	5	6	3	18
	% CİNSİYET	,0%	22,2%	27,8%	33,3%	16,7%	100,0%
	% 4 Hasta yatağı, gardrop, yatak başında duran bir raf veya komidin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?	,0%	50,0%	41,7%	100,0%	33,3%	50,0%
	erkek	1	4	7	0	6	18
	% CİNSİYET	5,6%	22,2%	38,9%	,0%	33,3%	100,0%
	% 4. Hasta yatağı, gardrop, yatak başında duran bir raf veya komidin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?	100,0%	50,0%	58,3%	,0%	66,7%	50,0%
Total		1	8	12	6	9	36
	% CİNSİYET	2,8%	22,2%	33,3%	16,7%	25,0%	100,0%
	% 4. Hasta yatağı, gardrop, yatak başında duran bir raf veya komidin, yatakta yemek için masa, hasta koltuğu ve ziyaretçi koltuğu için yeterli alan var mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için, hasta odalarında kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

		6. Hasta odalarında kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?					Total	
		çok kötü	kötü	orta	iyi	çok iyi		mükemmel
CİNSİYET	bayan	4	1	1	2	7	15	30
	% CİNSİYET	13,3%	3,3%	3,3%	6,7%	23,3%	50,0%	100,0%
	% 6. Hasta odalarında kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?	100,0%	100,0%	33,3%	50,0%	63,6%	62,5%	63,8%
	erkek	0	0	2	2	4	9	17
	% CİNSİYET	,0%	,0%	11,8%	11,8%	23,5%	52,9%	100,0%
	% 6. Hasta odalarında kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?	,0%	,0%	66,7%	50,0%	36,4%	37,5%	36,2%
Total		4	1	3	4	11	24	47
	% CİNSİYET	8,5%	2,1%	6,4%	8,5%	23,4%	51,1%	100,0%
	% 6. Hasta odalarında kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için, hasta odalarında kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?

		6. Hasta odalarında kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?				Total
		orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	2	8	6	2	18
	% CİNSİYET	11,1%	44,4%	33,3%	11,1%	100,0%
	% 6. Hasta odalarında kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?	50,0%	50,0%	66,7%	28,6%	50,0%
	erkek	2	8	3	5	18
	% CİNSİYET	11,1%	44,4%	16,7%	27,8%	100,0%
	% 6. Hasta odalarında kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?	50,0%	50,0%	33,3%	71,4%	50,0%
Total		4	16	9	7	36
	% CİNSİYET	11,1%	44,4%	25,0%	19,4%	100,0%
	% 6. Hasta odalarında kullanılan malzemeler kullanıma uygun mu?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için, odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?

		7. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?						Total
		çok kötü	kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	6	2	1	2	11	8	30
	% CİNSİYET	20,0%	6,7%	3,3%	6,7%	36,7%	26,7%	100,0%
	% 7. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?	100,0%	50,0%	100,0%	33,3%	68,8%	57,1%	63,8%
	erkek	0	2	0	4	5	6	17
	% CİNSİYET	,0%	11,8%	,0%	23,5%	29,4%	35,3%	100,0%
	% 7. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?	,0%	50,0%	,0%	66,7%	31,3%	42,9%	36,2%
Total		6	4	1	6	16	14	47
	% CİNSİYET	12,8%	8,5%	2,1%	12,8%	34,0%	29,8%	100,0%
	% 7. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için cinsiyete göre odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?

		7. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?				Total
		orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	2	10	5	1	18
	% CİNSİYET	11,1%	55,6%	27,8%	5,6%	100,0%
	% 7. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?	66,7%	52,6%	62,5%	16,7%	50,0%
	erkek	1	9	3	5	18
	% CİNSİYET	5,6%	50,0%	16,7%	27,8%	100,0%
	% 7. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?	33,3%	47,4%	37,5%	83,3%	50,0%
Total		3	19	8	6	36
	% CİNSİYET	8,3%	52,8%	22,2%	16,7%	100,0%
	% 7. Odalarda banyo kullanıma uygun tasarlanmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için, duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?

		8. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?						Total
		çok kötü	kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	10	1	1	3	4	11	30
	% CİNSİYET	33,3%	3,3%	3,3%	10,0%	13,3%	36,7%	100,0%
	% 8 Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?	83,3%	100,0%	50,0%	60,0%	36,4%	68,8%	63,8%
	erkek	2	0	1	2	7	5	17
	% CİNSİYET	11,8%	,0%	5,9%	11,8%	41,2%	29,4%	100,0%
	% 8. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?	16,7%	,0%	50,0%	40,0%	63,6%	31,3%	36,2%
Total		12	1	2	5	11	16	47
	% CİNSİYET	25,5%	2,1%	4,3%	10,6%	23,4%	34,0%	100,0%
	% 8. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için, duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?

		8. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?				Total
		orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	5	7	5	1	18
	% CİNSİYET	27,8%	38,9%	27,8%	5,6%	100,0%
	% 8. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?	83,3%	33,3%	71,4%	50,0%	50,0%
	erkek	1	14	2	1	18
	% CİNSİYET	5,6%	77,8%	11,1%	5,6%	100,0%
	% 8. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?	16,7%	66,7%	28,6%	50,0%	50,0%
Total		6	21	7	2	36
	% CİNSİYET	16,7%	58,3%	19,4%	5,6%	100,0%
	% 8. Duş alanında herkes tarafından kolay kullanım düşünülmüş mü?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için, hasta odaları özürülüler için uygun tasarlanmış mı?

		9. Hasta odaları özürülüler için uygun tasarlanmış mı?						Total
		çok kötü	kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	4	1	2	5	7	11	30
	% CİNSİYET	13,3%	3,3%	6,7%	16,7%	23,3%	36,7%	100,0%
	% 9. Hasta odaları özürülüler için uygun tasarlanmış mı?	80,0%	100,0%	50,0%	62,5%	50,0%	73,3%	63,8%
	erkek	1	0	2	3	7	4	17
	% CİNSİYET	5,9%	,0%	11,8%	17,6%	41,2%	23,5%	100,0%
	% 9. Hasta odaları özürülüler için uygun tasarlanmış mı?	20,0%	,0%	50,0%	37,5%	50,0%	26,7%	36,2%
Total		5	1	4	8	14	15	47
	% CİNSİYET	10,6%	2,1%	8,5%	17,0%	29,8%	31,9%	100,0%
	% 9. Hasta odaları özürülüler için uygun tasarlanmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için, hasta odaları özürülüler için uygun tasarlanmış mı?

		9. Hasta odaları özürülüler için uygun tasarlanmış mı?				Total
		orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	10	7	1	0	18
	% CİNSİYET	55,6%	38,9%	5,6%	,0%	100,0%
	% 9. Hasta odaları özürülüler için uygun tasarlanmış mı?	58,8%	41,2%	100,0%	,0%	50,0%
	erkek	7	10	0	1	18
	% CİNSİYET	38,9%	55,6%	,0%	5,6%	100,0%
	% 9. Hasta odaları özürülüler için uygun tasarlanmış mı?	41,2%	58,8%	,0%	100,0%	50,0%
Total		17	17	1	1	36
	% CİNSİYET	47,2%	47,2%	2,8%	2,8%	100,0%
	% 9. Hasta odaları özürülüler için uygun tasarlanmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için, yatak katlarında el dezenfeksiyonuyla ilgili bir düzenleme var mı?

		10.Yatak katlarında el dezenfeksiyonu ile ilgili bir düzenleme var mı?		Total
		evet	hayır	
CİNSİYET	bayan	27	3	30
	% CİNSİYET	90,0%	10,0%	100,0%
	% 10. Yatak katlarında el dezenfeksiyonu ile ilgili bir düzenleme var mı?	61,4%	100,0%	63,8%
	erkek	17	0	17
	% CİNSİYET	100,0%	,0%	100,0%
	% 10. Yatak katlarında el dezenfeksiyonu ile ilgili bir düzenleme var mı?	38,6%	,0%	36,2%
Total		44	3	47
	% CİNSİYET	93,6%	6,4%	100,0%
	% 10. Yatak katlarında el dezenfeksiyonu ile ilgili bir düzenleme var mı?	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için, yatak katlarında el dezenfeksiyonuyla ilgili bir düzenleme var mı?

		10. Yatak katlarında el dezenfeksiyonu ile ilgili bir düzenleme var mı?	Total
		evet	
CİNSİYET	bayan	18 100,0%	18 100,0%
	% CİNSİYET		
	% 10. Yatak katlarında el dezenfeksiyonu ile ilgili bir düzenleme var mı?	50,0%	50,0%
	erkek	18 100,0%	18 100,0%
	% CİNSİYET		
	% 10. Yatak katlarında el dezenfeksiyonu ile ilgili bir düzenleme var mı?	50,0%	50,0%
Total		36 100,0%	36 100,0%
	% CİNSİYET		
	% 10. Yatak katlarında el dezenfeksiyonu ile ilgili bir düzenleme var mı?	100,0%	100,0%

ESTETİK VE KONFOR

A hastanesi için, hasta odalarında gün ışığının yeterince içeri alındığını düşünüyor musunuz?

		1.Hasta odalarında gün ışığının yeterince içeri alındığını düşünüyor musunuz?					Total	
		Çok kötü	kötü	orta	iyi	çok iyi		mükemmel
CİNSİYET	bayan	0	0	5	8	5	12	30
	% CİNSİYET	0%	0%	16,7%	26,7%	16,7%	40,0%	100,0%
	% 1.Hasta odalarında gün ışığının yeterince içeri alındığını düşünüyor musunuz?	,0%	,0%	83,3%	66,7%	62,5%	63,2%	63,8%
erkek		1	1	1	4	3	7	17
	% CİNSİYET	5,9%	5,9%	5,9%	23,5%	17,6%	41,2%	100,0%
	% within 1.Hasta odalarında gün ışığının yeterince içeri alındığını düşünüyor musunuz?	100,0%	100,0%	16,7%	33,3%	37,5%	36,8%	36,2%
Total		1	1	6	12	8	19	47
	% CİNSİYET	2,1%	2,1%	12,8%	25,5%	17,0%	40,4%	100,0%
	% 1.Hasta odalarında gün ışığının yeterince içeri alındığını düşünüyor musunuz?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için hasta odalarında gün ışığının yeterince içeri alındığını düşünüyor musunuz?

		1. Hasta odalarında gün ışığının yeterince içeri alındığını düşünüyor musunuz?			Total
		iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	5	5	8	18
	% CİNSİYET	27,8%	27,8%	44,4%	100,0%
	% Hasta odalarında gün ışığının yeterince içeri alındığını düşünüyor musunuz?	62,5%	38,5%	53,3%	50,0%
	erkek	3	8	7	18
	% CİNSİYET	16,7%	44,4%	38,9%	100,0%
	% Hasta odalarında gün ışığının yeterince içeri alındığını düşünüyor musunuz?	37,5%	61,5%	46,7%	50,0%
Total		8	13	15	36
	% CİNSİYET	22,2%	36,1%	41,7%	100,0%
	% Hasta odalarında gün ışığının yeterince içeri alındığını düşünüyor musunuz?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için, hasta odalarında dışarıyı görebilmeniz için pencere büyüklükleri yeterli mi?

		1. Hasta odalarında dışarıyı görebilmeniz için pencere büyüklükleri yeterli mi?						Total
		çok kötü	kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	1	0	3	13	10	21	48
	% CİNSİYET	2,1%	,0%	6,3%	27,1%	20,8%	43,8%	100,0%
	% 2. Hasta odalarında dışarıyı görebilmeniz için pencere büyüklükleri yeterli mi?	100,0%	,0%	75,0%	61,9%	47,6%	60,0%	57,8%
CİNSİYET	erkek	0	1	1	8	11	14	35
	% CİNSİYET	,0%	2,9%	2,9%	22,9%	31,4%	40,0%	100,0%
	% 2. Hasta odalarında dışarıyı görebilmeniz için pencere büyüklükleri yeterli mi?	,0%	100,0%	25,0%	38,1%	52,4%	40,0%	42,2%
Total		1	1	4	21	21	35	83
	% CİNSİYET	1,2%	1,2%	4,8%	25,3%	25,3%	42,2%	100,0%
	% 2. Hasta odalarında dışarıyı görebilmeniz için pencere büyüklükleri yeterli mi?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için, hasta odalarında dışarıyı görebilmeniz için pencere büyüklükleri yeterli mi?

		"2. Hasta odalarında dışarıyı görebilmeniz için pencere büyüklükleri yeterli mi?"			Total
		iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	5	7	6	18
	% CİNSİYET	27,8%	38,9%	33,3%	100,0%
	% 2. Hasta odalarında dışarıyı görebilmeniz için pencere büyüklükleri yeterli mi?	55,6%	46,7%	50,0%	50,0%
	erkek	4	8	6	18
	% CİNSİYET	22,2%	44,4%	33,3%	100,0%
	% 2. Hasta odalarında dışarıyı görebilmeniz için pencere büyüklükleri yeterli mi?	44,4%	53,3%	50,0%	50,0%
Total		9	15	12	36
	% CİNSİYET	25,0%	41,7%	33,3%	100,0%
	% 2. Hasta odalarında dışarıyı görebilmeniz için pencere büyüklükleri yeterli mi?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için, odalarda dışarıyı görüş, manzara düşünülmüş mü?

		3. Odalarda dışarıyı görüş, manzara düşünülmüş mü?					Total
		kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	2	5	9	5	9	30
	% CİNSİYET	6,7%	16,7%	30,0%	16,7%	30,0%	100,0%
	% 3. Odalarda dışarıyı görüş, manzara düşünülmüş mü?	66,7%	62,5%	81,8%	45,5%	64,3%	63,8%
	erkek	1	3	2	6	5	17
	% CİNSİYET	5,9%	17,6%	11,8%	35,3%	29,4%	100,0%
	% 3. Odalarda dışarıyı görüş, manzara düşünülmüş mü?	33,3%	37,5%	18,2%	54,5%	35,7%	36,2%
Total		3	8	11	11	14	47
	% CİNSİYET	6,4%	17,0%	23,4%	23,4%	29,8%	100,0%
	% 3. Odalarda dışarıyı görüş, manzara düşünülmüş mü?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için odalarda dışarıyı görüş, manzara düşünülmüş mü?

		3. Odalarda dışarıyı görüş, manzara düşünülmüş mü?				Total
		orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	4	12	1	1	18
	% CİNSİYET	22,2%	66,7%	5,6%	5,6%	100,0%
	% 3. odalarda dışarıyı görüş, manzara düşünülmüş mü?	57,1%	54,5%	20,0%	50,0%	50,0%
	erkek	3	10	4	1	18
	% CİNSİYET	16,7%	55,6%	22,2%	5,6%	100,0%
	% 3. odalarda dışarıyı görüş, manzara düşünülmüş mü?	42,9%	45,5%	80,0%	50,0%	50,0%
Total		7	22	5	2	36
	% CİNSİYET	19,4%	61,1%	13,9%	5,6%	100,0%
	% 3. odalarda dışarıyı görüş, manzara düşünülmüş mü?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için, iç mekan tasarımı rahatlatıcı mı?

		4. İç mekan tasarımı rahatlatıcı mı?					Total
		kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	0	7	6	9	8	30
	% CİNSİYET	,0%	23,3%	20,0%	30,0%	26,7%	100,0%
	% 4. İç mekan tasarımı rahatlatıcı mı?	,0%	70,0%	66,7%	60,0%	66,7%	63,8%
	erkek	1	3	3	6	4	17
	% CİNSİYET	5,9%	17,6%	17,6%	35,3%	23,5%	100,0%
	% 4. İç mekan tasarımı rahatlatıcı mı?	100,0%	30,0%	33,3%	40,0%	33,3%	36,2%
Total		1	10	9	15	12	47
	% CİNSİYET	2,1%	21,3%	19,1%	31,9%	25,5%	100,0%
	% 4. İç mekan tasarımı rahatlatıcı mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için, iç mekan tasarımı rahatlatıcı mı?

		4. İç mekan tasarımı rahatlatıcı mı?				Total
		orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	4	9	4	1	18
	% CİNSİYET	22,2%	50,0%	22,2%	5,6%	100,0%
	% 4. İç mekan tasarımı rahatlatıcı mı?	80,0%	42,9%	50,0%	50,0%	50,0%
	erkek	1	12	4	1	18
	% CİNSİYET	5,6%	66,7%	22,2%	5,6%	100,0%
	% 4. İç mekan tasarımı rahatlatıcı mı?	20,0%	57,1%	50,0%	50,0%	50,0%
Total		5	21	8	2	36
	% CİNSİYET	13,9%	58,3%	22,2%	5,6%	100,0%
	% 4. İç mekan tasarımı rahatlatıcı mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için, odalarda kullanılan renkler sizce nasıl olmalıydı?

		Odalarda kullanılan renkler sizce nasıl olmalıydı?			Total
		sıcak	nötr	soğuk	
CİNSİYET	bayan	11	16	3	30
	% CİNSİYET	36,7%	53,3%	10,0%	100,0%
	% Odalarda kullanılan renkler sizce nasıl olmalıydı?	73,3%	66,7%	37,5%	63,8%
	erkek	4	8	5	17
	% CİNSİYET	23,5%	47,1%	29,4%	100,0%
	% Odalarda kullanılan renkler sizce nasıl olmalıydı?	26,7%	33,3%	62,5%	36,2%
Total		15	24	8	47
	% CİNSİYET	31,9%	51,1%	17,0%	100,0%
	% Odalarda kullanılan renkler sizce nasıl olmalıydı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için, odalarda kullanılan renkler sizce nasıl olmalıydı?

			Odalarda kullanılan renkler sizce nasıl olmalıydı?			Total
			sıcak	nötr	soğuk	
CİNSİYET	bayan	Count	5	7	6	18
		% CİNSİYET	27,8%	38,9%	33,3%	100,0%
		% Odalarda kullanılan renkler sizce nasıl olmalıydı?	62,5%	38,9%	60,0%	50,0%
	erkek	Count	3	11	4	18
		% CİNSİYET	16,7%	61,1%	22,2%	100,0%
		% Odalarda kullanılan renkler sizce nasıl olmalıydı?	37,5%	61,1%	40,0%	50,0%
Total		Count	8	18	10	36
		% CİNSİYET	22,2%	50,0%	27,8%	100,0%
		% Odalarda kullanılan renkler sizce nasıl olmalıydı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için, odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde ve yeterince kullanılmış mı?

		5. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde kullanılmış mı?						Total	
		çok kötü	kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel		
CİNSİYET	bayan	Count	1	5	8	9	2	5	30
		% CİNSİYET	3,3%	16,7%	26,7%	30,0%	6,7%	16,7%	100,0%
		% 5. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde kullanılmış mı?	25,0%	83,3%	72,7%	64,3%	33,3%	83,3%	63,8%
	erkek	Count	3	1	3	5	4	1	17
		% CİNSİYET	17,6%	5,9%	17,6%	29,4%	23,5%	5,9%	100,0%
		% 5. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde kullanılmış mı?	75,0%	16,7%	27,3%	35,7%	66,7%	16,7%	36,2%
Total		Count	4	6	11	14	6	6	47
		% CİNSİYET	8,5%	12,8%	23,4%	29,8%	12,8%	12,8%	100,0%
		% 5. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde ve yeterince kullanılmış mı?

		5. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde kullanılmış mı?						Total
		çok kötü	kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	1	9	5	3	0	0	18
	% CİNSİYET	5,6%	50,0%	27,8%	16,7%	,0%	,0%	100,0%
	% 5. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde kullanılmış mı?	50,0%	56,3%	41,7%	75,0%	,0%	,0%	50,0%
erkek		1	7	7	1	1	1	18
	% CİNSİYET	5,6%	38,9%	38,9%	5,6%	5,6%	5,6%	100,0%
	% 5. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde kullanılmış mı?	50,0%	43,8%	58,3%	25,0%	100,0%	100,0%	50,0%
Total		2	16	12	4	1	1	36
	% CİNSİYET	5,6%	44,4%	33,3%	11,1%	2,8%	2,8%	100,0%
	% 5. Odalarda estetik ve sanatsal öğeler doğru biçimde kullanılmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için, malzeme seçimi estetik mi?

		6. Malzeme seçimi estetik mi?					Total
		kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	0	4	8	7	11	30
	% CİNSİYET	,0%	13,3%	26,7%	23,3%	36,7%	100,0%
	% 6. Malzeme seçimi estetik mi?	,0%	57,1%	66,7%	63,6%	68,8%	63,8%
erkek		1	3	4	4	5	17
	% CİNSİYET	5,9%	17,6%	23,5%	23,5%	29,4%	100,0%
	% 6. Malzeme seçimi estetik mi?	100,0%	42,9%	33,3%	36,4%	31,3%	36,2%
Total		1	7	12	11	16	47
	% CİNSİYET	2,1%	14,9%	25,5%	23,4%	34,0%	100,0%
	% 6. Malzeme seçimi estetik mi?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için malzeme seçimi estetik mi?

		6. Malzeme seçimi estetik mi?				Total
		orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	6	9	2	1	18
	% CİNSİYET	33,3%	50,0%	11,1%	5,6%	100,0%
	% within 6. Malzeme seçimi estetik mi?	75,0%	47,4%	28,6%	50,0%	50,0%
	erkek	2	10	5	1	18
	% CİNSİYET	11,1%	55,6%	27,8%	5,6%	100,0%
	% 6. Malzeme seçimi estetik mi?	25,0%	52,6%	71,4%	50,0%	50,0%
Total	Count	8	19	7	2	36
	% CİNSİYET	22,2%	52,8%	19,4%	5,6%	100,0%
	% 6. Malzeme seçimi estetik mi?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için ısısal konfor sağlanmış mı?

		7. Isısal konfor sağlanmış mı?			Total
		iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	2	9	19	30
	% CİNSİYET	6,7%	30,0%	63,3%	100,0%
	% 7. Isısal konfor sağlanmış mı?	66,7%	56,3%	67,9%	63,8%
	erkek	1	7	9	17
	% CİNSİYET	5,9%	41,2%	52,9%	100,0%
	% 7. Isısal konfor sağlanmış mı?	33,3%	43,8%	32,1%	36,2%
Total	Count	3	16	28	47
	% CİNSİYET	6,4%	34,0%	59,6%	100,0%
	% 7. Isısal konfor sağlanmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için ısısal konfor sağlanmış mı?

		7. Isısal konfor sağlanmış mı?				Total
		orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	1	5	10	2	18
	% CİNSİYET	5,6%	27,8%	55,6%	11,1%	100,0%
	% 7. Isısal konfor sağlanmış mı?	100,0%	41,7%	50,0%	66,7%	50,0%
	erkek	0	7	10	1	18
	% CİNSİYET	,0%	38,9%	55,6%	5,6%	100,0%
	% 7. Isısal konfor sağlanmış mı?	,0%	58,3%	50,0%	33,3%	50,0%
Total		1	12	20	3	36
	% CİNSİYET	2,8%	33,3%	55,6%	8,3%	100,0%
	% 7. Isısal konfor sağlanmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için odalarda rahatsız edici kokulara karşı önlem alınmış mı?

		8. Odalarda rahatsız edici kokulara karşı önlem alınmış mı?					Total	
		çok kötü	kötü	orta	iyi	çok iyi		mükemmel
CİNSİYET	bayan	2	1	2	7	9	9	30
	% CİNSİYET	6,7%	3,3%	6,7%	23,3%	30,0%	30,0%	100,0%
	% 8. Odalarda rahatsız edici kokulara karşı önlem alınmış mı?	100,0%	50,0%	40,0%	87,5%	60,0%	60,0%	63,8%
	erkek	0	1	3	1	6	6	17
	% CİNSİYET	,0%	5,9%	17,6%	5,9%	35,3%	35,3%	100,0%
	% 8. Odalarda rahatsız edici kokulara karşı önlem alınmış mı?	,0%	50,0%	60,0%	12,5%	40,0%	40,0%	36,2%
Total		2	2	5	8	15	15	47
	% CİNSİYET	4,3%	4,3%	10,6%	17,0%	31,9%	31,9%	100,0%
	% 8. Odalarda rahatsız edici kokulara karşı önlem alınmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için odalarda rahatsız edici kokulara karşı önlem alınmış mı?

		8. Odalarda rahatsız edici kokulara karşı önlem alınmış mı?						Total
		çok kötü	kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	2	1	2	7	9	9	30
	% CİNSİYET	6,7%	3,3%	6,7%	23,3%	30,0%	30,0%	100,0%
	% 8. Odalarda rahatsız edici kokulara karşı önlem alınmış mı?	100,0%	50,0%	40,0%	87,5%	60,0%	60,0%	63,8%
	erkek	0	1	3	1	6	6	17
	% CİNSİYET	,0%	5,9%	17,6%	5,9%	35,3%	35,3%	100,0%
	% 8. Odalarda rahatsız edici kokulara karşı önlem alınmış mı?	,0%	50,0%	60,0%	12,5%	40,0%	40,0%	36,2%
Total		2	2	5	8	15	15	47
	% CİNSİYET	4,3%	4,3%	10,6%	17,0%	31,9%	31,9%	100,0%
	% 8. Odalarda rahatsız edici kokulara karşı önlem alınmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için ışıklıandırma, gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?

		1. Işıklıandırma, gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?					Total
		kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	3	0	7	6	14	30
	% CİNSİYET	10,0%	,0%	23,3%	20,0%	46,7%	100,0%
	% 9. Işıklıandırma, gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?	75,0%	,0%	63,6%	60,0%	66,7%	63,8%
	erkek	1	1	4	4	7	17
	% CİNSİYET	5,9%	5,9%	23,5%	23,5%	41,2%	100,0%
	% 9. Işıklıandırma, gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?	25,0%	100,0%	36,4%	40,0%	33,3%	36,2%
Total		4	1	11	10	21	47
	% CİNSİYET	8,5%	2,1%	23,4%	21,3%	44,7%	100,0%
	% 9. Işıklıandırma, gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için ışıqlandırma, gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?

		9. Işıqlandırma, gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?				Total
		orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	1	3	13	1	18
	% CİNSİYET	5,6%	16,7%	72,2%	5,6%	100,0%
	% 9. Işıqlandırma, gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?	50,0%	50,0%	56,5%	20,0%	50,0%
	erkek	1	3	10	4	18
	% CİNSİYET	5,6%	16,7%	55,6%	22,2%	100,0%
	% 9. Işıqlandırma, gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?	50,0%	50,0%	43,5%	80,0%	50,0%
Total		2	6	23	5	36
	% CİNSİYET	5,6%	16,7%	63,9%	13,9%	100,0%
	% 9. Işıqlandırma, gereksiz parlama ve göz alıcılığı önleyecek şekilde doğru tasarlanmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?

		10. Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?						Total
		çok kötü	kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	3	0	6	8	4	9	30
	% CİNSİYET	10,0%	,0%	20,0%	26,7%	13,3%	30,0%	100,0%
	% 10. Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?	100,0%	,0%	85,7%	80,0%	30,8%	81,8%	63,8%
	erkek	0	3	1	2	9	2	17
	% CİNSİYET	,0%	17,6%	5,9%	11,8%	52,9%	11,8%	100,0%
	% 10. Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?	,0%	100,0%	14,3%	20,0%	69,2%	18,2%	36,2%
Total		3	3	7	10	13	11	47
	% CİNSİYET	6,4%	6,4%	14,9%	21,3%	27,7%	23,4%	100,0%
	% 10. Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?

		10. Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?				Total
		orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	3	6	9	0	18
	% CİNSİYET	16,7%	33,3%	50,0%	,0%	100,0%
	% 10. Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?	75,0%	42,9%	60,0%	,0%	50,0%
	erkek	1	8	6	3	18
	% CİNSİYET	5,6%	44,4%	33,3%	16,7%	100,0%
	% 10. Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?	25,0%	57,1%	40,0%	100,0%	50,0%
Total	Count	4	14	15	3	36
	% CİNSİYET	11,1%	38,9%	41,7%	8,3%	100,0%
	% 10. Banyo havalandırması iyi yapılıyor mu?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için banyo ses açısından izole ediliyor mu?

		11. Banyo ses açısından izole ediliyor mu?					Total
		çok kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	3	3	6	6	12	30
	% CİNSİYET	10,0%	10,0%	20,0%	20,0%	40,0%	100,0%
	% 11. Banyo ses açısından izole ediliyor mu?	100,0%	42,9%	50,0%	50,0%	92,3%	63,8%
	erkek	0	4	6	6	1	17
	% CİNSİYET	,0%	23,5%	35,3%	35,3%	5,9%	100,0%
	% 11. Banyo ses açısından izole ediliyor mu?	,0%	57,1%	50,0%	50,0%	7,7%	36,2%
Total	Count	3	7	12	12	13	47
	% CİNSİYET	6,4%	14,9%	25,5%	25,5%	27,7%	100,0%
	% 11. Banyo ses açısından izole ediliyor mu?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için banyo ses açısından izole ediliyor mu?

		11. Banyo ses açısından izole ediliyor mu?				Total
		orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	2	6	9	1	18
	% CİNSİYET	11,1%	33,3%	50,0%	5,6%	100,0%
	% 11. Banyo ses açısından izole ediliyor mu?	50,0%	37,5%	69,2%	33,3%	50,0%
	erkek	2	10	4	2	18
	% CİNSİYET	11,1%	55,6%	22,2%	11,1%	100,0%
	% 11. Banyo ses açısından izole ediliyor mu?	50,0%	62,5%	30,8%	66,7%	50,0%
Total		4	16	13	3	36
	% CİNSİYET	11,1%	44,4%	36,1%	8,3%	100,0%
	% 11. Banyo ses açısından izole ediliyor mu?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için refakatçiler için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

		12. Refakatçiler için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?					Total	
		çok kötü	kötü	orta	iyi	çok iyi		mükemmel
CİNSİYET	bayan	2	2	8	7	4	7	30
	% CİNSİYET	6,7%	6,7%	26,7%	23,3%	13,3%	23,3%	100,0%
	% 12. Refakatçiler için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?	66,7%	66,7%	72,7%	63,6%	50,0%	63,6%	63,8%
	erkek	1	1	3	4	4	4	17
	% CİNSİYET	5,9%	5,9%	17,6%	23,5%	23,5%	23,5%	100,0%
	% 12. Refakatçiler için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?	33,3%	33,3%	27,3%	36,4%	50,0%	36,4%	36,2%
Total		3	3	11	11	8	11	47
	% CİNSİYET	6,4%	6,4%	23,4%	23,4%	17,0%	23,4%	100,0%
	% 12. Refakatçiler için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için refakatçiler için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

		12. Refakatçiler için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?					Total
		kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	1	6	8	3	0	18
	% CİNSİYET	5,6%	33,3%	44,4%	16,7%	,0%	100,0%
	% 12. Refakatçiler için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?	100,0%	54,5%	50,0%	42,9%	,0%	50,0%
	erkek	0	5	8	4	1	18
	% CİNSİYET	,0%	27,8%	44,4%	22,2%	5,6%	100,0%
	% 12. Refakatçiler için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?	,0%	45,5%	50,0%	57,1%	100,0%	50,0%
Total		1	11	16	7	1	36
	% CİNSİYET	2,8%	30,6%	44,4%	19,4%	2,8%	100,0%
	% 12. Refakatçiler için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için yatak katlarında dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?

		13. Yatak katlarında dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?						Total
		çok kötü	kötü	orta	iyi	çok iyi	mükemmel	
CİNSİYET	bayan	1	2	10	8	3	6	30
	% CİNSİYET	3,3%	6,7%	33,3%	26,7%	10,0%	20,0%	100,0%
	% 13. Yatak katlarında dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?	50,0%	50,0%	62,5%	61,5%	60,0%	85,7%	63,8%
	erkek	1	2	6	5	2	1	17
	% CİNSİYET	5,9%	11,8%	35,3%	29,4%	11,8%	5,9%	100,0%
	% 13. Yatak katlarında dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?	50,0%	50,0%	37,5%	38,5%	40,0%	14,3%	36,2%
Total		2	4	16	13	5	7	47
	% CİNSİYET	4,3%	8,5%	34,0%	27,7%	10,6%	14,9%	100,0%
	% 13. Yatak katlarında dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için yatak katlarında dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?

		13. Yatak katlarında dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?				Total
		çok kötü	kötü	orta	iyi	
CİNSİYET	bayan	3	6	7	2	18
	% CİNSİYET	16,7%	33,3%	38,9%	11,1%	100,0%
	% 13. Yatak katlarında dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?	60,0%	54,5%	41,2%	66,7%	50,0%
	erkek	2	5	10	1	18
	% CİNSİYET	11,1%	27,8%	55,6%	5,6%	100,0%
	% 13. Yatak katlarında dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?	40,0%	45,5%	58,8%	33,3%	50,0%
Total		5	11	17	3	36
	% CİNSİYET	13,9%	30,6%	47,2%	8,3%	100,0%
	% 13. Yatak katlarında dolaşım alanlarında estetik öğeler kullanılmış mı?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

GÜVENLİK

A hastanesi için hasta odalarında hiç düşme yaşadınız mı?

		1. Hasta odalarında hiç düşme yaşadınız mı?	Total
		hayır	
CİNSİYET	bayan	30	30
	% CİNSİYET	100,0%	100,0%
	% 1. Hasta odalarında hiç düşme yaşadınız mı?	63,8%	63,8%
	erkek	17	17
	% CİNSİYET	100,0%	100,0%
	% 1. Hasta odalarında hiç düşme yaşadınız mı?	36,2%	36,2%
Total		47	47
	% CİNSİYET	100,0%	100,0%
	% 1. Hasta odalarında hiç düşme yaşadınız mı?	100,0%	100,0%

B hastanesi için hasta odalarında hiç düşme yaşadınız mı?

		1. Hasta odalarında hiç düşme yaşadınız mı?		Total
		evet	hayır	
CİNSİYET	bayan	1	17	18
	% CİNSİYET	5,6%	94,4%	100,0%
	% 1. Hasta odalarında hiç düşme yaşadınız mı?	100,0%	48,6%	50,0%
	erkek	0	18	18
	% CİNSİYET	,0%	100,0%	100,0%
	% 1. Hasta odalarında hiç düşme yaşadınız mı?	,0%	51,4%	50,0%
Total		1	35	36
	% CİNSİYET	2,8%	97,2%	100,0%
	% 1. Hasta odalarında hiç düşme yaşadınız mı?	100,0%	100,0%	100,0%

A hastanesi için hemşirelerin gelip yanlış bir uygulama yaptığı oldu mu?

		2. Hemşirelerin gelip yanlış bir uygulama yaptığı oldu mu?		Total
		evet	hayır	
CİNSİYET	bayan	2	28	30
	% CİNSİYET	6,7%	93,3%	100,0%
	% 2. Hemşirelerin gelip yanlış bir uygulama yaptığı oldu mu?	66,7%	63,6%	63,8%
	erkek	1	16	17
	% CİNSİYET	5,9%	94,1%	100,0%
	% 2. Hemşirelerin gelip yanlış bir uygulama yaptığı oldu mu?	33,3%	36,4%	36,2%
Total		3	44	47
	% CİNSİYET	6,4%	93,6%	100,0%
	% 2. Hemşirelerin gelip yanlış bir uygulama yaptığı oldu mu?	100,0%	100,0%	100,0%

B hastanesi için hemşirelerin gelip yanlış bir uygulama yaptığı oldu mu?

		2. Hemşirelerin gelip yanlış bir uygulama yaptığı oldu mu?		Total
		evet	hayır	
CİNSİYET	bayan	1 5,6%	17 94,4%	18 100,0%
	% CİNSİYET % 2. Hemşirelerin gelip yanlış bir uygulama yaptığı oldu mu?	100,0%	48,6%	50,0%
erkek		0 ,0%	18 100,0%	18 100,0%
	% CİNSİYET % 2. Hemşirelerin gelip yanlış bir uygulama yaptığı oldu mu?	,0%	51,4%	50,0%
Total		1 2,8%	35 97,2%	36 100,0%
	% CİNSİYET % 2. Hemşirelerin gelip yanlış bir uygulama yaptığı oldu mu?	100,0%	100,0%	100,0%

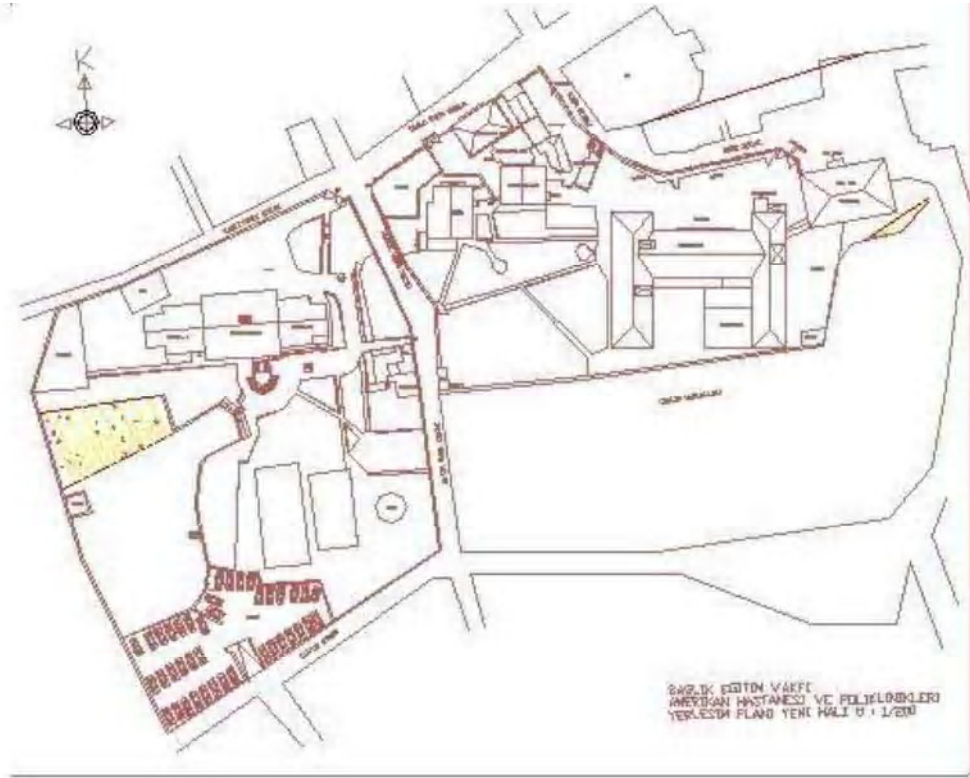
A hastane için güvenlikle ilgili başka bir sıkıntınız oldu mu?

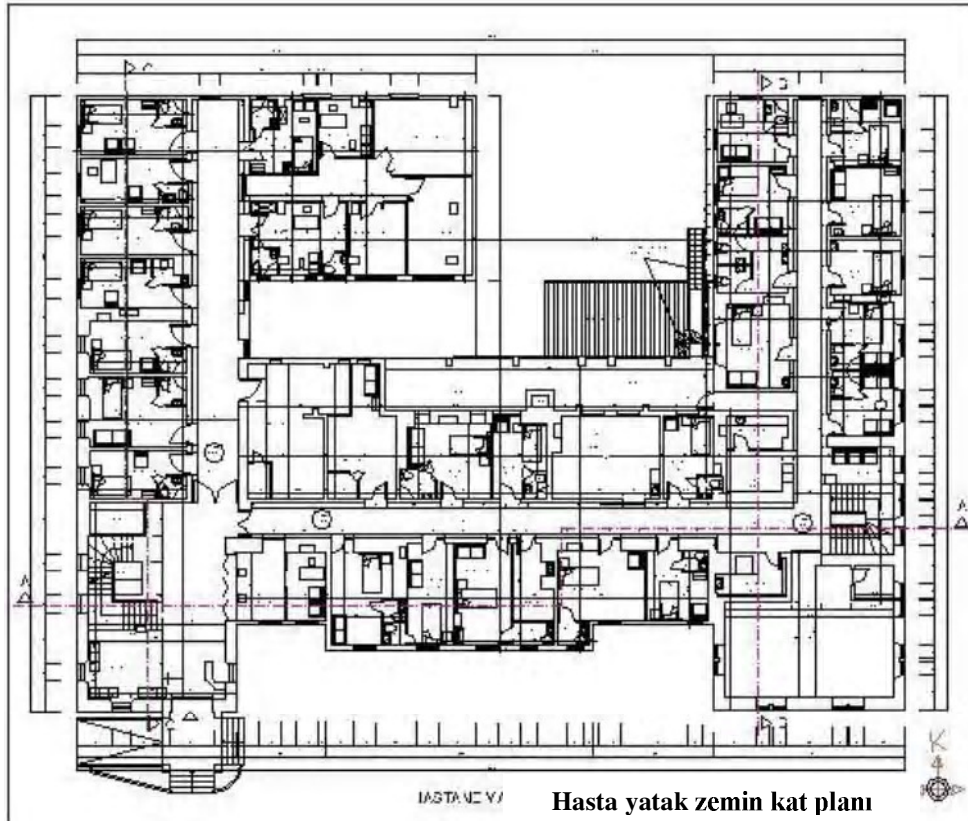
		3. Güvenlikle ilgili başka sıkıntılarınız oldu mu?	Total
		hayır	
CİNSİYET	bayan	30 100,0%	30 100,0%
	% CİNSİYET % 3. Güvenlikle ilgili başka sıkıntılarınız oldu mu?	63,8%	63,8%
erkek		17 100,0%	17 100,0%
	% CİNSİYET % 3. Güvenlikle ilgili başka sıkıntılarınız oldu mu?	36,2%	36,2%
Total		47 100,0%	47 100,0%
	% CİNSİYET % 3. Güvenlikle ilgili başka sıkıntılarınız oldu mu?	100,0%	100,0%

B hastanesi için güvenlikle ilgili başka bir sıkıntınız oldu mu?

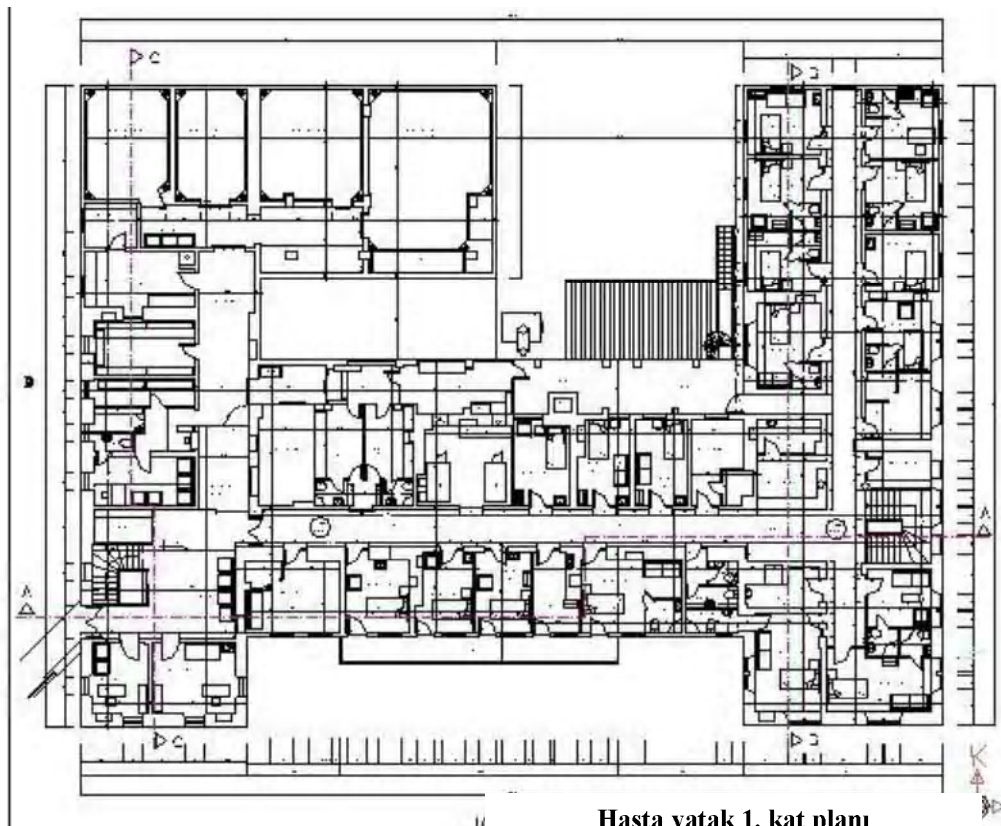
		3. Güvenlikle ilgili başka sıkıntılarınız oldu mu?		Total
		evet	hayır	
CİNSİYET	bayan	2 11,1%	16 88,9%	18 100,0%
	% CİNSİYET % 3.Güvenlikle ilgili başka sıkıntılarınız oldu mu?	100,0%	47,1%	50,0%
	erkek	0 ,0%	18 100,0%	18 100,0%
	% CİNSİYET % 3.Güvenlikle ilgili başka sıkıntılarınız oldu mu?	0%	52,9%	50,0%
Total		2 5,6%	34 94,4%	36 100,0%
	% CİNSİYET % 3. Güvenlikle ilgili başka sıkıntılarınız oldu mu?	100,0%	100,0%	100,0%

A HASTANESİ KAT PLANLARI

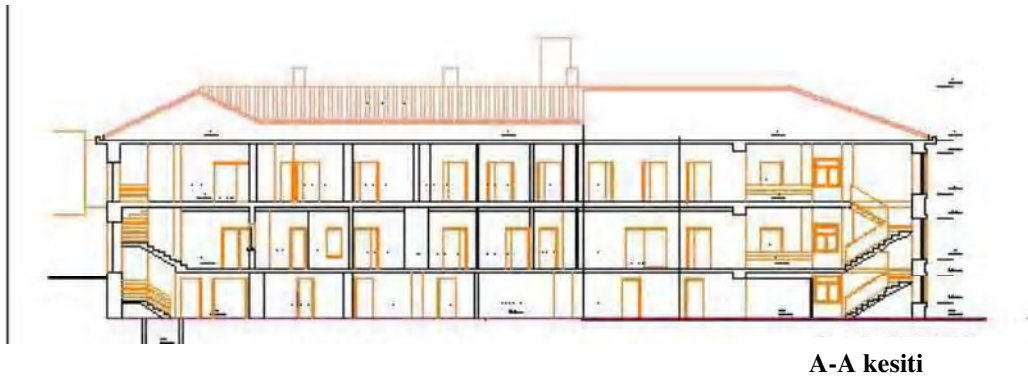
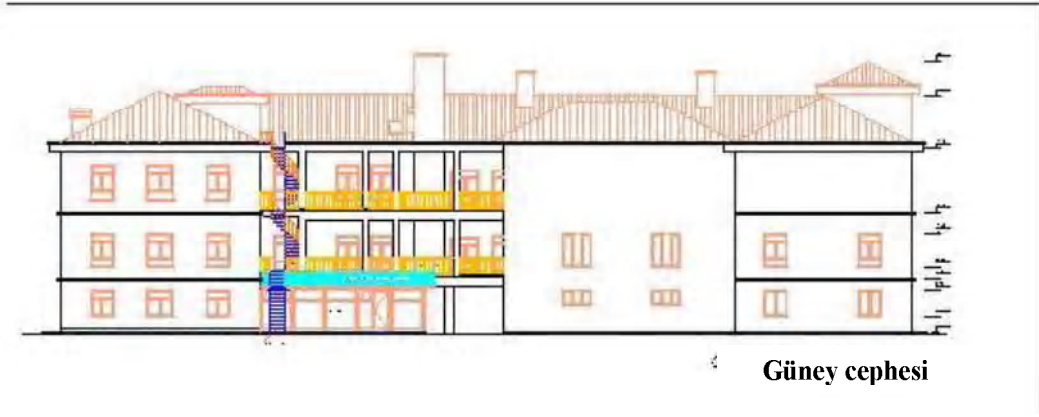




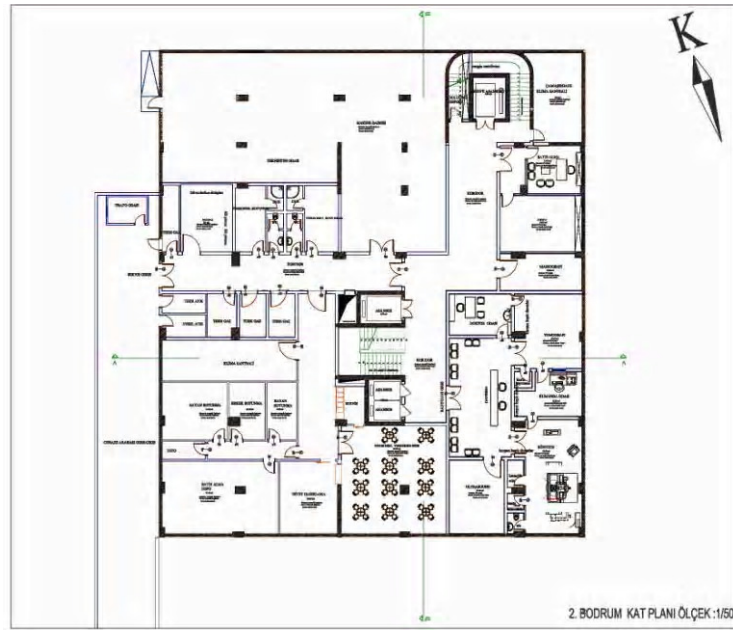
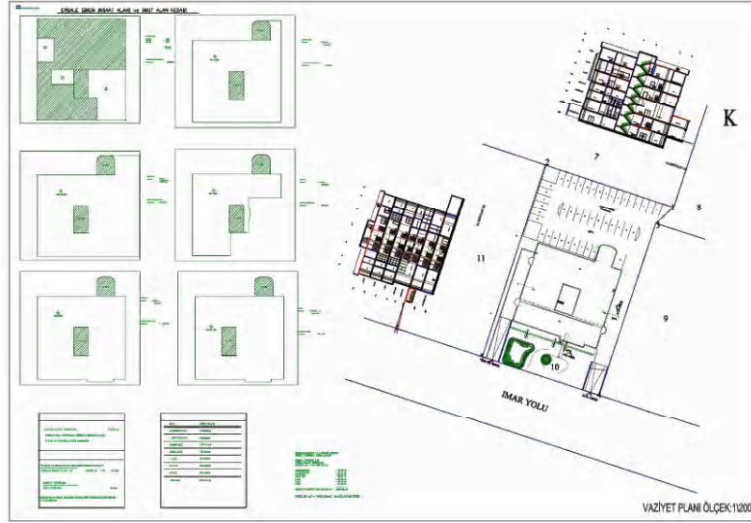
Hasta yatak zemin kat planı

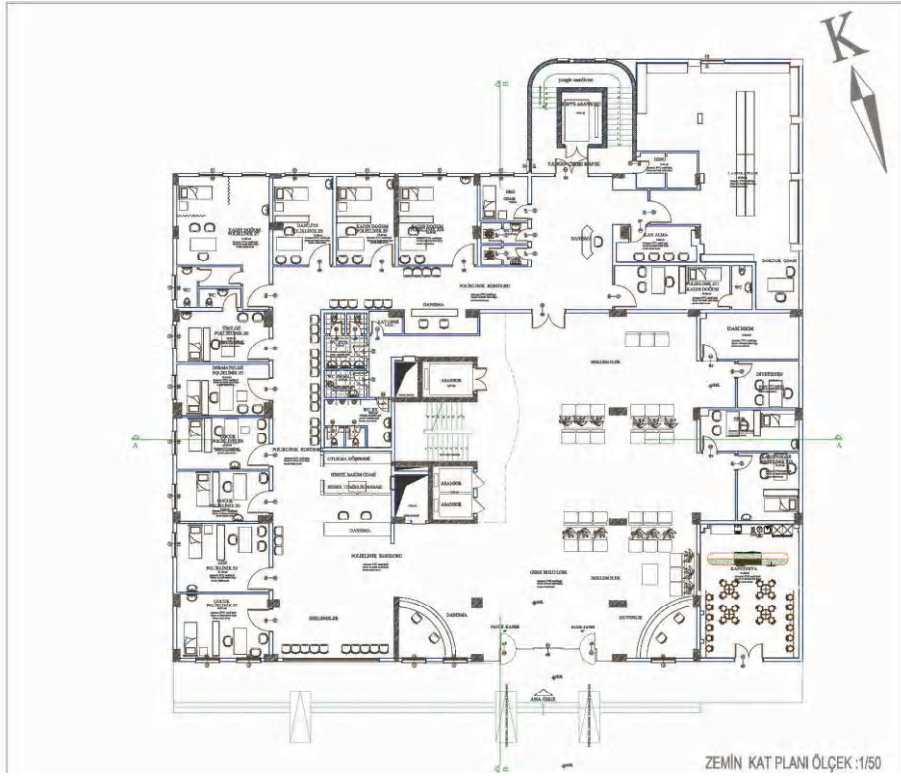
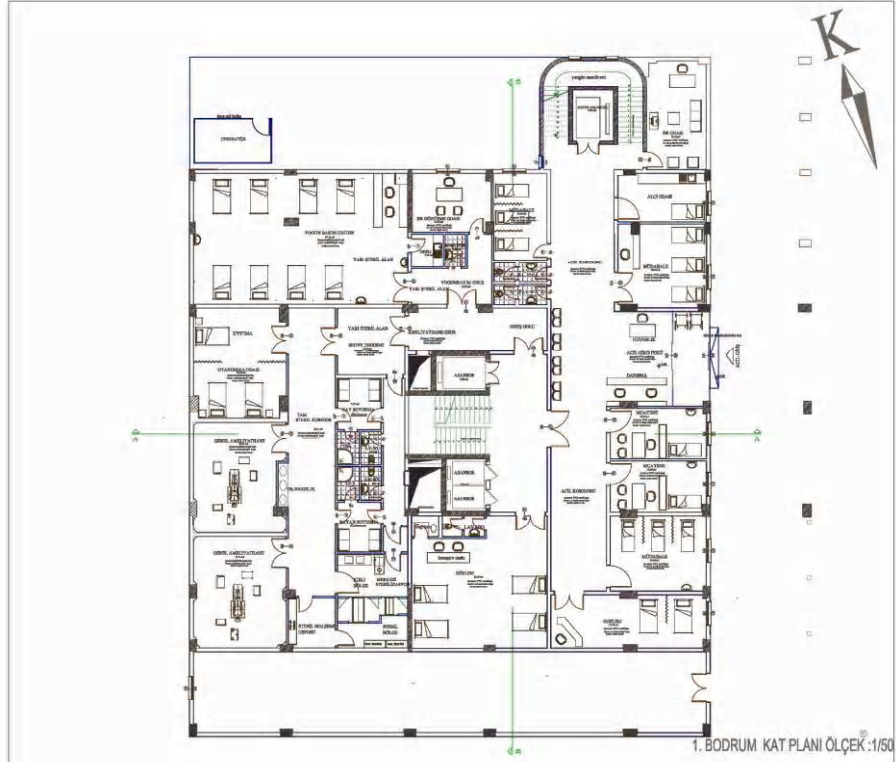


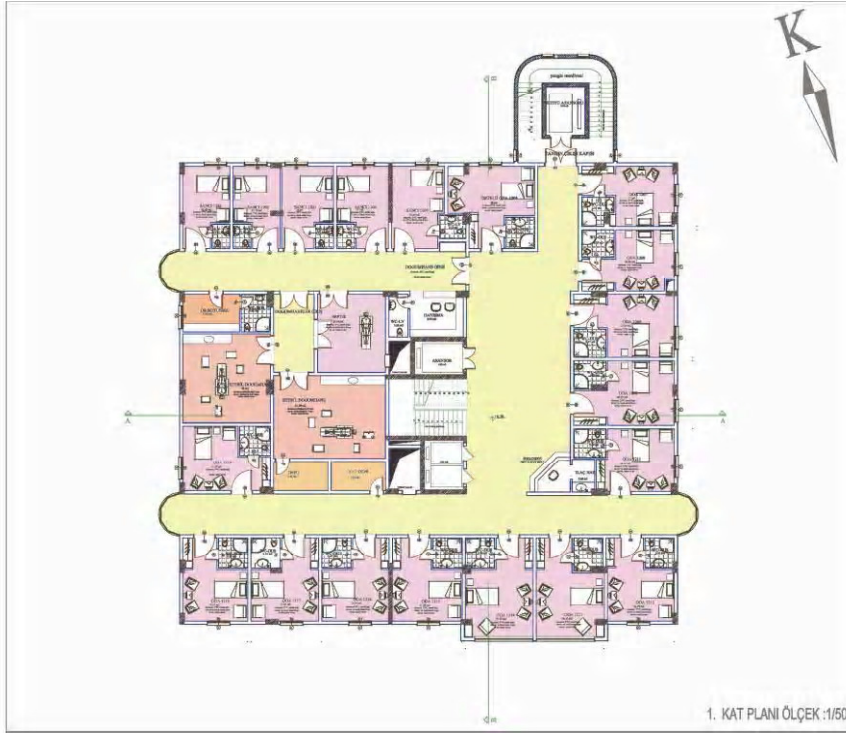
Hasta yatak 1. kat planı

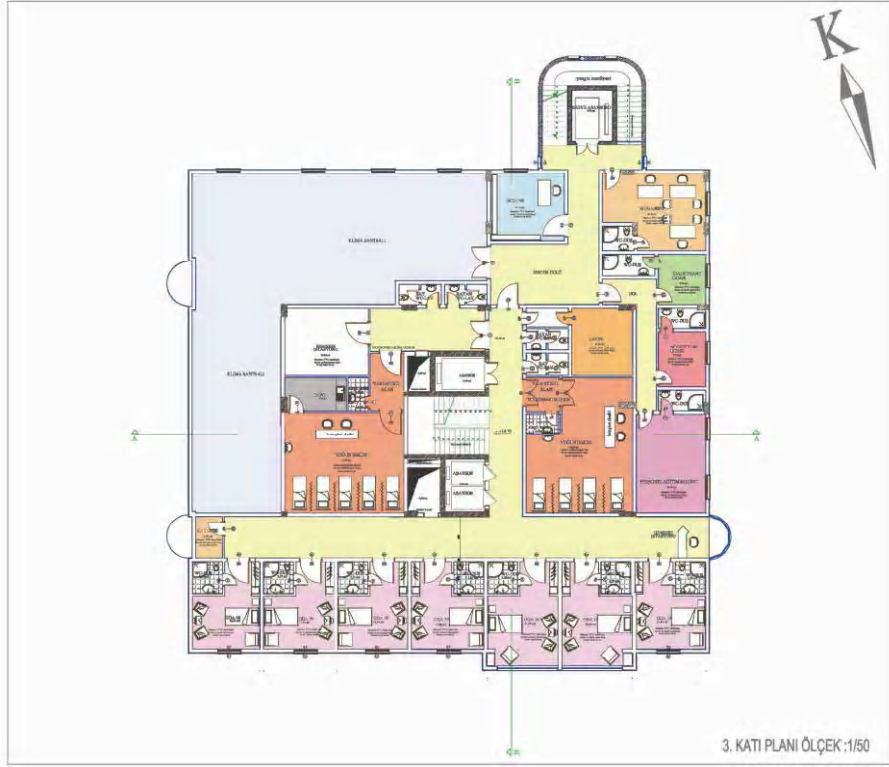


B HASTANESİ KAT PLANLARI









ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Anıl TANRITANIR
Doğum Tarihi ve Yeri : 26.03.1985 Gaziantep
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : anil_tanritanir@hotmail.com

ÖĞRENİM DURUMU

Derece	Alan	Okul /Üniversite	Mezuniyet Yılı
Y. Lisans	Mimari Tasarım	Yıldız Teknik Üniversitesi	2011
Lisans	Mimarlık	Yeditepe Üniversitesi	2008
Lise		Gaziantep Kolej Vakfı	2003

İŞ TECRÜBESİ

Yıl	Firma/ Kurum	Görevi
2010	Zirve Üniversitesi	Araştırma Görevlisi

