

151  
235

MİM  
7500

YILDIZ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TÜRKİYE 'DE  
HASTA REFAKATÇİSİ SORUNUNUN  
BAKIM ÜNİTESİ TASARIMINA ETKİLERİ**

( Doktora Tezi )

Y.Mimar SEMRA TOKAY

İstanbul - 1986

YILDIZ ÜNİVERSİTESİ  
GENEL KİTAPLIĞI

Kot : ..... R 151  
Alındığı Yer : ... Fen Bil. Ens. 235 .....  
Tarih : ... 11.12.1987 .....  
Fatura : .....  
Fiatı : ... 2500 .....  
Ayniyat No : ... 1/37 .....  
Kayıt No : ... 45204 .....  
UDC : ... 725.5 .....  
Ek : ... 378.242 .....



Xcomp.

YILDIZ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

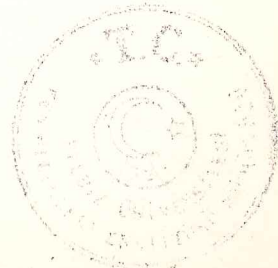
C'

TÜRKİYE'DE  
HASTA REFAKATÇİSİ SORUNUNUN  
BAKIM ÜNİTESİ TASARIMINA ETKİLERİ

DOKTORA TEZİ

Y.Mimar SEMRA TOKAY

İstanbul - 1986



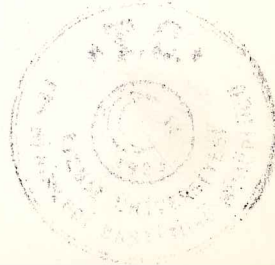
## ÖZET

Ülkemizde, hasta bakıcıdan uzman hekime kadar uzanan sağlık hizmetleri zincirinin çeşitli kademelerinde karşılaşılan sorunlardan biri yardımcı sağlık personelinin sayısal ve niteliksel yetersizliğidir. Sağlık personelinin sayısal yetersizliğinin uzun süre devam edeceği kesindir.

Yapılacak çeşitli çözüm önerileri içinde ilk akla gelen; hastanelerimizin hemen hemen tümünde görülen hasta refakatçilerinden etkin bir şekilde yararlanmaktır. Refakatçileri de gözönünde tutan hastane tasarımlarının geliştirilmesi gerekmektedir.

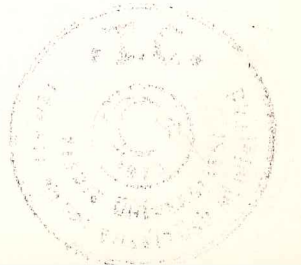
Bu amaca yönelik olarak yapılan çalışmanın;

1. bölümünde, Türkiye'de Cumhuriyet dönemindeki sağlık hizmetleri incelenmiştir. Sağlık hizmetlerinde görülen sayısal gelişmelere rağmen; bugünkü sağlık personelinin sayısal yetersizliği saptanmıştır. Sağlık personelinin sayısal yetersizliği sorununa çözüm olarak; hasta refakatçilerinden etkin bir şekilde yararlanılması önerilmiştir.



2. bölümde, yapılan anket çalışması ile refakatçinin hasta yatak odası ve hasta bakım ünitesi içindeki eylemleri, işlev ve sorunları belirlenmiştir.

3. bölümde, mevcut hastanelerde ve yeni yapılacak hastane tasarımlarında refakatçi sorunlarına cevap veren çözüm olasılıkları aranmıştır.



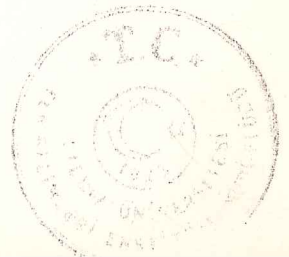
## SUMMARY

To day, in our country, in different levels of health-care system, from untrained staff to specialist doctor, many problems exist. One of these problems is the qualitative and quantitative insufficiency of the helping staff. Apparently this problem will endure for a long time.

Among many solutions proposed, a primary one is increasing the effectiveness of the people accompanying patients, which extensively exist in most of our hospitals. Thus to achieve this purpose, hospital planning should concieve the needs of the patient's company.

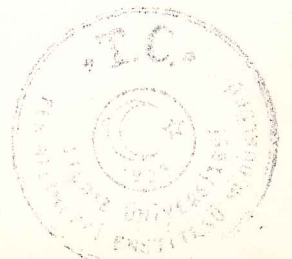
Beginning with this aim, the present study investigated following aspects of the problem.

In the first chapter, the health care services in Turkey are examined. The conclusion is that despite the numerical increase in many aspects of the services the number of health care staff is still insufficient. For better care of in-patients the help of patient's company may be a solution.



In the second chapter, the conclusions of the questionnaire given in the appendix, directed us to enlist the duties, actions and requirements of the patient' company in the room and ward.

In the third chapter, some examples of design solutions for betterment of existing hospitals and planning of new hospitals are given.

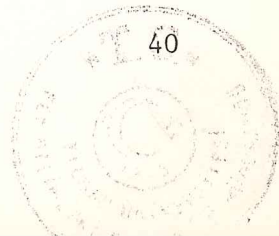


# İÇİNDEKİLER

Sayfa

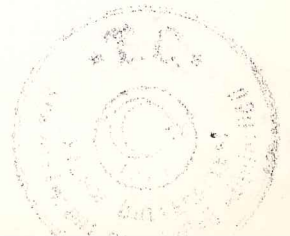
## BÖLÜM 1 - SORUNUN BELİRLENMESİ

1.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE PERSONELİ	1
1.1.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri	1
1.1.1.1. Türkiye'de Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi	1
1.1.1.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu	4
1.1.1.2.1. Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri	4
1.1.1.2.2. Halk Sağlığı Hizmetleri	6
1.1.1.2.3. Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Organizasyonu	7
1.1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Karşılaşılan Sorunlar	8
1.1.2. Türkiye'de Sağlık Personeli	18
1.1.2.1. Sağlık Personelinin Nitelik Yönünden İrdelenmesi	18
1.1.2.2. Sağlık Personelinin Nicelik Yönünden İrdelenmesi	20
1.1.2.3. Çözüm Önerileri	36
1.2. TÜRKİYE'DE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA REFAKATÇİ SORUNU	37
1.2.1. Refakatçinin Tanımı	37
1.2.2. Refakatçi Gereksinmesi ve Sorunları Belirlemek Amacı İle Seçilen Bir Model Üzerinde Yapılan Anket Çalışması Sonuçları	38
1.2.2.1. Anket Çalışmasının Hasta Görüşü Doğrultusunda Refakatçi Gereksinmesi ve Sorunlarını Belirleyen Değerlendirme Sonuçları	39
1.2.2.1.1. Hasta Görüşü Doğrultusunda Refakatçi Gereksinmesi	40
1.2.2.1.2. Hasta Görüşü Doğrultusunda Hasta ve Refakatçi İlişkisinin Niteliği	40
1.2.2.1.3. Hasta Görüşü Doğrultusunda Refakatçinin İşlevi	40



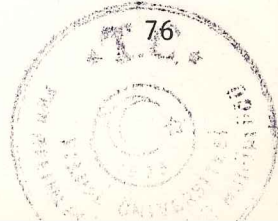


	<u>Sayfa</u>
1.2.2.1.4. Hasta Görüşü Doğrultusunda Refakatçi Sorunları	40
1.2.2.2. Anket Çalışmasının Refakatçi Görüşü Doğrultusunda Refakatçi Gereksinmesi ve Sorunlarını Belirleyen Değerlendirme Sonuçları	41
1.2.2.2.1. Refakatçi Görüşü Doğrultusunda Refakatçi Gereksinmesi	
1.2.2.2.2. Refakatçi Görüşü Doğrultusunda Refakatçi ve Sağlık Personeli İlişkisinin Niteliği	41
1.2.2.2.3. Refakatçi Görüşü Doğrultusunda Refakatçinin İşlevi	42
1.2.2.2.4. Refakatçi Görüşü Doğrultusunda Refakatçi Sorunları	42
1.2.2.3. Anket Çalışmasının Sağlık Personeli Görüşü Doğrultusunda Refakatçi Gereksinmesi ve Sorunlarını Belirleyen Değerlendirme Sonuçları	43
1.2.2.3.1. Sağlık Personeli Görüşü Doğrultusunda Refakatçi Gereksinmesi	44
1.2.2.3.2. Sağlık Personeli Görüşü Doğrultusunda Sağlık Personeli ve Refakatçi İlişkisinin Niteliği	44
1.2.2.3.3. Sağlık Personeli Görüşü Doğrultusunda Refakatçinin İşlevi	45
1.2.2.3.4. Sağlık Personeli Görüşü Doğrultusunda Refakatçi Sorunları	46
1.3. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
1.3.1. Refakatçi Gereksinmesi	47
1.3.2. Refakatçi ve Sağlık Personeli İlişkisinin Niteliği	47
1.3.3. Refakatçinin İşlevi	48
1.3.4. Refakatçi Sorunları	48
1.3.5. Öneriler	49



**BÖLÜM 2 - REFAKATÇİNİN ÜNİTE VE ODA İÇİ EYLEMLERİNİ BELİRLEMEK AMACI İLE HASTA BAKIM ÜNİTESİ VE HASTA YATAK ODASININ İRDELENMESİ**

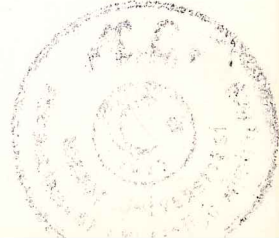
2.1. HASTA BAKIM ÜNİTESİ VE İŞLEVİ	50
2.1.1. Hasta Bakım Ünitesinin Büyüklüğü	53
2.1.2. Hasta Bakım Ünitesini Oluşturan Birimlerin Analizi	55
2.1.2.1. Hasta Yatak Odaları	55
2.1.2.2. WC, Lavabo, Banyo	55
2.1.2.3. Gündüz Odası	56
2.1.2.4. Hemşire İstasyonu	56
2.1.2.5. Doktor ve Muayene Odası	57
2.1.2.6. Agonizan Odası	58
2.1.2.7. Hasta Bakıcı Odası	58
2.1.2.8. Servis Mutfağı	58
2.1.2.9. Çamaşır Depoları	59
2.1.2.10. Personel WC'leri	59
2.1.2.11. Ördek, Sürgü Mahalli	59
2.1.2.12. Temizlik Aletleri Deposu	60
2.1.2.13. Depolar	60
2.1.2.14. Ulaştırma, Dağılım, Haberleşme Mekanları	60
2.1.3. Hasta Bakım Ünitesinde Mekan İlişkileri	62
2.1.4. Hasta Bakım Ünitesi Tasarımının Gelişimi	62
2.1.5. Hasta Bakım Ünitesinde Tasarım İlkeleri	67
2.1.6. Hasta Bakım Ünitesi Türleri	68
2.1.7. Hasta Bakım Ünitesinde Hasta, Refakatçi ve Sağlık Personeli Eylemleri	70
2.1.7.1. Hasta Bakım Ünitesinde Hasta Eylemleri	70
2.1.7.2. Hasta Bakım Ünitesinde Refakatçi Eylemleri	71
2.1.7.3. Hasta Bakım Ünitesinde Hekim Eylemleri	72
2.1.7.4. Hasta Bakım Ünitesinde Hemşire Eylemleri	73
2.1.7.5. Hasta Bakım Ünitesinde Hasta Bakıcı Eylemleri	74
2.2. HASTA YATAK ODASI	76
2.2.1. Fiziksel Mekan Olarak Hasta Yatak Odası	76



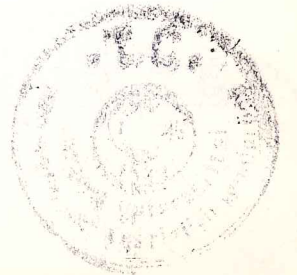
	<u>Sayfa</u>
2.2.1.1. Hasta Yatak Odasının Mekansal Büyüklüğü	79
2.2.1.2. Hasta Yatak Odası Mekanını Oluşturan Donatı Elemanları	80
2.2.1.3. Hasta Yatak Odası Tasarımında Psikofizyolojik Etkenler	83
2.2.1.3.1. Rengin Psikofizyolojik Etkileri	83
2.2.1.3.2. Manzara ve Bahçenin Psikofizyolojik Etkileri	84
2.2.1.3.3. Hasta Yatak Odası Donatısının Psikofizyolojik Etkileri	84
2.2.1.4. Hasta Yatak Odası Tasarımında Fiziksel Etkenler	85
2.2.1.4.1. Gürültü	85
2.2.1.4.2. Aydınlatma	86
2.2.1.4.3. Yönlendirme	88
2.2.1.4.4. Isıtma ve Havalandırma	89
2.2.1.5. Hasta Yatak Odası Tasarımında Ekonomik Etkenler	89
2.2.2. Hasta Yatak Odasında Hasta, Refakatçi ve Sağlık Personeli Eylemleri	90
2.2.2.1. Hasta Yatak Odasında Hastanın Günlük Eylemleri	90
2.2.2.2. Hasta Yatak Odasında Refakatçi Eylemleri	91
2.2.2.3. Hasta Yatak Odasında Sağlık Personeli Eylemleri	93
2.2.2.3.1. Hasta Yatak Odasında Hekim Eylemleri	93
2.2.2.3.2. Hasta Yatak Odasında Hemşire Eylemleri	95
2.2.2.3.3. Hasta Yatak Odasında Hasta Bakıcı Eylemleri	95

### BÖLÜM 3 - TÜRKİYE'DE KULLANILAN TIP HASTA YATAK ODALARI VE HASTA BAKIM ÜNİTELERİNDE REFAKATÇİ GEREKSİNİMLERİNİ KARŞILAYABİLEN ÇÖZÜMLERİN ARANMASI

#### 3.1. MEVCUT HASTANELERDE HASTA YATAK ODALARI VE HASTA BAKIM ÜNİTELERİNDE REFAKATÇİ GEREKSİNİMLERİ İÇİN ÇÖZÜM ÖNERİSİ



	<u>Sayfa</u>
3.2. YENİ YAPILACAK HASTANELERİN HASTA YATAK ODALARI VE HASTA BAKIM ÜNİTELERİ TASARIMLARINDA REFAKATÇİ GEREKSİNİMLERİ İÇİN ÇÖZÜM ÖNERİSİ	100
3.3. SONUÇ VE ÖNERİLER	109
EKLER	110
YARARLANILAN KAYNAKLAR	117
ÖZGEÇMİŞ	123



## BÖLÜM 1 - SORUNUN BELİRLENMESİ

### 1.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE PERSONELİ

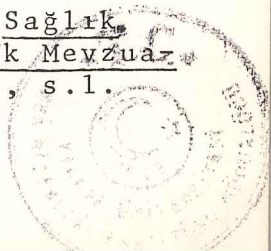
#### 1.1.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde, devlet adına sağlık hizmetlerini yürütmek, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının görevlerindedir. Ancak, bazı bakanlıklar, iktisadî kamu kuruluşları, Sosyal Sigortalar Kurumu, üniversiteler ve diğer özel kuruluşlar da bu hizmete katılmaktadırlar.

#### 1.1.1.1. Türkiye'de, Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

"Memleketin sıhhi şartlarını islah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve hakkı tıbbî ve içtimaî mukavenete mazhar eylemek umumî devlet hizmetlerinden..."(1) olduğunu kabul eden 1593 sayılı ilk Hıfzıssıhha Kanunu ile sağlık hizmetlerinin yürütülmesi 2.4.4.1930 tarihinden itibaren Sıhhat ve İçtimaî Mukavenet Vekaleti'ne verilmiştir.

(1) Ertuğrul Köroğlu ve diğerleri (derleme kurulu), Sağlık Personelini İlgilendiren Hukuk Kuralları - Sağlık Mevzuatı (Hacettepe Yayın Birliği ve Yargıçoğlu, 1984), s.1.



20.4.1924 tarihinde kabul edilen 491 sayılı Teşkilâtı Esasiye Kanunu'nda(2), 10.1.1945 tarihinde kabul edilen 4695 sayılı Anayasa'da(3) yer almayan sağlık hizmetlerinin;

1961 Anayasası,

"Devlet, herkesi beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım göstermesini sağlamakla görevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyacını karşılayıcı tedbirleri alır(4).

1982 Anayasası,

"Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

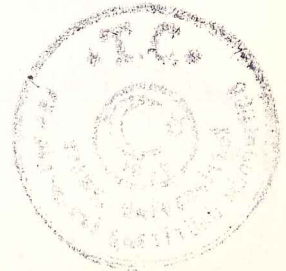
Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir"(5)

(2) "491 Sayılı Teşkilâtı Esasiye Kanunu", Üçüncü Tertip Düstur, Cilt no: 5, s.576-585.

(3) "4695 Sayılı Anayasa", Üçüncü Tertip Düstur, Cilt no: 26, s.170.

(4) Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Md.49; 1961.

(5) Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Md.56; 1982.



şeklinde ifade ederek, Devletin görevleri arasında olduğunu belirtir.

Sağlık hizmetlerinin planlı ve rasyonel bir biçimde uygulanması için yapılan çalışmaların ilki, Kasım 1946'da Yüksek Sağlık Şurası'nın onayından geçen Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planı'dır. Bu plana göre; gelişmiş ülkelerin öncelikle ele aldıkları koruyucu sağlık hizmetlerini ülkemizde yürütecek hizmet ünitesinin, Sağlık Merkezleri olması kararlaştırılmıştır. Her kırk köy için bir sağlık merkezi açılması öngörülmüştür. Plan, 1947'de ele alınmasına rağmen; tam uygulanamamıştır. Sağlık merkezleri, sadece ilçelerde hizmet verebilmiştir(6).

1961'de kabul edilen 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, dağınık bir nüfus düzenine sahip Türkiye'de, en küçük yerleşim birimine kadar sağlık hizmetlerinin yürütülmesini hedef almıştır(7). Bu yasa ile amaçlanan, "insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedenî ve ruhî kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbî faaliyetler"(8) olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinin en küçük yerleşim birimindeki insana ulaştırılması olmuştur. Ayrıca; hal-

(6) Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973), s.42-43.

(7) "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 S.K.)", Resmî Gazete, 10705; Ocak 1961.

(8) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile İlgili Kanun, Kararname, Yönetmelik ve Protokoller, 1962-1972 (S.S.Y.B., 1972), s.3.



kın, bu hizmetlerden ücretsiz veya kendisine yapılacak harcamaların bir kısmına katılmak yoluyla yararlanması sağlanmıştır. Bu yasanın uygulanmasına 1963 yılından itibaren başlanmıştır(9) ve Türkiye 16 sağlık bölgesine ayrılarak; geri kalmış bölgelerden başlamak üzere 1984 yılı başına kadar 67 ilin tamamı kademeli olarak sosyalleştirme kapsamına alınmıştır(10) (Çizelge 1).

Sağlık hizmetlerini sosyalleştiren bu kanuna göre; sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişi, önce köyündeki sağlık evine veya sağlık ocağına başvurur. Tedavi edilemeyen hastalar sağlık ocağı hekimleri tarafından sağlık merkezine veya hastaneye sevk edilirler. Hekim bulunmayan sağlık ocağında ise; yardımcı sağlık personeli kendi sorumluluğunda olan tedaviyi yapar. Gerekirse; hastayı sağlık merkezine veya hastaneye sevk eder. Sağlık merkezlerinde de tedavisi mümkün olmayan hastalar hastaneye sevk edilirler(11). Böyle bir düzenin kurulmasıyla, hastanelerin teşhis ve tedavi yükü, bir dereceye kadar hafifletilmeye çalışılmıştır.

#### 1.1.1.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu

##### 1.1.1.2.1. Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmeti Teşkilatı

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı merkez teşkilatı, Sağlık ve

---

(9) Yeni Strateji ve Kalkınma Planı, Üçüncü Beş Yıl 1973 - 1977 (Devlet Planlama Teşkilatı, 1973), s.809.

(10) Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989 (D.P.T., 1985), s.238.

(11) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Ön. Ver.





## ÇİZELGE 1

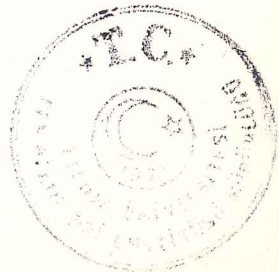
### TÜRKİYE'DE

### SOSYALLEŞTİRME KAPSAMINA GİREN İLLERİN

### SAĞLIK BÖLGELERİNE GÖRE DAĞILIMI

1. Bölge : İstanbul , Edirne , Kırklareli , Tekirdağ
2. Bölge : Sakarya , Bolu , Kocaeli , Zonguldak
3. Bölge : Bursa , Balıkesir , Çanakkale
4. Bölge : İzmir , Manisa , Aydın , Denizli , Muğla
5. Bölge : Eskişehir , Bilecik , Kütahya , Afyon , Uşak
6. Bölge : Antalya , Burdur , Isparta
7. Bölge : Ankara , Kastamonu , Çankırı , Yozgat , Kırşehir , Nevşehir
8. Bölge : Konya , Niğde
9. Bölge : Samsun , Sinop , Ordu , Çorum , Amasya , Tokat
10. Bölge : Sivas , Kayseri
11. Bölge : Adana , İçel , Hatay , Kahramanmaraş , Gaziantep
12. Bölge : Trabzon , Giresun , Gümüşhane , Rize , Artvin
13. Bölge : Elazığ , Adıyaman , Malatya , Tunceli , Bingöl
14. Bölge : Diyarbakır , Şanlıurfa , Mardin , Siirt
15. Bölge : Erzurum , Erzincan , Kars , Ağrı
16. Bölge : Van , Muş , Bitlis , Hakkari

Hasan Özdemir , Vataklı Tedavi Kurumları Master Planı 1972 -1982 'deki verilerden düzenlenmiştir.



Sosyal Yardım Bakanlığı ile işbirliği yapmak amacıyla diğer kurumlarda kurulmuş olan daireler, sağlık müdürlükleri, bölge hastaneleri, bölge laboratuvarları, sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumları, koruyucu hekimlik kuruluşları, sağlık merkezleri ile hastaneleri, sağlık ocakları ve sağlık evleri Sağlık Hizmeti Teşkilatı'nı oluşturur(12).

#### 1.1.1.2.2. Halk Sağlığı Hizmetleri

"...yalnız hastalık ve mâlûliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali..."(13) olan sağlık için halka verilecek hizmet, niteliğine göre ikiye ayrılır.

#### A. Koruyucu Hekimlik Hizmetleri

"...Bir ülke sağlığının temeli..."(14) olan koruyucu hekimlik hizmetleri insanın tüm yaşantısını ilgilendirir. Sağlığı koruma ve erken teşhis, gün geçtikçe artan sağlık hizmetleri harcamalarının düşürülmesi için önemlidir.

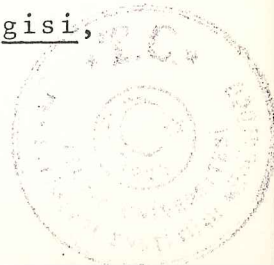
Bu hizmetler de:

- a) Çevre sağlığının kontrol edilmesi,
- b) Bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi,

(12) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi İle İlgili Kanun, Kararname, Yönetmelik ve Protokoller, Ön. Ver., s.7.

(13) Sağlık Personelini İlgilendiren Hukuk Kuralları, Sağlık Mevzuatı, Ön. Ver., s.224.

(14) Erdal Atabek, "Sağlık Hizmetleri", Mimarlık Dergisi, 9-10 (1971), s.12.



- c) Beslenme koşullarının geliştirilmesi,
  - d) Konut sorununa çözümlenmesi,
  - e) İşçilerin, çalışma ortamlarının kontrol edilmesi,
  - f) Kan ve ilaç temininin kolaylaştırılması,
  - g) Halkın sağlık konusunda eğitilmesi
- konularını kapsar.

#### B. Tedavi Edici Hizmetler

Bu tür hizmetler muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarını kapsamaktadır. 1961'de hazırlıkları başlayan ve 1963'de yürürlüğe giren Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planının ve onu takibeden diğer kalkınma planlarının kapsamına Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesini yönlendiren kararlar alınmıştır. Buna göre, halkın sağlık hizmetleri talebini karşılayabilmek için getirilen koruyucu ve tedavi edici hizmet birimleri, sağlık hizmetlerinin birbirini tamamlayan iki ögesi olarak ele alınmıştır.

#### 1.1.1.2.3. Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Organizasyonu

Sağlık tesislerinin özellikle yataklı sağlık tesislerinin yurt yüzeyine yeterli ve dengeli yayılmamış olması, bu yatırımları gerçekleştiren kurumlar arasındaki kopukluk sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkilemektedir.

1961 yılında S.S.Y. Bakanlığı tarafından, yeni bir hastaneler sistemi kurulması için bir araştırma yapılmıştır. Bu araştır-



maya göre; sağlık hizmetlerine, sağlık evleri ve ocakları seviyesinde aşamalı bir yaklaşım getirilmiştir. Bu sistem, bugün tüm illerde uygulanmaktadır. Ayrıca, yataklı tedavi kurumları sistemi ve organizasyonu için de öneriler getirilmiştir. Bu sistemde 70.000 kişilik bir yerleşim merkezi için 100 yataklı bir sağlık merkezi önerilmiştir. İlçe merkezlerinin ihtiyacını karşılayacak yataklı tedavi kurumu 100 yataklı bir sağlık evidir. Bir sağlık merkezi kompleksini 7 adet sağlık ocağı ve 21 adet sağlık evi oluşturur. Bu birim, il merkezinde olan 200 yataklı bir devlet hastanesine bağlanmaktadır. 200 yataklı hastaneler ilin ihtiyacı kadar olan, özel amaçlı hastanelerdir. 200 yataklı hastaneler 400 yataklı bölge hastanelerine; bu hastaneler de eğitim amaçlı 1000 yataklı tıp fakültesi hastanelerine bağlanmıştır. 400 yataklı bölge hastanesi, genel amaçla ve birçok özel amaçlı hastanelerin ihtiyacını karşılamak üzere kurulmuştur(15).

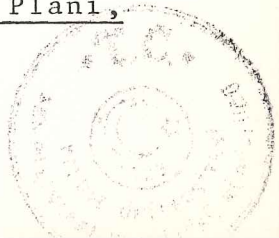
Bu sistem, Yataklı Tedavi Kurumları Master Planı'nın yapılması için; 1973 yılında toplanan araştırma grubunda görevli Hasan Özdemir tarafından bir şema haline getirilmiştir(16) (Şekil 1).

#### 1.1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Karşılaşılan Sorunlar

Cumhuriyetin kuruluşundan bugüne kadar hastane ve hasta yatak sayısında görülen gelişmeye rağmen, 1985 yılında 10.000 kişi-

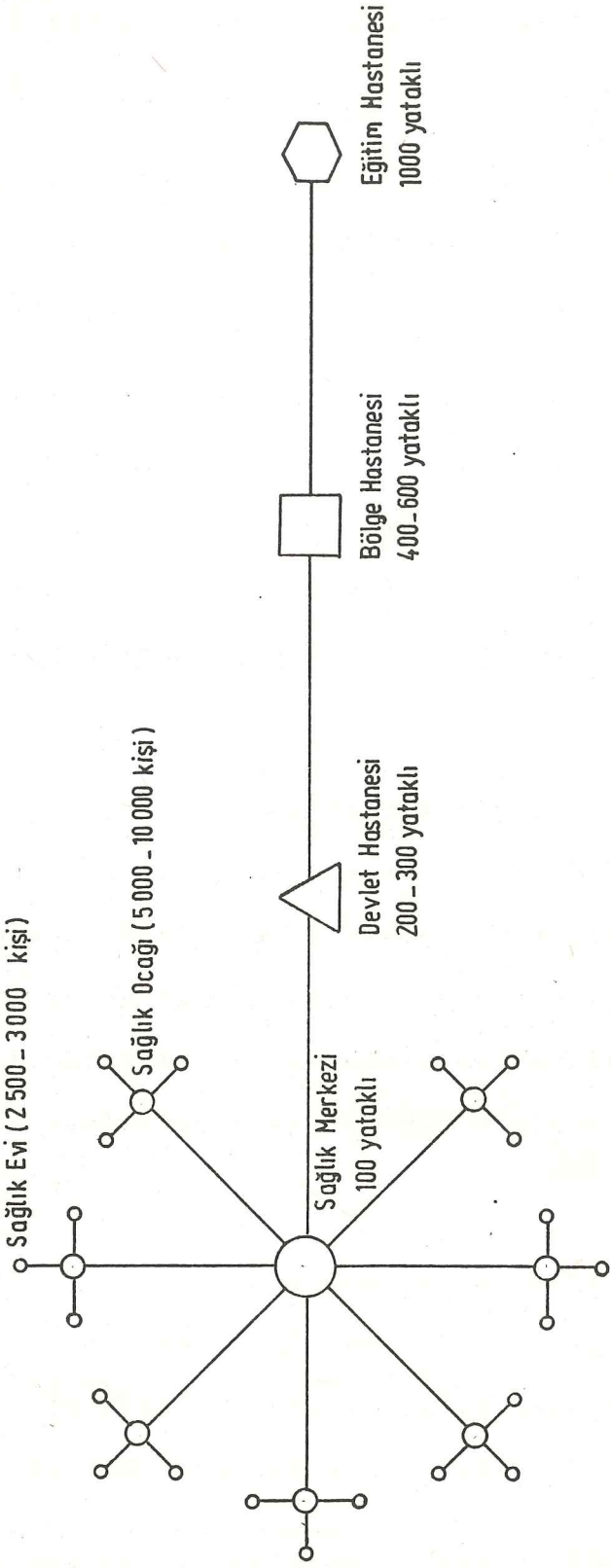
(15) Hasan Özdemir, Yataklı Tedavi Kurumları Master Planı, 1972-1982 (T.B.T.A.K., 1974), s.14.

(16) Aynı, s.15.



ŞEKİL 1

GENEL HAKSATLI YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ  
HASTANELER SİSTEHI VE ORGANİZASYONU



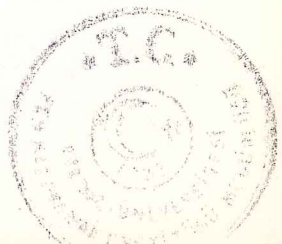
70 000 kişilik nüfus grubu için SAĞLIK KOMPLEKSİ  
21 Sağlık Evi  
7 Sağlık Ocağı  
100 yataklı Sağlık Merkezi İLÇE MERKEZLERİNDE

200 yataklı hastane  
Kamu sağlık merkezi  
İL MERKEZİNDE

400 yataklı hastane  
BÖLGE MERKEZİNDE

1000 yataklı hastane  
TIP FAKÜLTELERİNİN

H. Özdemir 22.5.1974  
Master Planı 1972-1982



ye düşen yatak sayısı uluslararası standartların çok altındadır (Çizelge 2).

Hastane ve hasta yatak sayısının iller arasındaki dağılımı dengesizdir (Çizelge 3) (Şekil 2). Bu da halkın belirli sağlık merkezlerine yönelmesi eğilimini doğurmaktadır.

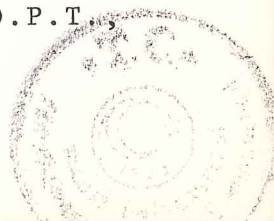
Çeşitli kuruluşlar tarafından dağınık bir biçimde yürütülmekte olan sağlık hizmetlerinin birleştirilememesi, İstanbul örneğinde olduğu gibi yaratılan yatak kapasitesinden tam olarak yararlanılamamasına ve yatak dağılım politikasının başarılı bir biçimde uygulanamamasına neden olmaktadır (Çizelge 4) (Şekil 3).

Birinci, İkinci ve Üçüncü Beş Yıllık Planlarındaki sosyalleştirme uygulamasından beklenen hizmetlerde ve düzeyde yarar sağlanamadığından, Dördüncü ve Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planlarında koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmiş; yataklı tedavi kurumları yatırımları durdurulmuştur(17,18). Amaç, mevcut kurumlardan rasyonel bir biçimde yararlanılmasıdır.

Personel ve donatı eksikliği, makina ve teçhizatın kullanımının düşük seviyede olması, altyapı eksikliği, koruyucu sağlık hizmetlerinin tam uygulanamaması sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde karşılaşılan sorunlar arasındadır.

(17) Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979-1983 (D.P.T., 1979), s.143-144.

(18) Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1985-1989 (D.P.T., 1985), s.180.



ÇİZELGE 2

TÜRKİYE'DEKİ YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI (1)

1923-1985

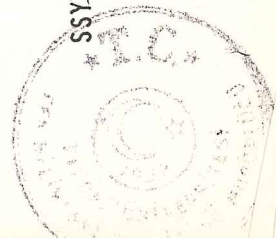
Yıllar	Kurum Sayısı	Yatak Sayısı	Biryatağa düşen nüfus sayısı	10 000 nüfusa düşen yatak sayısı
1923 (2)	86	6 437	1 920	5.1
1930	182	11 398	1 260	7.8
1940	198	14 383	1 240	8.0
1950	201	18 837	1 100	9.0
1960	566	45 807	600	16.6
1970	746	71 876	490	20.3
1980	827	99 117	451	22.3
1984 (3)	686	100 486	512	19.5

(1) Askeri hastaneleri kapsamaz.

(2) 1923 nüfusu 1927 nüfus sayımına göre saptanmıştır.

(3) 1984 nüfusu 1985 nüfus sayımına göre saptanmıştır.

SSYB, Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, DİE, 1995 İstatistik Yılığında verilen verilerden düzenlenmiştir.

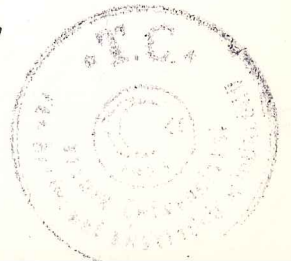


ÇİZELGE 3.1

KAMU VE ÖZEL HASTANELERİN İLLERE GÖRE DAĞILIMI

1984

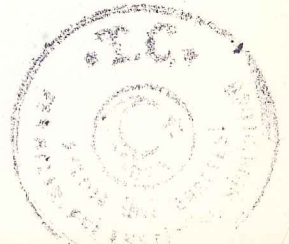
İller	Kamu Hastanesi		Özel Hastane	
	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
Adana	13	2 624	4	80
Adıyaman	3	275	-	-
Afyon	9	930	-	-
Ağrı	4	150	-	-
Amasya	3	465	-	-
Ankara	37	11 754	5	129
Antalya	13	1 105	1	20
Artvin	8	340	-	-
Aydın	8	1 120	2	39
Balıkesir	18	1 709	2	59
Bilecik	2	125	-	-
Bingöl	3	120	-	-
Bitlis	4	175	-	-
Bolu	10	930	1	20
Burdur	3	350	-	-
Bursa	10	2 277	4	192
Çanakkale	7	460	-	-
Çankırı	4	345	-	-
Çorum	8	810	-	-
Denizli	9	885	2	96
Diyarbakır	7	2 049	3	51
Edirne	7	485	1	20
E laziğ	8	1 898	1	27





Ç. 3.2

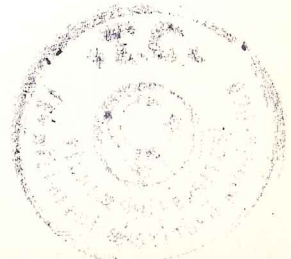
İller	Kamu Hastanesi		Özel Hastane	
	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
Erzincan	6	496	1	10
Erzurum	12	2 110	1	29
Eskişehir	7	1 496	2	38
Gaziantep	6	1 195	3	121
Giresun	6	750	-	-
Gümüşhane	3	200	-	-
Hakkâri	2	60	-	-
Hatay	9	910	2	22
Isparta	9	1 660	1	29
İçel	9	1 060	4	88
İstanbul	46	22 128	42	2 761
İzmir	21	6 654	4	193
Kars	10	565	1	10
Kastamonu	13	1 194	-	-
Kayseri	9	1 308	4	110
Kırklareli	5	390	1	22
Kırşehir	3	160	1	15
Kocaeli	7	1 013	1	20
Konya	18	2 301	2	50
Kütahya	8	980	-	-
Malatya	5	821	2	70
Manisa	18	1 855	-	-
K. Maraş	4	435	2	44
Mardin	5	270	-	-
Muğla	10	565	-	-
Muş	2	200	-	-
Nevşehir	3	280	1	10



Ç. 3.3

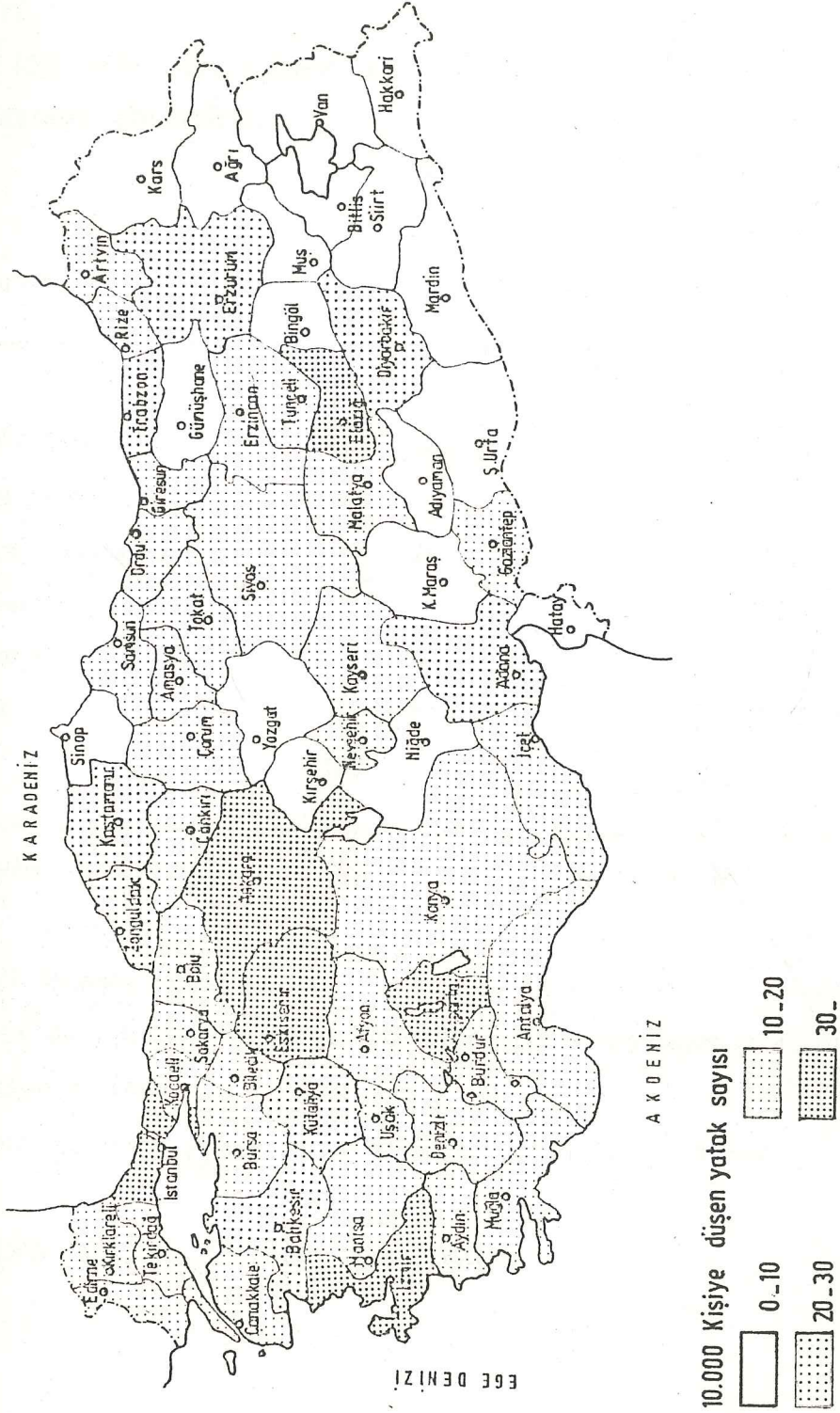
İller	Kamu Hastanesi		Özel Hastane	
	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
Niğde	5	370	-	-
Ordu	9	997	1	15
Rize	6	531	-	-
Sakarya	7	897	2	37
Samsun	11	1744	2	63
Siirt	4	290	-	-
Sinop	3	275	-	-
Sivas	15	1411	-	-
Tekirdağ	7	675	2	54
Tokat	7	685	-	-
Trabzon	8	1696	1	25
Tunceli	5	155	-	-
Ş. Urfa	8	630	-	-
Uşak	3	420	-	-
Van	6	455	-	-
Yozgat	6	470	-	-
Zonguldak	13	1789	-	-
<b>TOPLAM</b>	<b>577</b>	<b>95 927</b>	<b>109</b>	<b>4 569</b>

DİE, 1985 İstatistik Yılığında verilerden düzenlenmiştir.

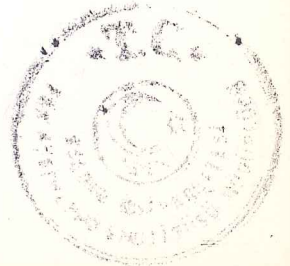


ŞEKİL 2

TÜRKİYE'DE HASTA YATAĞI KAPASİTELERİNİN İLLERE GÖRE DAĞILIMI 1980



1985 İstatistik Yılığında verilerden düzenlenmiştir.



ÇİZELGE 4  
TÜRKİYE'DE  
KAMU VE ÖZEL YATAKLI SAĞLIK KURUMLARININ  
YATAK SAYILARINA GÖRE DAĞILIMI  
1984

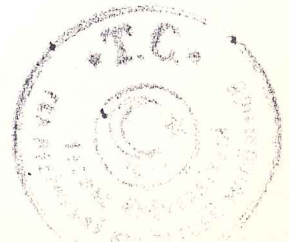
Sağlık Kurumu	Hastane Sayısı (1)	Yatak Sayısı
KAMU	577	95 927
Devlet-SSYB bağlı	451	60 483
Diğer bakanlık ve resmi kuruluşlara ait	21	3 000
Üniversite	20	13 803
Belediye	8	928
SSK	77	17 713
ÖZEL (2)	109	4 569
Genel Toplam	689	100 496

Not : Askeri Hastaneleri kapsamaz.

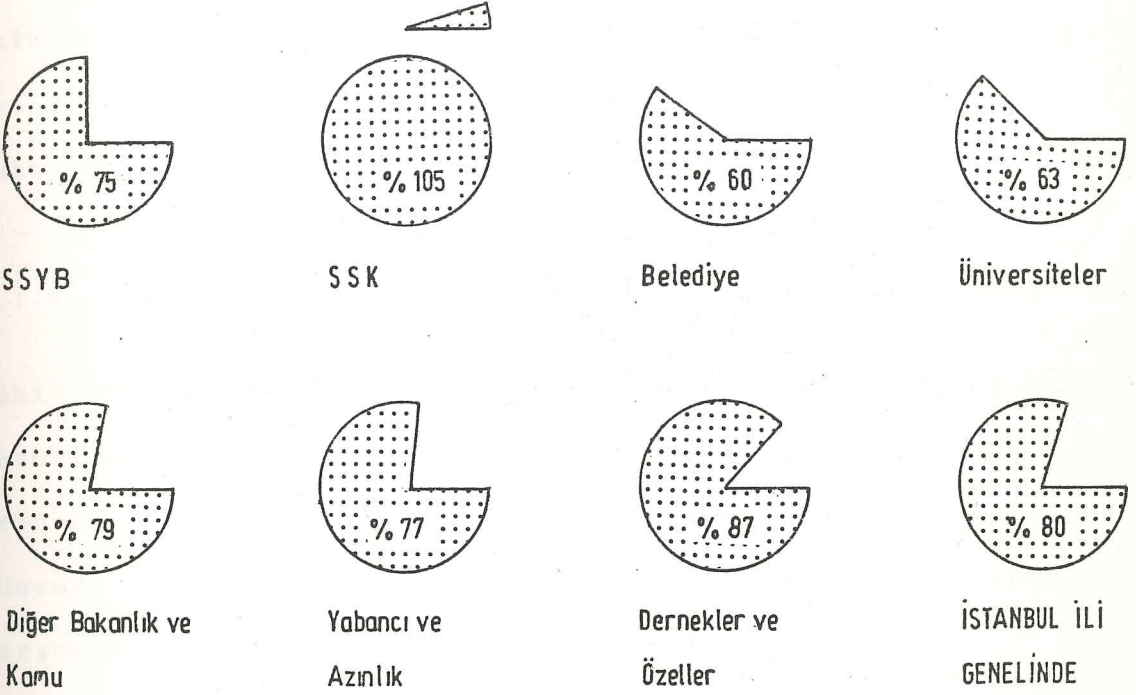
(1) Cüzzam , kuduz , trahom , tropikal hastaneleri ile göğüs cerrahi merkezi ve rehabilitasyon merkezini de kapsar.

(2) Kişilere , demeklere , yabancılara ve azınlıklara ait hastaneleri kapsar.

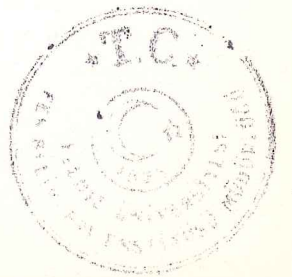
1985 İstatistik Yılığındaki verilerden düzenlenmiştir.



ŞEKİL 3  
İSTANBUL'DA,  
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA  
KURUMLARA GÖRE YATAK KULLANIM ORANLARI  
1984



İstanbul S.S.Y. Müdürlüğü Sağlık İstatistik Yıllığı 1984, s.5.



### 1.1.2. Türkiye'de Sağlık Personeli

Hastabakıcıdan uzman hekime kadar uzanan hizmet zincirinin çeşitli kademelerinde karşılaşılan personel sayı ve nitelik sorunları, personel yetiştirilmesi, istihdamı ve dağılımı ile halkın sağlık eğitimi eksiklikleri, sağlık hizmetleri ve genel sağlık düzeyinin gelişmesi üzerinde olumsuz etkiler yapmaktadır.

#### 1.1.2.1. Sağlık Personelinin Nitelik Yönünden İrdelenmesi

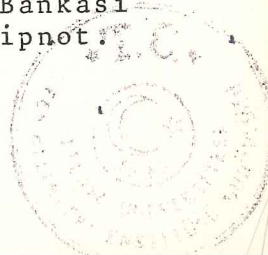
Hekim ve diğer sağlık personelinin yetiştiren yüksek öğretim kurumları ile yardımcı sağlık personelinin yetiştiren orta düzeydeki okulların sayı ve kapasitelerinde, özellikle planlı dönemde sağlanan gelişmelere ve konuya verilen öneme rağmen personel açığı devam etmektedir (Çizelge 5).

Ülkemizde, ilk tıp fakültesi 1830 yılında kurulmuştur. 1933 yılında büyük üniversite reformu yapılması, 1935 yılında da ülkemize yabancı profesörlerin mülteci olarak gelmesi tıp öğrenimi düzeyini olumlu yönde etkilemiştir. 1970 yılından itibaren sayısal bir gelişme gösteren tıp fakültelerinin sayısı bugün 22'dir(19). Ayrıca; 8 dişhekimliği, 7 eczacılık okulu bulunmaktadır(20). Hemşirelik eğitimi veren 2 yüksek okul ile birlikte, 89 sağlık meslek lisesi, 2 özel hemşire meslek lisesi vardır(21).

(19) Sevim Görgün, "The Level of Health Care in Turkey", (Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Düzeyi) Dünya Bankası için hazırlanmış rapor, (Mart, 1985), s.24'de dipnot.

(20) Aynı, s.24.

(21) 1985 İstatistik Yıllığı, (D.İ.E., 1985), s.134.



ÇİZELGE 5

ÇEŞİTLİ ÜLKELERDE SAĞLIK PERSONELİ DAĞILIMI

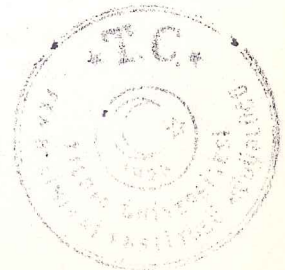
Ülke	Yıl	Hekim		Diş Hekimi		Hemşire ve Ebe	
		Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran
Türkiye	1981	28 411	1 609	6 790	6 732	55 575 (1)	822
İsveç	1976	14 650	563	14 220	580	40 075	101
A.B.D.	1976	361 443	595	358 431	600	1450 000	148
S.S.C.B.	1977	896 900 (2)	289	-	-	1561 300	163
Meksika	1974	46 475	1251	31 598	1340	41 632	1396
Hindistan	1978	178 000	3652	85 760	7 580	171 105	3799
Mısır	1977	35 489	1 052	31 373	1 190	35 451	1 074
Kenya	1978	1 270	11 437	1 272	11 420	5 570	2 574
Habeşistan	1977	396	73 043	342	84 350	1 488	19 435

Oran : Nüfus / Hekim.

(1) Sağlık memurları dahil.

(2) Diş hekimleri dahil.

Prof. Dr. N. H. Fişek, Halk Sağlığına Giriş ( Hacettepe Üniversitesi - Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma Ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi, 1983 ), s. 127.



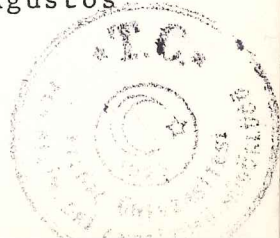
Tıp öğretim süresi lisans düzeyinde 6 yıl, uzmanlık düzeyinde 4 yıldır. Tıp fakültesi hastanelerinin yanısıra bazı büyük hastaneler ve özel amaçlı kurulmuş hastaneler uzmanlık eğitimi vermektedir. Yardımcı sağlık personeli -hemşire, ebe, sağlık teknisyeni- ortaokuldan sonra 4 yıllık liselerde yetiştirilmektedir. Hemşireler hastanelerde verilen özel kurslarla da eğitilmektedir. Sağlık teknisyenleri röntgen çekimi, laboratuvar analizi ve anestezi konusunda görev başında yetiştirilmektedir. Uzman sağlık personeli yetiştiren sosyal hizmetler okulu, sağlık eğitim enstitüsü, sağlık idare okulu bulunmaktadır.

#### 1.1.2.2. Sağlık Personelinin Nicelik Yönünden İrdelenmesi

1930 yılından beri, özellikle de 1960'dan sonra eğitilmiş sağlık personelindeki sayısal artış, sağlık personeli arzı ile varolan tıbbî kurumlar ve sağlık hizmetlerine olan talebi dengeleyememiştir (Çizelge 6).

Uzman hekim sayısına göre; pratisyen hekim sayısındaki azlık kırsal bölgelerdeki sağlık sorunlarının çözülmemesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bunu önlemek amacıyla 1981 yılından itibaren tıp fakültesi mezunlarına iki yıl zorunlu hizmet getirilmiştir(22). Böylece, sağlık personelinin ülke düzeyine dengesiz dağılımı önlenmeye çalışılmıştır (Çizelge 7). Yar-

(22) "Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun (2514 S.K.)", Resmi Gazete, 17439; Ağustos 1981.





ÇİZELGE 6

TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK PERSONELİ

1930-1984

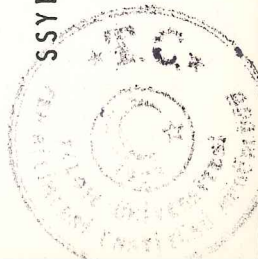
DOKTOR

Yıllar Mütahassis Pratisyen Toplam Diş Hekimi (1) Eczacı Hemşire Hemşire yrd. Ebe Sağlık Teknisyeni

1930			1 182	-	127	202	400	1 268
1940			2 387	-	340	405	616	1 493
1950	3 647	3 248	6 895	910	980	737	1 285	4 018
1960	5 217	4 609	9 826	1 395	1 406	2 420	3 125	3 890
1970	10 241	5 615	15 856	3 245	3 011	8 796	11 321	9 954
1980	16 699	10 524	27 223	7 077	11 578	26 880	15 880	11 664
1984(1)	3 625	7 102	10 727	920	1 118	24 130	14 215	7 027

(1) SSYB'na bağlı sağlık personelini kapsar.

SSYB Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, 1985 Türkiye İstatistik Yılı'ndaki verilerden düzenlenmiştir.



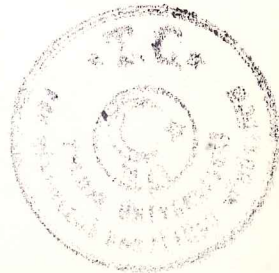
dımcı sağlık personelinin yetersizliği ise önemini korumaktadır. Bu durumun, bir ekip hizmeti olan sağlık hizmetlerinde, yetersiz sayıda yardımcı sağlık personeli ile çalışmak zorunda kalan hekimlerin hizmet verimliliğinin düşmesine neden olacağı açıktır.

1980 yılında, hekimlerin % 67'si, diş hekimlerinin % 59'u, eczacıların % 51'i ve yardımcı sağlık personeli toplamının % 33'ü ülkemizin üç büyük kenti olan İstanbul, Ankara ve İzmir'de çalışmaktadır. Bu kentlerde doktor başına düşen nüfus sayısı sırasıyla; 585, 435, 733'dür. Bu sayılar aynı yılın ulusal ortalaması olan 1603'den düşüktür(23). Diğer bölgelerde bu sayı 2500'den 14000'e kadar değişebilmektedir. Aynı şekilde; ülkemizde yardımcı personelin sektörler arasındaki dağılım da dengesizdir. 1980 yılında, hemşire başına düşen yatak sayısı 3.7'dir(24). Fakat hemşirelerin % 73'üne sahip S.S.Y. Bakanlığı hastanelerinde, hemşire başına 2.4 yatak, hemşirelerin % 11'ine sahip S.S.K.'da hemşire başına 4.8 yatak, hemşirelerin % 8'ine sahip üniversite hastanelerinde hemşire başına 4 yatak düşmektedir. Kötü dağılımın yanında kontrol eksikliği, eğitimdeki aksaklıklar, alınan ücretlerin yetersizliği ve en önemlisi sayısal eksiklik yardımcı sağlık personelinin hizmet verimini düşürmektedir.

---

(23) Sevim Görgün, Ön. Ver., s.27.

(24) 1985 İstatistik Yıllığı, Ön. Ver.



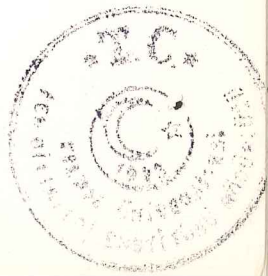
ÇİZELGE 7.1

TÜRKİYE'DE

SAĞLIK PERSONELİNİN İLLERE GÖRE DAĞILIMI

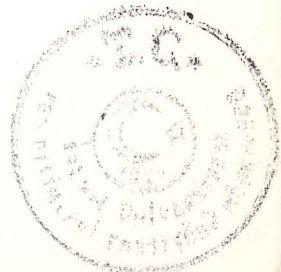
1980 - 1984

İller	Sağlık Personeli	1980	1984
Adana	A. Mütihassıs Hekim	405	107
	B. Pratisyen Hekim	372	165
	C. Diş Hekimi	158	16
	D. Eczacı	401	26
	E. Hemsire	666	630
	F. Ebe	561	528
	G. Sağlık Teknisyeni	183	176
Adıyaman	A. ....	7	25
	B. ....	27	52
	C. ....	7	4
	D. ....	29	-
	E. ....	96	150
	F. ....	116	100
	G. ....	60	58
A. Karahisar	A. ....	42	58
	B. ....	57	88
	C. ....	32	15
	D. ....	74	12
	E. ....	304	345
	F. ....	279	272
	G. ....	163	129
Ağrı	A. ....	10	15
	B. ....	28	58
	C. ....	8	3
	D. ....	25	2
	E. ....	110	121
	F. ....	94	94
	G. ....	31	35
Amasya	A. ....	29	35
	B. ....	24	51
	C. ....	30	5
	D. ....	55	8



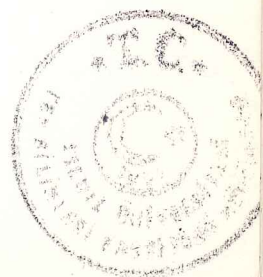
Ç. 7.2

İller	Sağlık Personeli	1980	1984
Amasya	E. ....	192	227
	F. ....	145	150
	G. ....	73	57
Ankara	A. ....	3 155	262
	B. ....	2 308	976
	C. ....	1 338	112
	D. ....	2 650	230
	E. ....	4 168	2 884
	F. ....	813	703
	G. ....	2 130	854
Antalya	A. ....	159	85
	B. ....	173	76
	C. ....	68	18
	D. ....	212	23
	E. ....	329	386
	F. ....	284	266
	G. ....	114	149
Artvin	A. ....	11	25
	B. ....	44	64
	C. ....	12	4
	D. ....	40	4
	E. ....	114	119
	F. ....	194	172
	G. ....	36	37
Aydın	A. ....	116	71
	B. ....	63	75
	C. ....	47	13
	D. ....	191	20
	E. ....	438	369
	F. ....	342	286
	G. ....	182	156
Balıkesir	A. ....	141	85
	B. ....	72	105
	C. ....	109	33
	D. ....	201	29
	E. ....	568	518
	F. ....	400	385
	G. ....	212	179



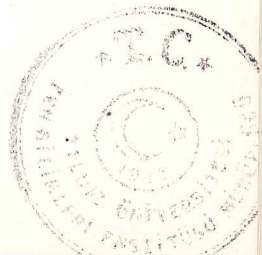
Ç. 7.3

İller	Sağlık Personeli	1980	1984
Bilecik	A. ....	8	17
	B. ....	24	36
	C. ....	13	5
	D. ....	25	5
	E. ....	85	89
	F. ....	84	98
	G. ....	37	46
Bingöl	A. ....	3	16
	B. ....	22	49
	C. ....	4	3
	D. ....	15	2
	E. ....	60	87
	F. ....	76	63
	G. ....	37	50
Bitlis	A. ....	7	11
	B. ....	29	43
	C. ....	5	3
	D. ....	15	1
	E. ....	71	72
	F. ....	60	60
	G. ....	25	29
Bolu	A. ....	73	55
	B. ....	71	78
	C. ....	60	10
	D. ....	93	15
	E. ....	304	390
	F. ....	219	171
	G. ....	109	69
Burdur	A. ....	24	26
	B. ....	69	43
	C. ....	15	6
	D. ....	50	6
	E. ....	125	141
	F. ....	138	132
	G. ....	101	94
Bursa	A. ....	262	90
	B. ....	97	112
	C. ....	153	18
	D. ....	258	17



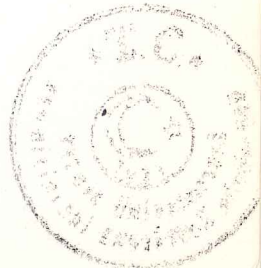
Ç. 7.4

İller	Sağlık Personeli	1980	1984
Bursa	E. ....	603	459
	F. ....	396	375
	G. ....	348	200
Çanakkale	A. ....	52	47
	B. ....	42	43
	C. ....	60	9
	D. ....	69	9
	E. ....	191	232
	F. ....	223	179
	G. ....	158	86
Çankırı	A. ....	7	25
	B. ....	64	63
	C. ....	10	6
	D. ....	26	1
	E. ....	140	128
	F. ....	80	84
	G. ....	72	64
Çorum	A. ....	41	42
	B. ....	39	79
	C. ....	31	7
	D. ....	68	8
	E. ....	218	303
	F. ....	152	154
	G. ....	125	95
Denizli	A. ....	65	44
	B. ....	66	98
	C. ....	32	8
	D. ....	113	14
	E. ....	274	316
	F. ....	226	224
	G. ....	165	147
Diyarbakır	A. ....	79	55
	B. ....	91	98
	C. ....	45	8
	D. ....	94	5
	E. ....	399	446
	F. ....	198	159
	G. ....	97	109



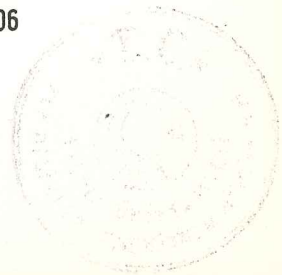
Ç. 7. 5

İller	Sağlık Personeli	1980	1984
Edirne	A. ....	88	39
	B. ....	74	43
	C. ....	49	6
	D. ....	70	5
	E. ....	171	177
	F. ....	189	195
	G. ....	76	52
Elazığ	A. ....	72	50
	B. ....	60	60
	C. ....	30	7
	D. ....	62	5
	E. ....	226	300
	F. ....	162	149
	G. ....	92	55
Erzincan	A. ....	51	29
	B. ....	35	48
	C. ....	25	2
	D. ....	31	2
	E. ....	140	173
	F. ....	126	92
	G. ....	58	44
Erzurum	A. ....	175	44
	B. ....	250	127
	C. ....	24	14
	D. ....	93	5
	E. ....	424	416
	F. ....	312	216
	G. ....	127	93
Eskişehir	A. ....	212	46
	B. ....	96	71
	C. ....	39	9
	D. ....	172	26
	E. ....	349	273
	F. ....	245	161
	G. ....	176	82
Gaziantep	A. ....	115	65
	B. ....	44	106
	C. ....	52	10
	D. ....	185	11



Ç. 7.6

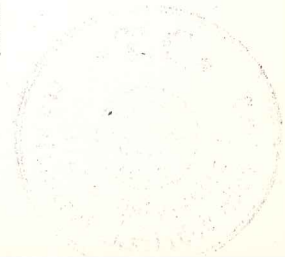
İller	Sağlık Personeli	1980	1984
Gaziantep	E. ....	313	356
	F. ....	201	176
	G. ....	139	90
Giresun	A. ....	36	50
	B. ....	37	78
	C. ....	27	8
	D. ....	70	8
	E. ....	250	274
	F. ....	289	254
	G. ....	80	79
Gümüşhane	A. ....	6	21
	B. ....	25	48
	C. ....	8	5
	D. ....	32	1
	E. ....	123	122
	F. ....	111	81
	G. ....	33	34
Hakkâri	A. ....	7	13
	B. ....	22	31
	C. ....	3	2
	D. ....	4	1
	E. ....	45	66
	F. ....	41	53
	G. ....	15	17
Hatay	A. ....	87	70
	B. ....	68	77
	C. ....	47	14
	D. ....	153	12
	E. ....	228	269
	F. ....	274	298
	G. ....	89	90
Isparta	A. ....	74	69
	B. ....	38	72
	C. ....	63	11
	D. ....	34	17
	E. ....	253	237
	F. ....	185	153
	G. ....	154	106





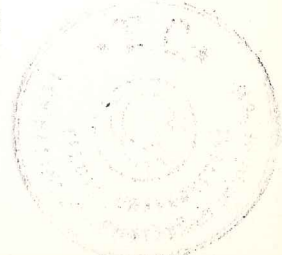
Ç. 7.7

İller	Sağlık Personeli	1980	1984
İçel	A. ....	115	68
	B. ....	54	92
	C. ....	61	16
	D. ....	103	17
	E. ....	434	424
	F. ....	309	320
	G. ....	135	145
İstanbul	A. ....	5 669	334
	B. ....	2 203	853
	C. ....	2 370	124
	D. ....	2 222	141
	E. ....	4 065	2 842
	F. ....	919	546
	G. ....	1 928	375
İzmir	A. ....	1 494	182
	B. ....	1 252	339
	C. ....	520	75
	D. ....	1 113	142
	E. ....	2 091	1 586
	F. ....	770	652
	G. ....	1 253	412
Kars	A. ....	32	42
	B. ....	66	123
	C. ....	26	8
	D. ....	43	2
	E. ....	297	302
	F. ....	373	338
	G. ....	96	75
Kastamonu	A. ....	32	36
	B. ....	51	82
	C. ....	39	10
	D. ....	57	10
	E. ....	360	307
	F. ....	123	103
	G. ....	99	66
Kayseri	A. ....	134	55
	B. ....	169	89
	C. ....	56	13
	D. ....	131	12



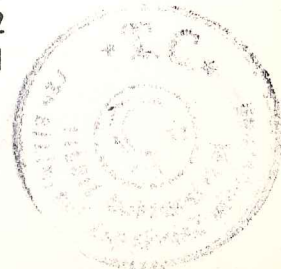
Ç. 7. 8

İller	Sağlık Personeli	1980	1984
Kayseri	E. ....	304	307
	F. ....	202	224
	G. ....	128	84
Kırklareli	A. ....	36	25
	B. ....	36	56
	C. ....	29	10
	D. ....	53	3
	E. ....	127	155
	F. ....	143	131
	G. ....	48	42
Kırşehir	A. ....	12	20
	B. ....	28	36
	C. ....	14	4
	D. ....	30	4
	E. ....	88	87
	F. ....	66	95
	G. ....	37	43
Kocaeli	A. ....	128	38
	B. ....	58	56
	C. ....	52	9
	D. ....	113	15
	E. ....	289	208
	F. ....	215	185
	G. ....	114	74
Konya	A. ....	108	95
	B. ....	102	198
	C. ....	42	22
	D. ....	275	25
	E. ....	728	617
	F. ....	449	399
	G. ....	209	192
Kütahya	A. ....	78	51
	B. ....	47	69
	C. ....	32	10
	D. ....	94	7
	E. ....	206	227
	F. ....	151	123
G. ....	113	95	



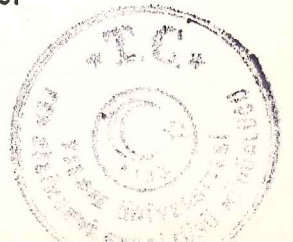
Ç. 7.9

İller	Sağlık Personeli	1980	1984
Malatya	A. ....	30	33
	B. ....	64	84
	C. ....	37	9
	D. ....	66	8
	E. ....	339	305
	F. ....	228	225
	G. ....	113	82
Manisa	A. ....	113	103
	B. ....	76	106
	C. ....	68	29
	D. ....	197	35
	E. ....	445	570
	F. ....	399	381
	G. ....	180	169
K. Maraş	A. ....	22	44
	B. ....	70	77
	C. ....	32	3
	D. ....	73	4
	E. ....	240	256
	F. ....	317	312
	G. ....	95	85
Mardin	A. ....	8	20
	B. ....	60	94
	C. ....	11	3
	D. ....	59	1
	E. ....	159	208
	F. ....	128	128
	G. ....	54	77
Muğla	A. ....	58	49
	B. ....	72	73
	C. ....	38	18
	D. ....	106	16
	E. ....	247	137
	F. ....	297	234
	G. ....	127	99
Muş	A. ....	7	22
	B. ....	22	35
	C. ....	7	2
	D. ....	22	1



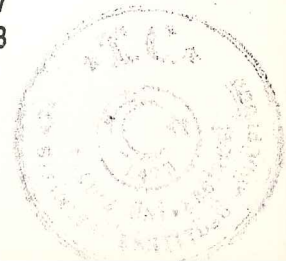
Ç. 7.10

İller	Sağlık Personeli	1980	1984
Muş	E. ....	107	124
	F. ....	93	76
	G. ....	35	36
Nevşehir	A. ....	7	17
	B. ....	45	56
	C. ....	6	3
	D. ....	43	5
	E. ....	108	140
	F. ....	83	96
	G. ....	51	42
Niğde	A. ....	21	36
	B. ....	50	45
	C. ....	9	7
	D. ....	75	5
	E. ....	156	179
	F. ....	156	153
	G. ....	58	48
Ordu	A. ....	24	49
	B. ....	40	110
	C. ....	31	7
	D. ....	90	8
	E. ....	333	430
	F. ....	342	310
	G. ....	112	111
Rize	A. ....	47	36
	B. ....	41	68
	C. ....	26	5
	D. ....	73	7
	E. ....	189	201
	F. ....	168	132
	G. ....	57	52
Sakarya	A. ....	129	35
	B. ....	44	68
	C. ....	53	11
	D. ....	80	8
	E. ....	200	209
	F. ....	201	208
G. ....	90	91	



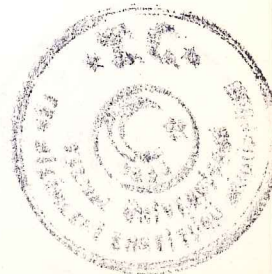
Ç. 7.11

İller	Sağlık Personeli	1980	1984
Samsun	A. ....	199	85
	B. ....	117	132
	C. ....	57	19
	D. ....	163	18
	E. ....	499	536
	F. ....	323	307
	G. ....	174	145
Siirt	A. ....	17	24
	B. ....	49	64
	C. ....	14	4
	D. ....	37	1
	E. ....	131	189
	F. ....	97	106
	G. ....	49	48
Sinop	A. ....	9	25
	B. ....	31	49
	C. ....	18	6
	D. ....	26	4
	E. ....	108	132
	F. ....	94	97
	G. ....	32	45
Sivas	A. ....	108	39
	B. ....	131	117
	C. ....	25	13
	D. ....	66	21
	E. ....	323	249
	F. ....	248	227
	G. ....	109	99
Tekirdağ	A. ....	67	48
	B. ....	54	54
	C. ....	32	11
	D. ....	85	9
	E. ....	184	232
	F. ....	153	132
	G. ....	76	65
Tokat	A. ....	34	42
	B. ....	35	89
	C. ....	24	7
	D. ....	71	8



Ç. 7.12

İller	Sağlık Personeli	1980	1984
Tokat	E. ....	241	266
	F. ....	370	343
	G. ....	90	102
Trabzon	A. ....	145	51
	B. ....	331	113
	C. ....	61	11
	D. ....	135	12
	E. ....	459	398
	F. ....	386	334
	G. ....	118	96
Tunceli	A. ....	6	12
	B. ....	39	60
	C. ....	6	6
	D. ....	23	4
	E. ....	70	122
	F. ....	118	93
	G. ....	37	25
Ş.Urfa	A. ....	16	47
	B. ....	63	81
	C. ....	28	12
	D. ....	69	6
	E. ....	182	187
	F. ....	145	135
	G. ....	60	72
Uşak	A. ....	31	31
	B. ....	39	37
	C. ....	13	8
	D. ....	29	12
	E. ....	159	172
	F. ....	88	107
	G. ....	68	54
Van	A. ....	11	33
	B. ....	60	65
	C. ....	12	9
	D. ....	17	2
	E. ....	211	209
	F. ....	89	88
	G. ....	56	51

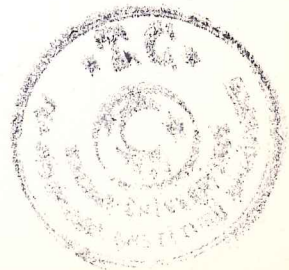


Ç. 7.13

İller	Sağlık Personeli	1980	1984
Yozgat	A. ....	34	34
	B. ....	61	88
	C. ....	36	8
	D. ....	19	6
	E. ....	161	186
	F. ....	175	174
	G. ....	57	65
Zonguldak	A. ....	95	72
	B. ....	93	98
	C. ....	57	14
	D. ....	110	9
	E. ....	563	356
	F. ....	213	218
	G. ....	109	104
TOPLAM	A. ....	16 699	3 625
	B. ....	10 542	7 102
	C. ....	7 077	920
	D. ....	11 578	1 118
	E. ....	26 880	24 130
	F. ....	15 880	14 215
	G. ....	11 664	7 027

(1) Yalnız SSYB'da çalışan sağlık personelini kapsar.

1985 İstatistik Yıllığı'ndaki verilerden düzenlenmiştir.



### 1.1.2.3. Çözüm Önerileri

Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin ülkemizde yeterli ve etkili bir şekilde yaygınlaştırılması için, sağlık hizmetlerinin her kademesinde yeterli nitelikte insan gücü yetiştirilmesi ve kullanılması gerekmektedir.

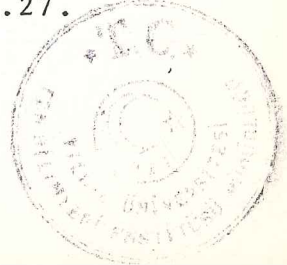
Bu amaçla;

- A. Mevcut sağlık personelinin, ülke içinde dengeli dağıtılabilmesi için sağlık hizmetlerinin tek kurum altında birleştirilmelidir.
- B. Sağlık personelinin sayısal yetersizliği için alınabilecek değişik önlemlerin yanısıra; yardımcı sağlık personeli yetersizliği için, hastanelerimizde var olan refakatçilerden -hasta yakınlarından- etkin bir şekilde yararlanılmaktadır(25,26). Çünkü sağlık personelinin uluslararası standartlarına ulaştırmak uzun süre isteyen bir çözümdür.

---

(25) "...Türk hastanelerinde mesleki bakımdan tam yetişmiş hemşirelik hizmeti hemen hemen yok gibidir. Bu hizmet aile üyelerinden biri, koğuştaki diğer hastalar veya hastanede çalışan eğitilmemiş elemanlar tarafından yapılmaktadır".  
Sevim Görgün, Ön. Ver., s.24.

(26) "Gelişmekte olan ülkelerde yetişmiş yardımcı sağlık personeli azdır. O zaman; yarı eğitilmiş işgücünden ve hastanın ailesinden yararlanılır".  
B.M.Kleczkowski ve R.Pibouleau (der.), Approaches to Planning and Design of Health Care Facilities in Developing Areas (World Health Organization, 1979), s.27.





## 1.2. TÜRKİYE'DE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA REFAKATÇİ SORUNU

### 1.2.1. Refakatçi'nin Tanımı

"...tedirgin, ümit dolu, ümitsizliğe düşen kişi, hiçbir zaman tek başına hastayı tarif edemez. Bazılarına göre, o bir sayı, bazısı için bir vak'a, bazısı için kurtuluş; kimine göre de bir ses, bir kalp atışı veya bir gölge..."(27) olan hasta sağlık hizmetlerinden yararlanmak için sağlık birimlerinden birine müracaat eder. Teşhis ve tedavisi süresince hastanede yatan hastaya iç hasta, hastanede yatmadan bu hizmetlerden yararlanan hastaya dış hasta denir(28).

İç hastalar, hastanede kaldıkları sürece; hastane yönetiminin saptadığı zamanlarda, yakınları tarafından ziyaret edilirler. Ziyaret saatleri dışında da hastasının yanında bulunan kişilere HASTA REFAKATÇİSİ denir.

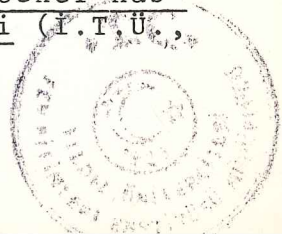
Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 62. Maddesinde hastalara refakat şekli ve koşulları,

"Hastaların yanında refakatçi kalması, kurumda ağır hasta bakımını gerektiren hizmet birimi bulunmadığı takdirde ve tıbbi bir zorunluluk olmak kaydıyla ilgili dal uzmanının lüzum göstermesi ve baştabibin muvafakati ile belirtilen sürece mümkündür.

---

(27) E.Todd Wheeler, Hospital Design and Function (McGraw - Hill, 1964), s.15.

(28) Teoman Doruk, Progresiv Hasta Bakım Metodunun Genel Hastanelerin Fiziksel Planlaması Üzerindeki Etkisi (İ.T.Ü., 1966), s.20.



Refakatçiler, mümkün olduğu ve lüzum görüldüğü takdirde kurumun vereceği özel kıyafet ve kimlik kartı taşımak mecburiyetindedirler. Kadınservisinde erkek refakatçi kalmaz. Özel oda dışındaki refakatçilere yatak verilmek mecburiyeti yoktur. Sürekli kalan refakatçilerin iiaşesi genel esaslar dahilinde kurumca karşılanır. Ücretli hastaların refakatçilerinden Bakanlık fiyat tarifesine göre ücret alınır.

Refakatçiler, tabiblerin direktifleri içerisinde hastalara bakmakla ve kurum disiplinine uymakla yükümlüdürler. Refakatçilere hizmet edilmez"

şeklinde tanımlanmıştır(29).

Gelişmekte olan ülkemizde yardımcı sağlık personeli sorunu çözülememiş olduğundan hastanelerimizin hemen hemen tümünde hasta refakatçisi görülmektedir.

#### 1.2.2. Refakatçi Gereksinmesi ve Sorunları Belirlemek Amacı İle Seçilen Bir Model Üzerinde Yapılan Anket Çalışması Sonuçları

Hastanelerimizde, refakatçi gereksinmesinin yüksek olmasının nedenlerini, hastanede gördükleri işlevleri, işlevlerin yorumlanışını ve belirlenen sorunları ortaya çıkarmak amacıyla; İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesinde bir anket çalışması yapılmıştır. Ek 1, Ek 2, Ek 3, Ek 4, Ek 5'deki anket soruları, 1986 yılı Haziran ve Temmuz aylarında; hastanenin:

(29) Sağlık Personelini İlgilendiren Hukuk Kuralları, Sağlık Mevzuatı, Ön. Ver., s.430.



- o Genel Cerrahi, -acil, çocuk, plastik cerrahi-,
- o Çocuk,
- o Ortopedi-Travmatoloji,
- o Nöroşirürji,
- o Üroloji,
- o Kulak-Burun-Boğaz,
- o Göz,
- o Cildiye,
- o Fizik Tedavi,
- o Radyoterapi

servislerinde; 40 hastaya, 58 refakatçiye, 33 hekime, 38 hemşireye, 24 hasta bakıcıya uygulanmıştır. Genel cerrahi servisinin kalp-damar bölümünde, psikiyatri ve yoğun hasta bakım servisinde tıbbi nedenlerle refakatçi kabul edilmemektedir.

#### 1.2.2.1. Anket Çalışmasının Hasta Görüşü Doğrultusunda Refakatçi Gereksinmesi ve Sorunlarını Belirleyen Değerlendirme Sonuçları

Hastalar için hazırlanmış olan Ek 1'deki anket soruları, çocuk servisi hariç; diğer servislerde 40 hastaya uygulanmıştır. Hastaların;

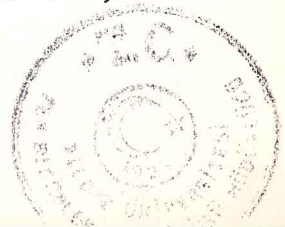
Yaş ortalaması: 39;

Cinsiyet ayrımı: % 40'ı erkek, % 60'ı kadın;

Öğrenim durumları: % 17'si tahsilsiz, % 30'u ilkokul mezunu,  
% 18'i ortaokul, % 17'si lise, % 18'i yüksek okul mezunu;

İşleri: % 35'i ev kadını, % 37.5'i öğrenci, % 7.5 emekli,  
% 7.5 memur, % 12.5'i serbest meslek

olarak belirlenmiştir.



1.2.2.1.1. Hasta Görüşü Doğrultusunda Refakatçi Gereksinmesi

% 27'si İstanbul dışından gelmiş olan hastaların, hastanede kalış süreleri 3 gün ile 2 yıl arasında olduğu anlaşılmıştır. % 100'ü de cerrahi müdahaleyi gerektiren hastalıktan dolayı hastanede yatan hastaların tümü, refakatçiyi gerekli görmektedir.

1.2.2.1.2. Hasta Görüşü Doğrultusunda Hasta ve Refakatçi İlişkisinin Niteliği

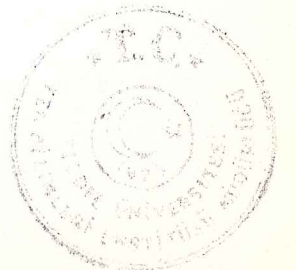
Anket değerlendirme sonuçlarına göre, refakatçilerin % 87.5'i hastanın yakın akrabası, % 5'i uzak akrabası, % 2.5'i arkadaşı, % 5'i yabancıdır.

1.2.2.1.3. Hasta Görüşü Doğrultusunda Refakatçinin İşlevi

Hastaların % 2.5'i, sadece tedavi katkısı nedeniyle; % 5'i psikolojik tedaviyi de yüklediği; % 92.5'i de hem tedaviye katkısı, hem de psikolojik tedaviyi de yüklediği için refakatçiye ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

1.2.2.1.4. Hasta Görüşü Doğrultusunda Refakatçi Sorunları

Hastaların % 80'i, refakatçilerin çok yorulduğunu söyleyerek; gerektiğinde aynı yatağı paylaştıklarını ifade etmişler, refakatçi için dinlenme olanağının sağlanmasını istemişlerdir.



1.2.2.2. Anket Çalışmasının Refakatçi Görüşü Doğrultusunda Refakatçi Gereksinmesi ve Sorunlarını Belirleyen Değerlendirme Sonuçları

Ek 2'deki anket soruları, bölüm 1.2.2'de belirtilen servislerdeki 58 refakatçiye sorulmuştur. Refakatçilerin;

Yaş ortalaması: 35;

Cinsiyet ayrımı: % 7'si erkek, % 93'ü kadın;

Öğrenim durumları: % 9'u tahsilsiz, % 51.7'si ilkokul mezunu,  
% 8.6'sı ortaokul mezunu, % 17.2'si lise,  
% 6.8'i yüksek okul mezunu;

İşleri: % 3.4'ü sağlık personeli, % 3.4'ü üniversite öğrencisi,  
% 1.7'si öğretim üyesi, % 1.7'si emekli, % 6.8'i serbest meslek, % 3.4'ü memur

olarak belirlenmiştir.

% 34.5'i ilk defa refakatçi olan kişilerin içinde, 6 defa refakatçi olarak hastanede kalanların olduğu anlaşılmıştır.

1.2.2.2.1. Refakatçi Görüşü Doğrultusunda Refakatçi Gereksinmesi

Refakatçilerin tümü, kendilerinin hastalara yardımcı olduklarını belirtmişlerdir.

1.2.2.2.2. Refakatçi Görüşü Doğrultusunda Refakatçi ve Sağlık Personeli İlişkisinin Niteliği

Refakatçilerin % 79.3'ü, sağlık personeli ile olan ilişkilerinin olumlu olduğunu belirtirken, % 5.1'i bu ilişkinin olumsuz olduğunu söylemiştir. Anket sonuçlarına göre; refakatçilerin % 15.5'u sağlık personeli ile olan ilişkilerinde kesin bir yargıya varamamışlardır.



1.2.2.2.3. Refakatçi Görüşü Doğrultusunda Refakatçinin İşlevi

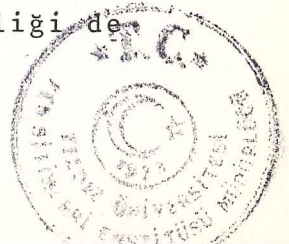
Refakatçilerin % 100'u, sağlık personeli azlığından dolayı kendilerinin hastalarının tedavisine katkıda bulunurlarken; psikolojik tedaviyi de yüklendiklerini söylemişlerdir. Refakatçilerin tedaviye katkıları, hastaya verilen eksersizleri yaptırmak; hastayı tedavi için başka bir servise götürmek; hastaya uygulanan masajı tekrarlamak; gerekli olduğu anlarda sağlık personelini çağırmak; muayene sırasında hastaya yardımcı olmak şeklinde belirlenmiştir. Ayrıca hastalarının temizlik, WC, yemek, ilaç gereksinimlerinin karşılanmasında refakatçilerin yardımının önem kazandığı anket çalışmaları sonucunda anlaşılmıştır(30).

1.2.2.2.4. Refakatçi Görüşü Doğrultusunda Refakatçi Sorunları

Refakatçilere uygulanan anket çalışmasının değerlendirme sonuçlarına göre, sorunları yemek, dinlenme ve banyo olmak üzere üç grupta toplanmaktadır. Hastanede, refakatçi için ayrı yemek çıkmadığından; refakatçiler hastaları ile aynı yemeği paylaşmaktadırlar. Gerektiğinde yemek ihtiyaçlarını hastane dışından karşılayan refakatçilerin en büyük sorunu, dinlenmedir. Refakatçilerin % 93.1'inin günün 24 saatini; % 5.2'sinin 12 saatini; % 1.7'sinin 7 saatini hastalarının yanında geçirmelerine rağmen, sadece % 20'sinin dinlenme imkanına sahip

---

(30) Bazı servislerde hasta yatak odası ve WC temizliği de refakatçiler tarafından yapılmaktadır.



olduklarını belirlenmiştir(31). Hastanedeki kalış süreleri hastalarının kalış süreleri ile orantılı olan refakatçilerin, bu süre içinde hasta bakım ünitesindeki banyodan yararlanamadıkları saptanmıştır. Ayrıca, refakatçiler, kendileri için gerekli malzemenin depolanması sorununa da çözüm beklemektedirler(32).

1.2.2.3. Anket Çalışmasının Sağlık Personeli Görüşü  
Doğrultusunda Refakatçi Gereksinmesi ve Sorunlarını  
Belirleyen Değerlendirme Sonuçları

Ek 3'deki anket soruları, değişik servislerdeki 33 hekime sorulmuştur. Hekimlerin;

Yaş ortalaması: 36;

Cinsiyet ayrımı: % 87'si erkek, % 13'ü kadın;

Görev dağılımı: % 60.6'sı asistan doktor, % 3'ü uzman hekim,  
% 9'u yardımcı doçent, % 15'i doçent, % 12.4'ü  
profesör

olarak belirlenmiştir.

Ek 4'deki anket soruları, değişik servislerdeki 38 hemşireye sorulmuştur. Hemşirelerin;

Yaş ortalaması: 28;

Öğrenim durumları: % 71'i sağlık lisesi mezunu, % 29'u yüksek  
hemşirelik okulu mezunu

(31) Yapılan anket değerlendirmesi sonucunda, iki serviste bu soruna çözüm bulunduğu anlaşılmıştır.

1- Çocuk servisinde, çocuk yataklarının altından çekilerek kullanılan alçak sedirler annelerin dinlenme ihtiyacına cevap vermektedir.

2- Radyoterapi servisinde, bir depoda bulunan katlanır, yataklar geceleri refakatçi tarafından alınarak; hasta yatağının yanına götürülmektedir.

(32) Bazı servislerde hastalar için bile dolap yoktur.



olarak belirlenmiştir.

Ek 5'deki anket soruları ise, 24 hastabakıcıya sorulmuştur.

Hastabakıcıların;

Yaş ortalaması: 37;

Cinsiyet ayrımı: % 75'i erkek, % 25'i kadın;

Öğrenim durumları: % 79'u ilkokul, % 17'si ortaokul, % 4'ü lise

olarak belirlenmiştir.

1.2.2.3.1. Sağlık Personeli Görüşü Doğrultusunda Refakatçi Gereksinmesi

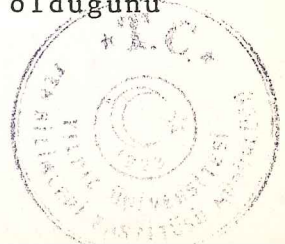
A. Hekimlerin % 18'i refakatçilerin faydalı olduğunu belirtirken; % 19'u refakatçilerin bazılarının faydalı olduklarını belirtmişlerdir. Olumsuz cevap veren hekim yoktur.

B. Hemşirelerin % 79'u refakatçiyi faydalı bulurken, % 3'ü gereksiz görmektedir. % 21'i ise refakatçi gereksinimi için kesin bir yargıya varamamıştır.

C. Hasta bakıcıların % 83'ü refakatçiyi faydalı bulurken, % 17'si kesin bir yargıya varamadıklarını belirtmişlerdir. Olumsuz cevap veren hasta bakıcı yoktur.

1.2.2.3.2. Sağlık Personeli Görüşü Doğrultusunda Sağlık Personeli ve Refakatçi İlişkisinin Niteliği

A. Hekimlerin % 79'u refakatçilerle olan ilişkilerini olumlu olarak belirtirken, % 21'i bu ilişkinin değişken olduğunu





belirtmiştir(33). Refakatçi ile olan ilişkilerini olumsuz değerlendiren hekim yoktur.

B. Hemşirelerin % 76'sı refakatçilerle ilişkilerini olumlu bulurken, % 3'ü olumsuz bulmaktadır(34). Hemşirelerin % 21'i ilişkileri hakkında kesin bir yargıya varamadıklarını belirtmişlerdir.

C. Hasta bakıcıların % 79'u, refakatçi ile olan ilişkilerini olumlu, % 21'i ilişkinin refakatçiye bağımlı olarak değiştiğini belirtmişlerdir. Refakatçi ile olan ilişkilerini olumsuz değerlendiren hasta bakıcı yoktur.

#### 1.2.2.3.3. Sağlık Personeli Görüşü Doğrultusunda Refakatçinin İşlevi

A. Refakatçilerin hekimlere doğrudan yardımcı olamayacakları bir gerçektir. Ancak; yardımcı sağlık personelinin az olması nedeniyle, hekimler hastalarını muayene ve tedavileri sırasında refakatçilerden yardım istemektedirler(35).

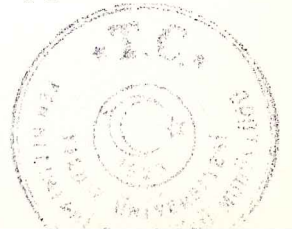
B. Hemşirelerin işlevlerinden olan psikolojik tedaviyi, refakatçiler yürütmektedir. Ayrıca, hemşire sayısının az olması nedeniyle; hastanın bakımı, temizliği, dolaşma, yemek,

---

(33) Doktorlar, hastaları iyileştikçe refakatçilerle ilişkilerinin olumlu yönde geliştiğini belirtmişlerdir.

(34) Refakatçilerin bir kısmı, hemşirelere yönelttikleri sorularla; onların işlevlerini tam olarak uygulayabilmelerini engellemektedirler.

(35) Muayene sırasında hastayı döndürme, acil durumlarda haber verme, gösterilen bir eksersiz hastaya uygulama şeklindeki yardımlardır.



WC, ilaç gereksinimleri de refakatçiler tarafından karşılanmaktadır. Hastanın idrarının toplanması, tahlillerinin yaptırılması, bazı servislerde masajının uygulanması sırasında refakatçilerin yardımı büyüktür.

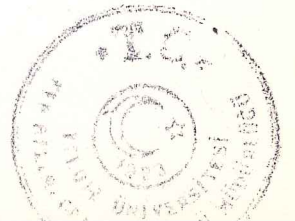
C. Hasta bakıcının görevleri arasında olan, yatak yapımı, muayene sırasında hastayı tutma, hastayı gerektiğinde başka bir servise taşıma, hasta yatak odası temizliği; personel azlığından dolayı refakatçilerin yardımı ile yapılmaktadır.

#### 1.2.2.3.4. Sağlık Personeli Görüşü Doğrultusunda Refakatçi Sorunları

Hekim ve hemşireler refakatçilerin en önemli sorunlarının dinlenme olduğunu vurgulamışlardır(36). Hekimlerin % 100'ü hastane tasarımında refakatçinin de gözönünde bulundurulmasını olumlu bulurken, hemşirelerin % 95'i olumlu bulmuştur. Hemşirelerin % 5'i refakatçileri gözönünde bulunduran hastane tasarımlarının gereksiz olduğunu belirtmiştir.

---

(36) Çocuk ve Radyoterapi servislerinden başka Ortopedi-Travmatoloji servisinde refakatçilerin dinlenme sorunu görüldüğü halde bir çözüm getirilmemiştir.



### 1.3. SONUÇ VE ÖNERİLER

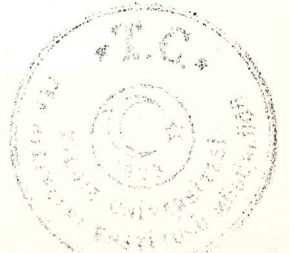
Gelişmekte olan ülkemizde, sağlık personelinin sayısal ve kalite açısından yetersizliği ve bunun uzun süre devam edeceği kesindir. Hastalara yeterli ölçüde bakım sağlamak için; yapılan anket çalışması ile varlığı saptanan REFAKATÇİ'lerden etkin bir şekilde yararlanılması gereklidir.

#### 1.3.1. Refakatçi Gereksinmesi

Hastaların, refakatçilerin % 100'ü; hekimlerin % 81'i, hemşirelerin % 79'u; hasta bakıcılarının % 83'ü refakatçiyi faydalı bulduğunu belirtirken; refakatçinin bugünkü sağlık hizmetlerinde vazgeçilemeyen bir eleman olduğunu da belirlemiş oluyorlar.

#### 1.3.2. Refakatçi ve Sağlık Personeli İlişkisinin Niteliği

Anket çalışması sonuçlarının değerlendirilmesine göre; refakatçilerin % 79.3'ü, hekimlerin % 79'u, hemşirelerin % 76'sı, hasta bakıcılarının % 79'u refakatçi ve sağlık personeli ilişkisini olumlu bulmaktadır. İlişkiye olumsuz yaklaşmanın, refakatçinin hastası hakkında gereğinden fazla soru sormasından kaynaklandığı saptanmıştır. Hastaların hastalıkları ve tedavi şekilleri hakkında, refakatçilere verilecek bilgi ile hem bu sorun çözümlenmiş; hem de refakatçilerden daha etkin bir şekilde yararlanılmış olacaktır.



### 1.3.3. Refakatçinin İşlevi

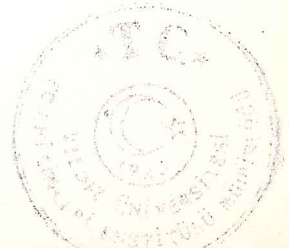
Ülkemizde, sayıca yetersiz olan yardımcı sağlık personelinin işlevlerinin bir kısmının; refakatçiler tarafından yerine getirildiği yapılan anket çalışması sonuçlarının değerlendirilmesinde belirlenmiştir. Bu işlevler:

- o Hastanın temizliği,
- o Hastanın yatağının yapılması,
- o Hastanın yemeğinin yedirilmesi,
- o Hastanın WC gereksiniminin karşılanması,
- o Hastanın başka bir servise götürülmesi,
- o Hastanın diğer gereksinimlerinin karşılanması,
- o Hastanın tedavi ile ilgili işlemlerinin takibi,
- o Hastanın tedavi ile ilgili bakımının yapılması ve
- o En önemlisi hastanın psikolojik tedavisinin yürütülmesidir.

### 1.3.4. Refakatçi Sorunları

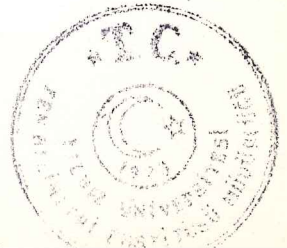
Hastanelerimizde, refakatçilerden etkin bir şekilde faydalanılmasına rağmen; kendilerinin günlük gereksinimlerine çözüm getirilmemiştir. Bunlar:

- o Refakatçinin dinlenme,
- o Refakatçinin yemek,
- o Refakatçinin banyo,
- o Refakatçinin malzemelerinin depolanması sorunlarıdır.



### 1.3.5. Öneriler

Refakatçilerin varlığı ve yararlılığı anket çalışması ile saptandığına göre; refakatçilerin varlığını göz önünde tutan, onlara hastanenin tıbbi servislerini bozmayacak şekilde işlem görmelerine olanak sağlayan hastane tasarımlarının yapılması, mevcut hastanelerde yeni düzenlemelere gidilmesi gerekmektedir. Bunun için de; önce refakatçinin hasta bakım ünitesi ve hasta yatak odası içindeki eylemleri belirlenmelidir.



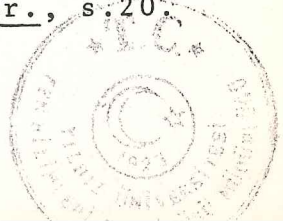
## BÖLÜM 2 - REFAKATÇİNİN ÜNİTE VE ODA İÇİ EYLEMLERİNİ BELİRLEMEK AMACI İLE HASTA BAKIM ÜNİTESİ VE HASTA YATAK ODASININ İRDELENMESİ

### 2.1. HASTA BAKIM ÜNİTESİ VE İŞLEVİ

İç hastalar için ayrılmış olan alanlar, hastanelerin nedenini ve çekirdeğini oluşturmaktadır. Bu alanlar ülkelere göre değişik oranlardadır (Çizelge 8). İç hasta ünitelerinde üç ana işlev yerine getirilir(37).

- A. Normal vücut etkinlikleri: Yemek yeme, uyuma, WC ihtiyaçları, vb.
- B. Tedavi: Muayene, ilaç verme, tedavi için gezinme.
- C. Normal hayata hazırlama: Rehabilitasyon ve egzersiz.

Bu işlevlerin yerine getirilmesinde personel ve donatı önemli rol oynar. Personel, hasta ile işlevler arasındaki bağı kurar. Donatı da bu işlevlerin yapılması için gerekli mekanları oluşturur.



ÇİZELGE 8

ÜLKELERE GÖRE HASTANELERDE İÇ HASTA ALANLARI (1)

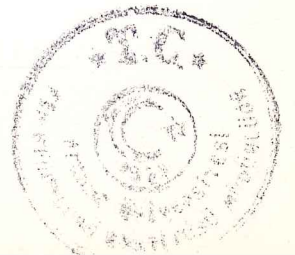
	İç Hasta Alanlarının Toplam Hastane Alanına Oranı	Yatak Başına Düşen İç Hasta Alanı - M <sup>2</sup>
İngiltere	41-56	21-27
Brezilya (2)	44	20-24
Afrika (Kenya ve Tanzanya)(3)	40	8
Afrika(4)	-	3.1 - 8.9

(1) Sirkülasyon ve servis mekanlarını içine alan ünite alanı.

(2) Brezilya, Sağlık Bakanlığı (1974) Normas de construção e instalação do hospital geral.

(3) Mein, P. & Jorgensen, T. (1975) Design for medical buildings: A manual for the planning of health care facilities under conditions of limited resources.

B. M. Kleczkowski & R. Pibouleau, Approaches to Planning and Health Care Facilities in Developing Areas , s.20.



İç hastaların, hastalıklarının çeşitli evrelerinde kaldığı hastane birimine, Amerikalıların deyimi ile Hasta Bakım Ünitesi veya İngilizlerin deyimi ile Koğuş Ünitesi denir(38). Hastanelerde, sosyal ve tıbbî nedenlerle; hastalığın cinsine göre farklı bakım üniteleri yer alır. Bu farklılaşmaya rağmen; gelişmiş ülkelerde, hasta bakım ünitelerinin tümünde beş tür hasta bakım şekli uygulanır(39).

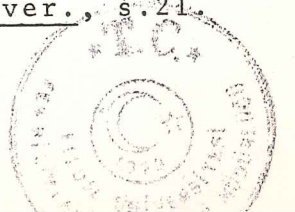
- A. Yoğun tıbbî bakım: Hastanın yaşaması için tıbbî ve hemşire bakımının yanında tıbbî donatı gerektiğinde % 1.
- B. Yoğun hemşire bakımı: Yatağından kalkamayan hastanın sürekli hemşire bakımına ve fiziksel yardıma ihtiyacı olduğu zaman % 20-25.
- C. Orta hemşire bakımı: Hastanın yardımla günde birkaç defa dolaşabildiği zaman % 25-35.
- D. Hafif hemşire bakımı: Hastanın enaz yardımla dolaşabildiği zaman % 20-30.
- E. Kendi kendine bakım: Hastanın uzun süre kontrol altında tutulduğu zaman veya nekahet devresinde % 5-10.

Ülkemizde, gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi; orta hemşire bakımı, hastaların % 75-80 gibi yüksek bir oranına uygulanır. Yoğun bakım ise; 6-8 yataklı ünite büyüklüğünde, yatak sayısı fazla hastanelerde bulunur.

---

(38) Teoman Doruk, Ön. ver., s.20.

(39) B.M.Kleczkowski ve R.Pibouleau (der.), Ön. ver., s.21.





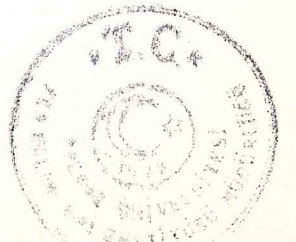
### 2.1.1. Hasta Bakım Ünitesinin Büyüklüğü

Hasta bakım ünitesinin büyüklüğü hasta yatak sayısı ile ölçülür. Hasta yatak sayısını da belirleyen, hizmet eden mevcut sağlık personeli ve yardımcılarınıdır.

Normal bir hasta bakım ünitesi 20-30 yataklı birim olarak kabul edilir(40). Bu sayı bir hekim, bir asistan, bir ünite hemşiresi, iki öğrenci hemşire veya hasta bakıcı ve bir müstahdem aktif olabileceği yatak sayısıdır. 20 yatağın altında kalan ünite büyüklüğü ekonomik olmamasına rağmen; personel açısından olumludur. 30 yatağın üzerinde yatak sayısı olduğu zaman, başhemşire ile yardımcı sağlık personeli arasındaki işbirliği zayıflar. Hemşirenin kontrolü azalır. Böyle durumlarda, ünite sayısı fazlalaştırılır. Bazı servis mekanları, üniteler tarafından ortak kullanılırlar.

Devlet Planlama Teşkilatınının 6083.04-3-64-1279 sayılı ve 2.4.1964 tarihli yazısı ile yıllık programların hazırlanması, yatırım isteklerinin değerlendirilmesi, kısa ve uzun süreli problemler ve çözüm yolları, bunlarla ilgili olarak gerekli tedbirlerin alınması konularında daha verimli çalışabilmek için hastanelerin inşaa maliyetleri ve standartları tesbit etmek amacıyla Hastane İnşaa Maliyetleri ve Standartları Geçici Özel İhtisas Komisyonu kurulmuştur.

Bu komisyonun hazırladığı ön rapora göre; Türkiye'de, hasta



bakım ünitesi büyüklüğü 25-30 hasta yatağı olarak kabul edilmiştir(41).

Bir hasta bakım ünitesinde sağlık personeli, dolayısıyla hasta sayısını belirlerken; bazı kriterlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir(42). Bunlar:

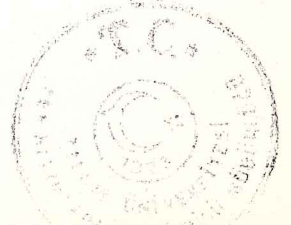
- A. Başhemşirenin eğitimi ve tecrübesi.
- B. Başhemşirenin kontrolü altında çalışan personelin eğitimi, tecrübesi.
- C. Hasta bakım ünitesi tasarımının etkinliği ve mevcut hastane servisleri.
- D. Başhemşire ile diğer ünite personeli arasındaki görev dağılımının uygunluğu.
- E. Uzman hekim ve asistanların sayısı ve mesleki uygulama başarıları.
- F. Hastanenin öğretim ve araştırma programlarıdır.

Ayrıca hastanın gerçek ihtiyaçları, hastalığın türü, sosyal ve kültürel etkenler de hasta bakım ünitesinin büyüklüğünü etkiler.

---

(41) Aptullah Kuran ve diğerleri, "Hastane İnşa Maliyetleri ve Standartları Geçici Özel İhtisas Komisyonu Ön Raporu", Devlet Planlama Teşkilatı için hazırlanmış rapor, (14.5.1964 - 14.7.1964), s.7.

(42) "Planning the Patient Care Unit in the General Hospital, U.S. Public Health Service Publication, 1963, s.7" Teoman Doruk, Ön. ver., s.23.



## 2.1.2. Hasta Bakım Ünitesini Oluşturan Birimlerin Analizi

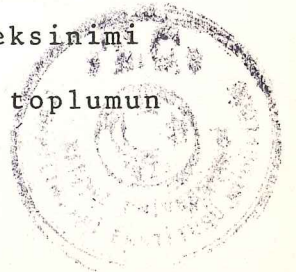
### 2.1.2.1. Hasta Yatak Odaları

Büyüklüğü belirlenmiş hasta bakım ünitelerindeki hastalar, koğuştan tek kişilik odaya kadar değişen mekanlarda yatma eylemini yerine getirirler. Yatma eylemi ile ilgili en önemli sorun, hasta yatak odasındaki yatak sayısı ve farklı büyüklükteki odaların kullanım oranlarıdır (hasta yatak odaları detaylı olarak Bölüm 2.2'de incelenecektir).

### 2.1.2.2. WC, Lavabo, Banyo

Gün geçtikçe hastaların daha çabuk iyileşmeleri; konfora olan eğilimin artması; WC, lavabo ve banyoların ünite içerisindeki konumlarını etkilemiştir. Önceleri; yatak odalarından ayrı olarak gruplanan WC ve lavaboların, daha sonraları yatak odası ile birlikte tasarlanmasına yönelinmiştir. Bu durumda, Lavabo WC içinde mi dışında mı olmalı tartışılmaktadır. Lavabonun WC dışında olması halinde; yatakta yatan hastanın görüntü, ses ve kokudan rahatsız olmaması için gerekli önlemlerin alınması zorunludur. Yataktan kalkamayan hastaların WC gereksinimi için kullanılan aletlerin temizliği, gerekli donatı olduğu takdirde WC mekanı içinde yapılabilir.

Hasta bakım ünitesinde, gezen ve yatağından kalkamayan hastalar için değişik banyo tasarımları yapılır. Tedavi amacıyla kullanılan banyolar hariç, hastaların yıkanma gereksinimi duşlarla da giderilebilir. Hastanın özelliğine ve toplumun



tercihine göre, duşlar her oda için olan WC ile birlikte düşünüldüğü gibi; hasta bakım ünitesi içinde banyo ile birlikte de olabilir(43).

WC, lavabo ve banyolar ünite içinde nerede yer alırsa alsın; temizleme olanakları, el tutma, el dayama kolları hastalara yardımcı olacak şekilde tasarlanmalıdır. Kapılar, hastaların bayılma ve düşmelerine karşı; dışarı doğru açılmalıdır.

Türkiye'deki hasta bakım ünitelerinde; WC, lavabo ve banyo, tek kişilik oda hariç, hasta yatak odalarından ayrı olarak tasarlanmaktadır. Her 8 hasta için de bir WC düşünülmektedir(44). WC, lavabo ve banyoların hastalardan başka refakatçiler tarafından da kullanıldığı düşünülerek; sayılarının, yapılacak hastane tasarımlarında yeniden ele alınması zorunludur.

#### 2.1.2.3. Gündüz Odası

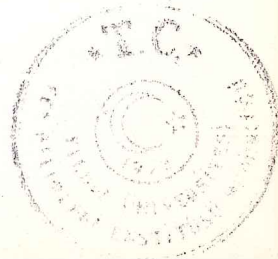
Yatağından kalkabilen hasta ve refakatçi, dinlenme, oturmak ve yemek yemek için bu mekanı kullanır. Yürüeyebilen hastalar, ziyaretçileri ile burada görüşebilir.

#### 2.1.2.4. Hemşire İstasyonu

Hemşire bakımı, tıbbi teşhis ve tedavilerin uygulanması ile ilgili işlevlerin tümüdür. Bir hasta bakım ünitesinde, hemşi-

(43) Teoman Doruk, Ön. ver., s.37.

(44) Aptullah Kuran ve diğerleri, Ön. ver., s.8.



re bakımı ilgili işlevlerin düzenlendiği ve yönetildiği en önemli mekan hemşire istasyonudur. Buradan, ünitenin haberleşme, idare ve kayıt işlemleri yürütülür. Bu işlemler için ayrı personele ihtiyaç vardır. Ayrıca, gelen hasta ziyaretçilerinin ise personelin kontrolü, haberleşme sistemlerinin izlenmesi buradan sağlanır.

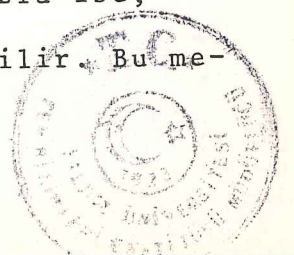
Geleneksel tasarımda üniteye gelenlerin kontrolü için hasta bakım ünitesinin girişinde tasarlanan hemşire istasyonu, ünitedeki hemşire bakım işlevlerinin odak noktası kabul edilerek; ünitenin merkezinde yer almaktadır.

Hemşire istasyonunda, kontrol ve çağrı sistemlerinin izlendiği açık bir izleme mekanı, hemşire, doktor ve hasta bakıcıların kullanabileceği dökümanların incelenmesi için gerekli bir mekan, başhemşire odası bulunur. Hastanenin büyüklüğüne göre; ayrıca bir toplantı odası da olabilir. Bu mekanlarda doktor, hemşire, tıp öğrencilerinin ve hastabakıcıların birlikte çalışabileceği gözönünde tutularak; mekan donatıları belirlenmelidir.

Ülkemizde, hemşire istasyonundan hastaların izlenmesi için gerekli teknik donatının olmaması nedeniyle, zorunlu hallerde hasta ile hemşire arasındaki ilişki refakatçi ile sağlanır.

#### 2.1.2.5. Doktor ve Muayene Odası

Ünitedeki hasta yatak odalarında, yatak sayısı fazla ise; özel muayene için doktor odalarından yararlanılabilir. Bu me-



kanın, hemşire ile doğrudan ilişkisi açısından, hemşire istasyonuna yakın olmalıdır. Yardımcı sağlık personelinin yetersiz olduğu ünitelerde, hasta refakatçisinin yardımı ile bu mekana gelir.

#### 2.1.2.6. Agonizan Odası

Ağır hastaların, diğer hastalardan tecrit edilmesi için kullanılan odadır.

#### 2.1.2.7. Hasta Bakıcı Odası

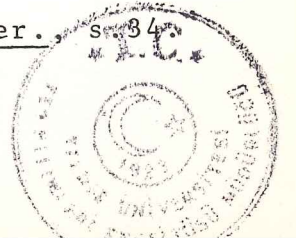
En az iki hasta bakıcının kullanabileceği büyüklükte ve düzende tasarlanmalıdır. Aynı mekan içinde hasta bakıcıların dinlenme olanağı da sağlanmalıdır.

#### 2.1.2.8. Servis Mutfağı

Hasta için, kendi hastalıklarından sonra önemli olan yemektir. Bazı ülkelerde hastanın yemek gereksinimi, yakınları tarafından karşılanır. Bu sistem hastane yönetimi tarafından kabul edildiği takdirde, tasarımda da düşünülmelidir(45).

Eğer, hastanın yemek gereksinimi hastane tarafından karşılanıyorsa; içinde diyet mutfağı da bulunan genel bir mutfak bulunur. Hastaların yemekleri, genel mutfakta her hasta için ayrı ayrı düzenlenerek hasta odasına ulaştırıldığı gibi; toplu olarak ünite servis mutfağına geldikten sonra hasta bakı-

(45) B.M.Kleczkowski ve R.Pibouleau (der.), Ön. ver., s. 84



cılar tarafından dağıtılabılır. Birinci sistem ekonomik de-  
ğildir, disiplinli tam bir ekip ister.

#### 2.1.2.9. Çamaşır Depoları

Hemşirenin kontrolü altındaki temiz çamaşır deposu, dağıtım kolaylığı açısından hemşire istasyonu ile bağlantılıdır. Kir-  
li çamaşır deposunun çamaşırhane ile bağlantısı, düşey sirkü-  
lasyon elemanlar ile sağlanır. Temiz çamaşır dağılımı ve kir-  
li çamaşırların bir merkezde toplanması hasta bakıcılar tara-  
findan yapılmaktadır.

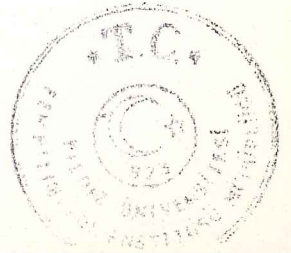
#### 2.1.2.10. Personel WC'leri

Hastane İnşa Maliyetleri ve Standartları Geçici Özel İhtisas  
Komisyonu Ön Raporuna göre; hastane personeli için her 10 ki-  
şiye bir WC olmalı, doktor ve hemşire WC'leri birleştirilme-  
lidir(46). Bir ünite de personel sayısı onu geçmeyeceği için;  
doktor, hemşire ve hastabakıcılar için bir kadın, bir erkek  
WC'si yapmak gerekir.

#### 2.1.2.11. Ördek, Sürgü Mahalli

Yatağından kalkamayan hastaların WC gereksinimi için kullanı-  
lan elemanların temizlendiği ve depolandığı mekandır. Bunların  
hastalar tarafından kullanılması, hasta bakıcı veya refakatçi  
yardımı ile olmaktadır.

(46) Aptullah Kuran ve diğerleri, Ön. ver., s.8.



#### 2.1.2.12. Temizlik Aletleri Deposu

Ünite temizliği için gerekli olan aletlerin bulunduğu yerdir. Bu aletler müstahdem kadrosundaki hasta bakıcılar tarafından kullanılır.

#### 2.1.2.13. Depolar

Sedye, yedek hasta yatağı, tekerlekli sandalye, ünitenin özelliğine göre; gerekli donatının depolandığı mekanlardır.

#### 2.1.2.14. Ulaştırma, Dağılım, Haberleşme Mekanları

Hastaların, personelin, malzemelerin ulaştırılması (transportation) ve bölümler arası yazışmaların, haberlerin iletilmesi hasta bakım ünitelerinde en büyük sorundur. Bugün, bu sorunun çözümünde zamandan ve personelden tasarruf için otomasyondan yararlanılmaktadır(47).

Bakım üniteleri katları arasında ulaşım ve dağıtım sağlayan asansör ve monjarjların yanında mekanik taşıyıcılar (mechanical conveyors) kullanılmaktadır. Steril ve steril olmayan malzemelerin taşınması için hasta bakım ünitesi içinde merkezi ulaşım birimleri meydana getirilmiştir. Her hasta odası için kirli ve temiz malzeme için, ulaşım elemanları bulunan hastane tasarımları vardır(48). Fiziksel planlamayı etkileyen

---

(47) Teoman Doruk, Ön. ver., s.46-49.

(48) Gérard Guez, "Image Ouverte de L'Hôpital", L'architecture d'Aujourd'hui, 150, 6-7 (1970), s.5-11.





ulaştırma sistemi, hastane programı sürecinde ele alınması gerekmektedir.

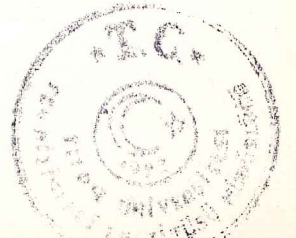
Hasta bakım ünitesindeki kişiler arasında, hasta bakım ünitesi ile hastanenin diğer bölümleri arasında yapılan bilgi akışı verişi; sözlü, kotlu sesli, ışıklı ve yazılı olabilmektedir.

Bunlar(49):

- A. İşitme-görme sistemi (Audio-visual system): Bu sistem hemşire ve hasta ilişkilerini düzenler. Ünite içinde bu sistemin istasyonları vardır.
- B. Çağrı sistemleri (paging systems): Hastane personeli arasında haberleşmeyi sağlar. Bunlar, telefon, ışıklı uyarı, radyo sistemleri şeklindedir.
- C. Telefonlar: Santralli veya doğrudan, hastane birimleri arasındaki haberleşmeyi sağlar.
- D. İnterkomünikasyon sistemleri: Bakım ünitesi birimleri arasında veya bakım üniteleri arasında haberleşmeyi sağlayan bir sistemdir.
- E. Pnömatik boru: Yazılı belgelerin birimler arasında dağılımını sağlar.
- F. Transkripsiyon sistemleri: Yazılı mesajları bir üniteden diğerine ileten elektronik kayıt sistemleridir.

---

(49) "Planning the Patient Care Unit in the General Hospital, U.S. Public Health Service Publication, 1962, s.33-35". Teoman Doruk, Ön. ver., s.49-51.



Sağlık tesislerinin yatak başına düşen yatırım paylarının belirlenmesi ve bu maliyetlerin hasta türlerine ve gruplarına bağlı olarak saptanması için; T.B.T.A.K., Yapı Araştırma Enstitüsü'nde Ersun Pişirici tarafından ihtiyaç programlarına dönük bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda, sağlık tesislerinin yatak sayılarına göre; ihtiyaç programları tesbit edilmiştir(50). İhtiyaç programlarında, hasta bakım ünitelerinde olması gereken birimler de belirlenmiştir (Çizelge 9).

#### 2.1.3. Hasta Bakım Ünitesinde Mekan İlişkileri

Hemşire istasyonu ile diğer mekanlar arasındaki sirkülasyon ve hasta yatak odaları ile diğer mekanların işlevsel ilişkileri E.Todd Wheeler tarafından şema haline getirilmiştir (Şekil 4) (Şekil 5).

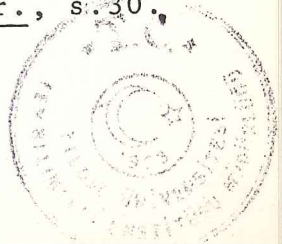
#### 2.1.4. Hasta Bakım Ünitesi Tasarımının Gelişimi

18. yüzyılda hasta bakım ünitesi olarak kullanılmakta olan küçük koğuşlar, 19. yüzyılda tabii havalandırma ve kontrol kolaylığı için; yerlerini daha büyük koğuşlara bırakmışlardır. Ünlü hemşirenin adını verdiği "Nightingale" koğuşları, kendisinden önce de kullanılmakta idi(51). Bu tip üniteye ya-

---

(50) Ersun Pişirici, Yatırım Tutarlarının Kestirilebilmesi İçin Sağlık Tesislerinin Gruplandırılması (T.B.T.A.K., 1976).

(51) B.M.Kleczkowski ve R.Pibouleau (der.), Ön. ver., s.30.

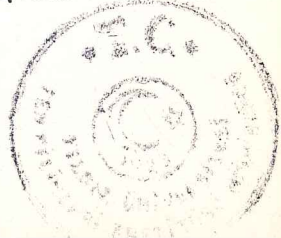


ÇİZELGE 9

TÜRKİYE'DE HASTANE YATAK SAYILARINA GÖRE  
HASTA BAKIM ÜNİTESİ İHTİYAÇ PROGRAMLARI

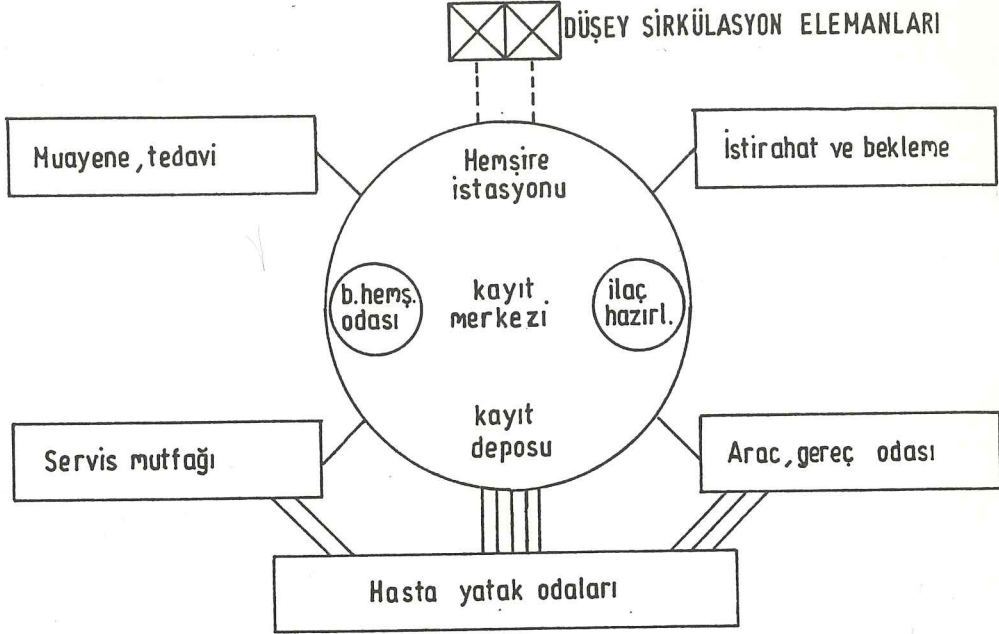
	25 Yataklı Sağlık Merkezi	50 Yataklı Hastane	100 Yataklı Hastane	200-300 Yataklı Hastane	400-600 Yataklı Hastane	1000 Yataklı Hastane
Hemşire istasyonu			○	○	○	○
Hemşire odası ve hemşire istirahat o.			○	○	○	○
Hastabakıcı odası			○	○	○	○
Mütehassıs doktor odası			○	○	○	○
Mütehassıs muavin odası						○
Baş asistan odası						○
Asistanlar odası						○
Nöbetçi asistanlar odası						○
Sekreter odası				○	○	○
Laboratuvar			○	○	○	○
Muayene ve pansuman odası				○	○	○
Gündüz ve ziyaretçi odası			○	○	○	○
Ördek sürgü temizleme ve muhafaza yeri			○	○	○	○
Temizlik aletleri ve paspas yıkama mahal.			○	○	○	○
W.C ve lavabo ( hastalar için)			○	○	○	○
Hasta banyosu			○	○	○	○
Agonizan odası veya yedek oda			○	○	○	○
Temiz çamaşır mahalli			○	○	○	○
Kirli çamaşır mahalli			○	○	○	○
Yemek ofisi			○	○	○	○
Personel W.C ve lavabosu			○	○	○	○
Yatak odaları			○	○	○	○
Araba ve sedye mahalli			○	○	○	○
Telefon boksları				○	○	○

Ersun Pişirici , Yatırım Tutarlarının Kestirilebilmesi İçin Sağlık Tesislerinin Gruplandırılması'ndaki verilerden düzenlenmiştir.



ŞEKİL 4

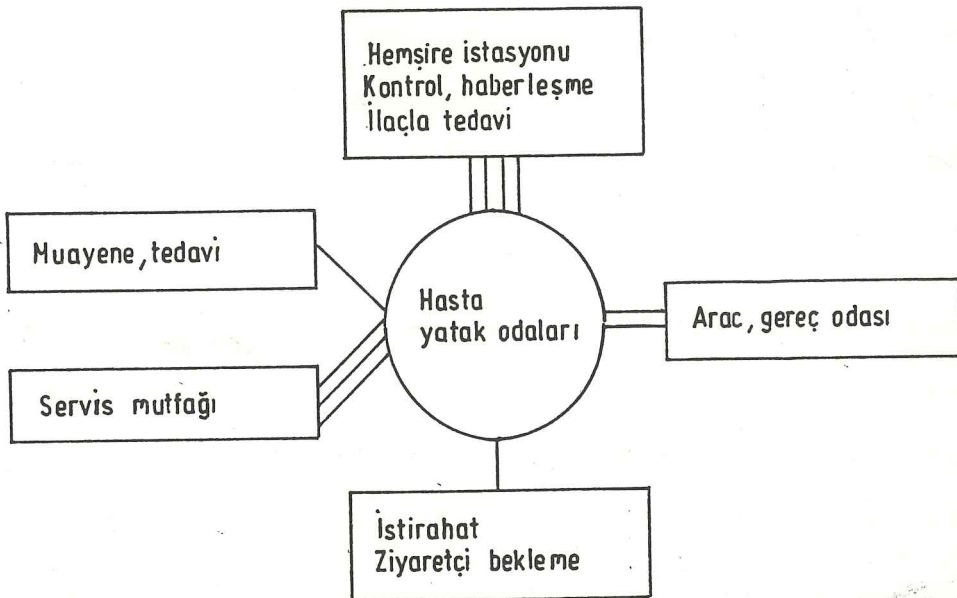
HEMŞİRE İSTASYONU VE ÜNİTE MEKANLARI İLİŞKİSİ



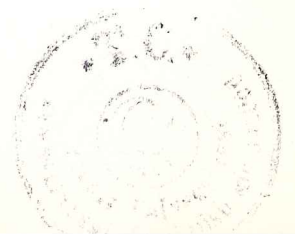
E.Todd Wheeler, Hospital Desing and Function , s.105.

ŞEKİL 5

HASTA YATAK ODASI VE ÜNİTE MEKANLARI İLİŞKİSİ



E.Todd Wheeler, Hospital Desing and Function, s.94.



taklar, tek bir mekan içinde; baş pencereye gelecek şekilde dizilirler (Şekil 6). Zamanla aynı mekanlar, yatakların pencereye paralel konması şeklinde değişme göstermiştir. Yataklar da, alçak bölmelerle biribirinden ayrılarak, Danimarka'daki "Rigs" Hastanesinde olduğu gibi; açık koridorun iki yanında yer alırlar (Şekil 7). Yatak gruplarının etrafındaki bölmelerin tavana kadar yükselmesiyle hasta yatak odaları ortaya çıkmıştır. Son 20-30 yılda, gelişmiş hastanelerde, 2, 3, 4, 5, 6 yataklı odalar tek yataklı odalarla birlikte kullanılmış; birçok hasta bakım ünitesi tipi tasarlanmıştır. Bazı ülkelerde mahremiyet talebinden dolayı tek yataklı odalara yönelim olmuştur.

Ülkemizde, hasta bakım ünitelerindeki 25 yatak, 3x6 yatak, 2x3 yatak, 1x1 yatak olarak hasta yatak odalarının büyüklüklerini belirlemektedir(52).

Koşulların bırakılıp, yatak sayısı az hasta odalarından oluşan hasta bakım ünitelerine geçilmesiyle; hasta servis mekanları, yatak odaları ile birlikte düşünölmeye başlanmıştır. Bu tip üniteler beraberinde, maliyet artışı, ek personel ve birçok karmaşık kominikasyon sistemini de getirmiştir.

Bu gelişmelere paralel olarak, ünite tasarımında tek koridor ve çift koridor sistemi kavramlarını ortaya çıkarmıştır. Tek koridor sisteminde, hasta yatak odaları servislerle birlikte; bir koridorun iki yanında yer aldığı gibi, odalar koridorun

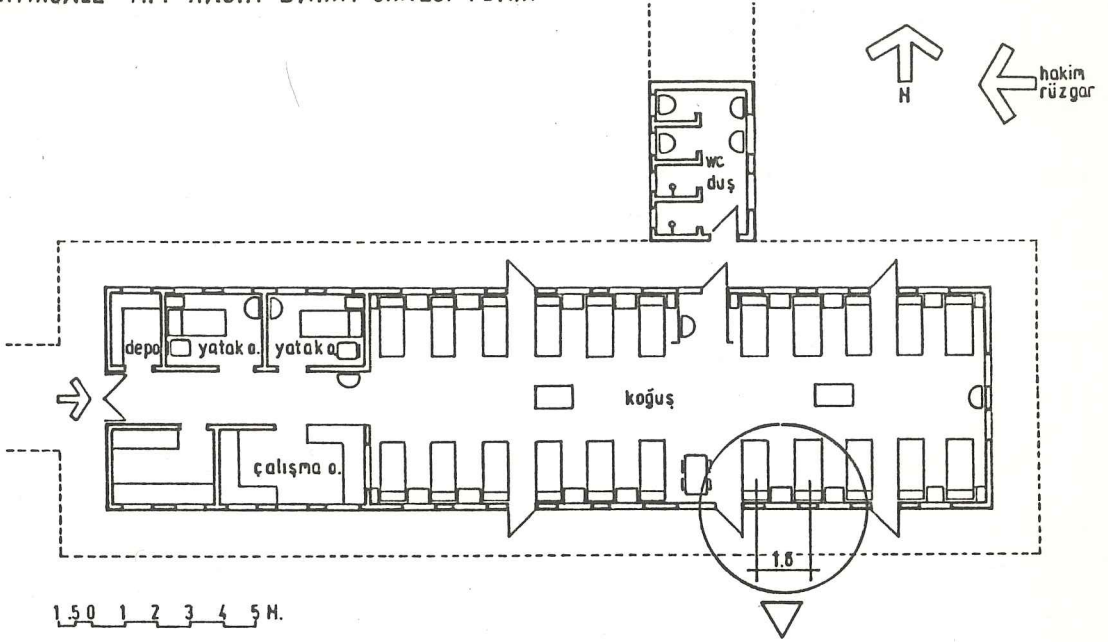
---

(52) Ülkemizde yapılan hastanelerin programlarına göre.



## ŞEKİL 6

### NIGHTINGALE TİPİ HASTA BAKIM ÜNİTESİ PLANI

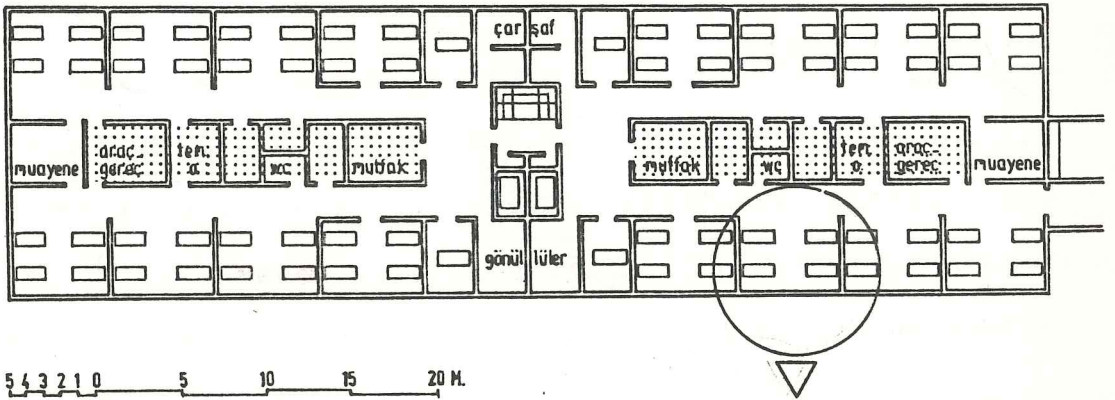


Yatak aksları için min. ölçü kabul edildiği zaman, yatak aralarındaki sabit dolaplarla yatak yerleri belirlenir.

B.M.Kleczkowski & R. Pibouleau , Approaches to Planning and Desing of Health Care Facilities in Developing Areas , s.24.

## ŞEKİL 7

### RIGS TİPİ HASTA BAKIM ÜNİTESİ PLANI



Mimar E.F. Stevens'in önerisi ile wc grupları yatak nişleri arasına yerleştirilmiştir. 2.Dünya savaşından sonra alçak olan bölmeler yükselerek odaları meydana getirmiştir.

Hugh Gainsborough ve John Gainsborough, Principles of Hospital Design , s.41.



bir yanında, servisler diğ er yanında yer alabilir(53). Çift koridor sisteminde, ünite servis mekanları suni olarak ışıklandırılıp havalandırılarak iki koridor arasında yer alır. Hasta yatak odaları veya koğuşlar, koridorların diğ er yanlarında bulunurlar(54). Bu sistemlerin değışimiyle, kare, üçgen ve dairesel formlar ortaya çıkmıştır.

Hastane İnşa Maliyetleri ve Standartları Geçici Özel İhtisas Komisyonu Ön Raporunda; ülkemizde, hasta yatak odalarının her yöne konulabileceğı belirtilmesine rağmen; yön nedeni ile, hasta yatak odaları tek tarafta olan tek koridor sistemi tercih edilmektedir(54).

#### 2.1.5. Hasta Bakım Ünitesinde Tasarım İlkeleri

Bir hasta bakım ünitesi tasarımında üç ana ilke göz önünde bulundurulmalıdır(55).

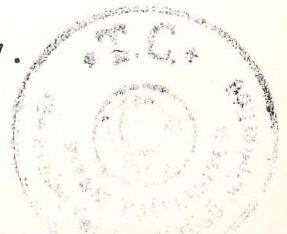
A. Hastanın coğrafi durumu: Hastanedeki hasta bakım ünitelerinin kaç kişiye hizmet vereceğini belirler.

B. Kültürel ve ekonomik veriler: Dini tesirler, etnik gruplar, sınıfların tarifi, cinsiyet farklılıkları araştırılmadan tasarlanan hasta bakım ünitelerinde, kullanıcılar (hasta, refakatçi, sağlık personeli) çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Bu da, zamanla ünite içinde fiziksel bozulmalara neden olmaktadır.

(53) Teoman Doruk, Ön. ver., s.55.

(54) Aptullah Kuran ve diğ erleri, Ön. ver., s.7.

(55) B.M.Kleczkowski ve R.Pibouleau, Ön. ver., s.27.



Ekonomik kısıtlamalar, teknik hizmetlerin ekonomik yönü, ünite tasarımını etkilemektedir.

C. Ünitenin işlevsel gereksinimleri:

Hastanın

- o Kalış süresi,
- o Hangi tıbbi etkinliklerden yararlanacağı,
- o Hasta bakım şekli,
- o Personelin eğitimi, çalışma tutumu,
- o Hastanın diğer hastane birimleri ile olan ilişkisi,
- o Ve halkın eğitimi önceden bilinmelidir.

Bu verilerin toplanmasındaki neden; hastaya en iyi bakımın sağlanacağı fizikî mekanları oluşturmaktır. Buna kısaca; sosyo-ekonomik verilerle, tıbbi gelişmeye de cevap verecek mekanların yaratılması diyebiliriz.

2.1.6. Hasta Bakım Ünitesi Türleri

Bir hastanede hasta yatakları, ünite ya da oda olarak; hastanın cinsiyetine, yaşına, sınıfına, hastalığına veya bakım şekline göre gruplanırlar(56).

A. Hastanın cinsiyetine göre ünite tasarımı: Hastanelerde kadın ve erkek hastalar için ayrı üniteler düşünülür. Yalnız, yatak sayısı az olan hastanelerde kadın ve erkek aynı ünite içinde yer alabilir. Yatak odaları iki gruba ayrılarak; her cins için ayrı WC grubu yapmak gerekir.

(56) Asım Mutlu, Sağlık Binaları ve Hastaneler (Devlet Güzel Sanatlar Akademisi, 1973), s.57.





- B. Hastanın yaşına göre ünite tasarımı: Yetişkinler, çocuklar ve süt çocukları için ayrı üniteler yapılır. On yaşından küçük çocuklar, gerektiğinde; kadınlar için tasarlanmış ünitelerde kalabilirler.
- C. Yatak odası sınıfına göre ünite tasarımı: Bazı hastane tasarımlarında, içinde banyosu olan tek kişilik hasta yatak odalarına "birinci sınıf oda" denir. Oda içindeki yatak sayısına göre de; ikinci sınıf ve üçüncü sınıf oda denilen hasta yatak odaları, belirli oranlarda aynı ünite içinde yer alırlar.
- D. Hastalık türlerine göre ünite tasarımı: Aynı tür hastalıktan yatan hastalar, belirli ünitelerde toplanırlar. Belirgin özellikleri ve tedavi şekli olan hastalıklar için ayrı hastaneler yapılır. Hastane yatakları, istatistiklerle hastalık türlerine göre ünitelerde toplansa bile; periyodik olarak, ünitelerde hasta yatağı doluluk oranı değişebilir. Böyle durumlarda, hastalık türüne bakılmadan hastaların ünitelere yerleştirilmesi geçici bir çözüm olabilir.
- E. Hasta bakım türüne göre ünite tasarımı: Bir hastanede, normal hemşirelik hizmetleri veren ünitelerden başka; yoğun bakım üniteleri de bulunur. Yoğun tıbbi ve hemşire bakımında, tıbbi donatılardan yararlanılır. Hastanelerde, her ünite katında veya merkezi bir yerde yoğun bakım ünitesi olur. Orta hemşire bakım ünitesinde, hastalığı hafif olan hastalar ve yoğun bakım ünitesinde kritik süreyi ge-



çirmiş hastalar yatar. Kendi kendine bakım ünitesinde, ayakta tedavi olan hastalar ve iyileşmekte olan hastalar kalırlar. Hastanede, kendi kendine bakım ünitesinin tasarlanması için; hastanenin ve toplumun, böyle bir üniteye ihtiyacının olup olmadığı saptanmalıdır(57).

Türkiye'de hasta bakım üniteleri; yatak sayısı fazla hastanelerde, hastalık türüne göre değişik katlarda yer alırlar. Sadece, bulaşıcı hastalık ünitesi (intaniye) ayrı bir blok olarak tasarlanabilmektedir. Ancak; özel tedavi şekli uygulanan hastalıklar için, ayrı hastaneler inşa edilir. Ünitelerde cinsiyet ayırımı, katlar arasında; yatak sayısı az olan hastanelerde, aynı kattaki ünite birimleri arasında olmaktadır. Hastalık türüne göre düzenlenen hasta bakım ünitelerinde, normal hasta bakım şekli uygulanmaktadır. Yoğun bakım üniteleri, yatak sayısı fazla olan hastanelerde belirli merkezlerde; yatak sayısı az olan hastanelerde tek merkezde, ünite yatak sayısına göre tek birim olarak düzenlenmektedir(58).

#### 2.1.7. Hasta Bakım Ünitesinde Hasta, Refakatçi ve Sağlık Personeli Eylemleri

##### 2.1.7.1. Hasta Bakım Ünitesinde Hasta Eylemleri

Hasta yatak odasında hasta eylemleri Bölüm 2.2.2.1'de daha detaylı olarak incelenecektir.

---

(57) Teoman Doruk, Ön. ver., s.108.

(58) Türkiye'de yapılmış olan değişik hastane projelerine göre.



- o WC, lavabo ve banyo; hastanın temizlik ve WC gereksinimini karşılamak için kullandığı mekanlardır.
- o Gündüz odası; hastanın dinlenme, oturma, yemek yeme ve ziyaretçi ile görüşme eylemlerini yerine getirdiği mekandır.
- o Hasta, zorunlu hallerde hemşire ile görüşmek için; hemşire istasyonuna gider.
- o Doktorla görüşmek veya muayene olmak için; hasta doktor odasına gidebilir.
- o Ağır hastaları diğer hastalardan tecrit edilmek için, agonizan odası kullanılır.
- o Hasta bakıcı odası, hasta tarafından kullanılmaz.
- o Servis mutfağı hasta tarafından kullanılmaz.
- o Çamaşır depoları, hasta tarafından kullanılmaz.
- o Personel WC'leri, hasta tarafından kullanılmaz.
- o Ördek, sürgü mahalli hasta tarafından kullanılmaz.
- o Temizlik aletleri deposu hasta tarafından kullanılmaz.
- o Depolar, hasta tarafından kullanılmaz.
- o Hasta, tedavi için başka bir birime gideceği zaman ulaştırma, dağılım ve haberleşme mekanlarından yararlanır.

#### 2.1.7.2. Hasta Bakım Ünitesinde Refakatçi Eylemleri

Hasta yatak odasında refakatçi eylemleri Bölüm 2.2.2.2'de daha detaylı incelenecektir.

- o Refakatçi, temizlik ve WC gereksinimlerini karşılamak için WC, lavabo, banyo mekanlarını kullanır.
- o Gündüz odasında, dinlenme, yemek yeme, oturma eylemlerini yerine getirir.

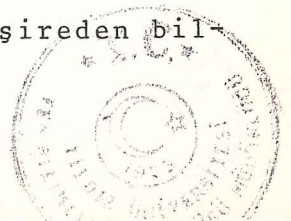


- o Refakatçi, gerekli olduğu zaman hemşire istasyonunda çalışan hemşireye haber verir.
- o Doktor tarafından özel muayene edilmek için; doktor odasına giden hastaya, refakatçi yardımcı olur.
- o Ağırлаştığı için agonizan odasına alınan hastanın yanında refakatçisi bulunabilir.
- o Hasta bakıcı odasında, refakatçinin hiçbir eylemi olmaz.
- o Servis mutfağı, refakatçi tarafından kullanılmaz.
- o Çamaşır depoları, refakatçi tarafından kullanılmaz.
- o Personel WC ve lavaboları, refakatçi tarafından kullanılmaz.
- o Hastasına WC gereksinimi için ördek veya sürgü gerektiği zaman, refakatçi bunları ördek, sürgü mahallinden temin eder.
- o Temizlik aletleri deposu, refakatçi tarafından kullanılmaz.
- o Refakatçi; ulaştırma, dağılım ve haberleşme merkezlerinden yararlanmaz.

### 2.1.7.3. Hasta Bakım Ünitesinde Hekim Eylemleri

Hasta yatak odasında hekim eylemleri Bölüm 2.2.2.3.1'de daha detaylı incelenecektir.

- o Hastalara ait WC, lavabo ve banyo mekanları, hekim tarafından kullanılmaz.
- o Gündüz odası, hekim tarafından kullanılmaz.
- o Hekim, hastaların durumlarını belirleyen dökümanlarını hemşire istasyonunda inceler; hastalar hakkında hemşireden bil-



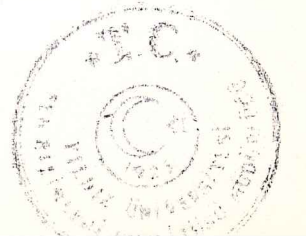
gi alır; hemşire istasyonunda yer alan ünite laboratuvarında hemşire ile birlikte çalışır.

- o Hekim, özel durumlarda hastasını doktor odasında muayene eder. Aynı mekanda dinlenme ve çalışma eylemlerini yerine getirir.
- o Hekim, ağırlaşan hastasının muayene ve tedavisini agonizan odasında yapar.
- o Hasta bakıcı odası, hekim tarafından kullanılmaz.
- o Servis mutfağı, hekim tarafından kullanılmaz.
- o Çamaşır depoları hekim tarafından kullanılmaz.
- o Personel WC ve lavaboları, hekimler tarafından kullanılır.
- o Ördek, sürgü mahalli, hekim tarafından kullanılmaz.
- o Temizlik aletleri deposu, hekim tarafından kullanılmaz.
- o Hekim, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde; ulaştırma, dağılım ve haberleşme merkezlerinden yararlanır.

#### 2.1.7.4. Hasta Bakım Ünitesinde Hemşire Eylemleri

Hasta yatak odasında hemşire eylemleri Bölüm 2.2.2.3.2'de daha detaylı incelenecektir.

- o Hastalara ait WC, lavabo ve banyo mekanları, hemşire tarafından kullanılmaz.
- o Gündüz odası, hemşire tarafından kullanılmaz.
- o Hemşire istasyonu, hemşirenin çalışma ve dinlenme eylemlerini yerine getirdiği mekan grubudur.
- o Hekim, doktor odasında hastasını muayene ederken; hemşire kendisine yardımcı olur.

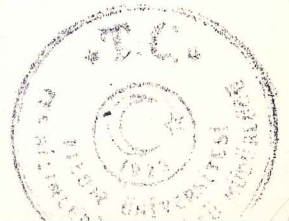


- o Hasta bakıcı odası, hemşire tarafından kullanılmaz.
- o Servis mutfağı, hemşire tarafından kullanılmaz.
- o Çamaşır depoları, hemşirenin kontrolü altındadır.
- o Personel WC ve lavaboları, hemşireler tarafından da kullanılır.
- o Ördek ve sürgü mahalli, hemşire tarafından kullanılmaz.
- o Temizlik aletleri deposu, hemşire tarafından kullanılmaz.
- o Hemşire, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında; ulaştırma, dağılım ve haberleşme merkezlerinden yararlanır.

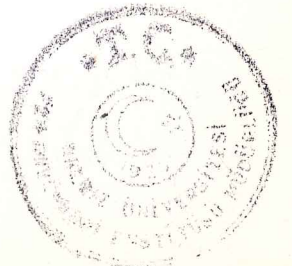
#### 2.1.7.5. Hasta Bakım Ünitesinde Hasta Bakıcı Eylemleri

Hasta yatak odasındaki hasta bakıcı eylemleri Bölüm 2.2.2.3.3 de daha detaylı incelenecektir.

- o Hastalara ait WC, lavabo ve banyoların temizliği müstahdem kadrosundaki hasta bakıcılar tarafından yapılır. Ayrıca, banyo yapan refakatçisiz hastalara hasta bakıcılar yardımcı olurlar.
- o Gündüz odasına yemek yemek için gelen hastalara, hastabakıcılar servis yapar.
- o Hasta bakıcı, hemşire istasyonunda çalışan hemşireye yardımcı olur.
- o Hasta bakıcı, doktor odasında çalışan hekime yardımcı olur.
- o Agonizan odasında yatan ağır hastaya gerekli olan sağlık hizmetinin ulaştırılmasında, hasta bakıcı yardımcı olur.
- o Hasta bakıcı dinlenme ve çalışma eylemlerini hasta bakıcı odasında yapar.



- o Servis mutfağına gelen yemek, hasta bakıcı tarafından hastalara dağıtılır.
- o Çamaşır depolarındaki çamaşırların hastalara dağıtılması ve hastalardan toplanması hasta bakıcı tarafından yapılır.
- o Hasta bakıcılar da personel WC ve lavabolarını kullanır.
- o Yatağından kalkamayan hastaların WC gereksinimi için gerekli olan ördek ve sürgünün temini, temizlenmesi ördek ve sürgü mahallinde hasta bakıcı tarafından yapılır.
- o Hasta bakım ünitesinin temizliği, temizlik aletleri depodaki gereçlerle müstahdem kadrosundaki hasta bakıcılar tarafından yapılır.
- o Depoda bulunan donatılar, hasta bakıcı tarafından ihtiyacı olan hastalara götürülürler.
- o Hasta bakıcı, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde; ulaştırma, dağılım ve haberleşme merkezlerinden yararlanır.



## 2.2. HASTA YATAK ODASI

İçinde bulunduğu koşullar nedeniyle; hastanın dikkatli olarak algıladığı hasta yatak odası, hasta üzerindeki etkisi açısından hastanenin en önemli mekanıdır.

Hasta yatak odası, hastanın yatma eyleminden başka; dinlenme, yemek yeme, oturma, ziyaretçi kabul, el yüz temizliği eylemlerine de cevap verir. Bazı hastalar, tuvalet sorununu da aynı mekan içinde çözümler. Refakatçi, kendi kendine bu eylemleri yapamayan hastanın en büyük yardımcısıdır.

Hasta yatak odası tasarımında, işlevsel gereksinimlerden başka, hastanenin coğrafi durumu, kültürel ve ekonomik verilerde göz önünde bulundurulmalıdır (Bölüm 2.1.5). Hasta odasının kendisinin de bir tedavi edici eleman olduğunu düşünerek tasarım çözümlerine gidilmelidir(59).

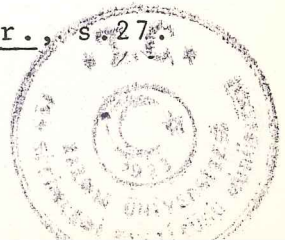
### 2.2.1. Fiziksel Mekan Olarak Hasta Yatak Odası

50 yıl önce, yatak sayısı fazla olan hasta yatak odası çözümlerine gidilmesine rağmen; daha sonraları ekonomik, işlevsel ve psikolojik etkenler nedeniyle oda içindeki hasta yatak sayısı azaltılmıştır. Bugün gelişmiş ülkelerde tek yataklı hasta odasına eğilim başlamıştır. Fakat bir hasta bakım ünitesindeki tek yataklı hasta odasının fazlalığı(60);

---

(59) E.Todd Wheeler, Ön. ver., s.100.

(60) B.M.Kleczkowski ve R.Pibouleau (der.), Ön. ver., s.27.





- A. İnşaat maliyetini arttırır
- B. Üniteyi büyütür
- C. İşletme açısından pahalıdır

Tek yataklı hasta odalarının tercih edilmesindeki nedenler arasında(61);

- A. Hastanın mahremiyet istemesi
- B. Hastanın ses ve kokudan korunması
- C. Tıbbi nedenler(62)
  - a) Hastanın enfeksiyona hassas olması
  - b) Hastanın bulaşıcı hastalığının bulunması
  - c) Ağır hasta olması
  - d) Diğer hastaları rahatsız edebilecek hasta olması
- D. Sosyal nedenler
- E. Kültürel nedenler

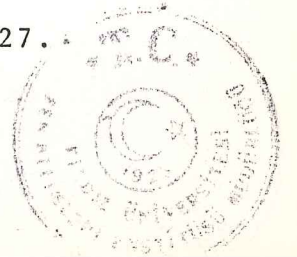
vardır. Yalnız, hasta tek kişilik odada kalıyorsa ve refakatçisi yoksa; diğer hastaların yardımından mahrum kalır. Tek kişilik hasta odasının fazla olması için yeterli finansman, eleman ve güvenilir işletmenin olması gerekir. Çeşitli uygulamalar sonucunda, üitedeki hasta yataklarının % 15-20'sinin tek kişilik hasta odası olarak tasarlanabileceği saptanmıştır(63).

---

(61) Ayni, s.30.

(62) Teoman Doruk, Ön. ver., s.28.

(63) B.M.Kleczkowski ve R.Pibouleau, Ön. ver., s.27.



Tek yataklı odaların genişliği sabit tutularak, derinliğinin arttırılmasıyla iki kişilik odalar elde edilmektedir. Üç yataklı odalarda, koridor yönündeki hasta; pencereden gelen ışık ve hava açısından, diğerlerinden daha farklı bir ortamdadır. Ortadaki yatakta yatan hasta ise; iki tarafında hasta bulunmasından dolayı psikolojik rahatsızlık duyabilir. İsveçli Prof.Cederstörn'e göre en iyi oda çözümü dört yataklı hasta yatak odasıdır. Çünkü her hasta kendine ait bir köşeye sahiptir. Altı yataklı odalar, üç yataklı odaların psikolojik rahatsızlığına sahip olmasına rağmen ekonomiktir. Hastalardaki psikolojik rahatsızlıklar da, hasta yatağı etrafına konacak perde gibi özel seperasyon elemanları ile giderilebilir(64).

Ülkemizde, tek kişilik odalar ekonomik olmadığı için yapılmamaktadır. Yatak sayısı fazla hasta odaları tercih edilmektedir(65). Hastane İnşa Maliyetleri ve Standartları Geçici Özel İhtisas Komisyonu Ön Raporunda belirlenen 25-30 kişilik hasta bakım ünitesinde 1 adet, içinde refakatçi yatağı bulunan tek kişilik hasta yatak odası yapılmaktadır(66). Tek kişilik oda içindeki refakatçi yatağı yerine; ikinci bir hasta yatağı konularak; tek kişilik oda gerektiğinde iki kişilik oda olarak kullanılmaktadır. Diğer odalar, 2x3 yataklı, 3x6 yataklı oda olarak tasarlanmaktadır. Varlığı ve sağlık hizmetine olan yararlılığı saptanmasına rağmen; yapılan hastane tasarımlarında, refakatçi göz önünde tutulmamıştır.

(64) Aslan Terzioğlu, "Modern Hastane İnşaatı", Arkitekt Dergisi, 35, 319: (1965), s.73.

(65) Aptullah Kuran ve diğerleri, Ön. ver., s.7.

(66) Türkiye'de tasarlanmış olan hasta bakım ünitesi tiplerine göre.



### 2.2.1.1. Hasta Yatak Odasının Mekansal Büyüklüğü

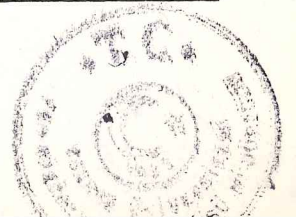
Hasta yatak odasının mekan büyüklüğü, odadaki yatak sayısına göre saptanır.

Hasta yatak odasındaki yatak sayısı ne olursa olsun; her yatak için gerekli olan alan, hastaya tam bir bakımın yapılabileceği ölçülerde olmalıdır. Tek kişilik birimlerde, servisler hariç bu alan  $6.5 \text{ m}^2$ 'dir. Çok yataklı birimlerde ise; servisler dahil, her hasta için gerekli olan alan  $6.8 \text{ m}^2$  arasındadır(67). Yüksek yatak talebi karşısında hastane doktor ve yöneticileri, hasta yatak odalarına maksimum yatağı koymak isterler. Yatak etrafında hasta bakımının yapılabilmesi için belirli minimum bir ölçü gereklidir. Yanyana iki yatak için min. ölçü 1.6-1.8 m'dir. Muayene sırasında mahremiyet için 2.2-2.4 m'dir(68). Bu ölçülerde hastanın bir yanında dolap, diğer yanında ziyaretçi için bir yer bulunur. Minimum ölçüler kullanıldığı zaman her hastanın yanına sabit bir dolap konarak, diğer yatağın yaklaşması önlenir (Şekil 7). İki yatak arasında en az bırakılması gereken 8-90 cm'lik ara, yatağına sedye veya tekerlekli sandalye ile gelen hastanın geçmesi için gereklidir. Karşılıklı olarak konmuş iki yatak arasında olması gereken en az 1.50 m'lik alan hasta yatağının dönmesi içindir. Yatakla, oda içindeki lavabo arası 1.00 m'den, pencere arası 0.7 m'den az olamaz(69). Yatak odasına giriş kapısının geniş-

(67) B.M.Kleczkowski ve R.Pibouleau (der.), Ön. ver., s.27.

(68) Aynı, s.27.

(69) Aslan Terzioğlu, "Modern Hastane İnşaatı", Arkitekt Dergisi, 35-322: (1966), s.29.



liği; hasta yatağının, tıbbi cihazların rahatlıkla gecebileceği boyutta olmalıdır. Bu ölçü 1.10-1.20 m'dir(70). Odanın tabii havalandırmasını sağlayan pencerelerin yüzeyi en az 1/5-1/7 tavan alanı kabul edilir.

Türkiye'de tek kişilik oda büyüklüğü, servisler dahil 20 m<sup>2</sup> dir. Diğer odalarda her hasta yatağı için 5-7 m<sup>2</sup> alan kabul edilir(71). Diğer boyutlarda uluslararası ölçüler uygulanırken; pencere yüzeyi, Türkiye'de uygulanan ısı yönetmeliğine göre; tavan alanının % 15'idir(72). Kat yüksekliği de döşeme üstünden döşeme altına 2.80 m olarak alınır(73).

Hasta yatak odasının mekan büyüklüğü, odadaki yatak sayısı ve kullanıcılar göz önünde tutularak belirlenmektedir. Ülkemizde, hasta yatak odalarının büyüklüğü saptanırken kullanıcılardan biri olan refakatçi de göz önünde tutulmalıdır.

#### 2.2.1.2. Hasta Yatak Odası Mekanını Oluşturan Donatı Elemanları

A. Yatak: Hastanın oturma, yatma şekline cevap veren, yüksekliği ayarlanabilen özel hasta yatakları vardır. Bu yataklara, gerektiğinde tutunma boruları, kol ve bacak asılması

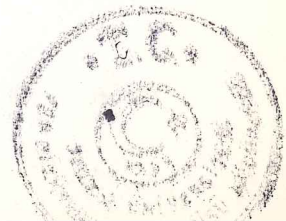
---

(70) Ernst Neufert, Yapı Tasarımı Temel Bilgileri. Çeviren: Aptullah Erkan (Güven, 1974), s.409.

(71) Türkiye'de tasarlanmış olan hasta bakım ünitesi tiplerine göre.

(72) "Bazı Belediyelerin İmar Yönetmeliklerinde Değişiklik Yapılması ve Bu Yönetmeliklere Yeni Maddeler Eklenmesi Hakkında Yönetmelik", Resmî Gazete, 17499; Ekim 1981.

(73) Aptullah Kuran ve diğerleri, Ön. ver., s.9.



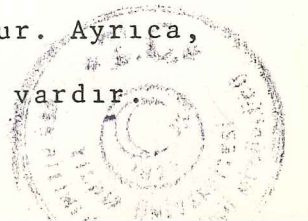
için çerçeveler takılabilmelidir. Ayak ucunda, hastanın kimliğinin asıldığı bir yer, çiçek ya da kitap koymak için bir raf bulunabilir. Günün 24 saatini hasta yatak odasında geçiren refakatçinin dinlenmesi için de bir donatı olmalıdır.

- B. Lavabo-WC: Sürgü ve ördek kullanımının azalmasıyla WC mekanının oda içinde mi? dışında mı? olmalı tartışması, gelişmiş ülkelerde; her hasta odası için bir WC mekanı olarak çözümlenmiştir. Ülkemizde yalnız tek kişilik oda içinde WC düşünülmesine karşılık, her oda için bir lavabo bile kabul edilmemiştir(74). Hastanın ve refakatçinin günlük temizliği için, oda içinde bir lavabo gereklidir.
- C. Yatak başı dolabı: Hastanın kitap, resim, çiçek gibi kişisel eşyaları için, hasta yatağının yanında küçük bir dolap bulunur. Gerektiğinde, hastanın ilaçları dolap üzerine ya da; varsa ilaç rafına konur.
- D. Dolap: Hasta hastaneye yatarken, eşyaları hasta kabul servisi tarafından alınarak, dolaplara konur. Gerekiyorsa; bu eşyalar sterilizasyon merkezinde steril hale getirilir. Hasta kabul servisinde hastaların eşyaları için bir mekan yok ise; hastalar odalarında bulunan dolaplara eşyalarını koyarlar. Her yatak için ayrı olarak düzenlenen dolaplar, mevcut hastanelerimizin bazılarında, ekonomik ve yer yokuşu nedenleriyle bulunmamaktadır. Hastanede kalış süreleri hastası ile aynı olan refakatçilerin eşyaları için de aynı sorun vardır.

(74) Aptullah Kuran ve diğerleri, Ön. ver., s.



- E. Yatak üstü masası: Hastaların yataklarından kalkmadan yemek yemelerini sağlayacak, ayarlı yatak üstü masası vardır.
- F. Sandalye veya koltuk: Yerinden kalkabilen hastaların oturabilmesi için, yatağının kenarında koltuk veya sandalye olmalıdır. Ülkemizdeki hastanelerde, bunlar refakatçi tarafından dinlenmek amacıyla kullanılmaktadır.
- G. Perde: Mahremiyet için yatak etrafında ve arsa; oda içindeki lavabo etrafında perde olabilir. Pencereelerde, hastanın dışarı ile ilişkisini kesmemek için kalın kumaş perdelerden kaçınmak gerekir. İstenildiği zaman odanın karartılabilmesi için tasarımda çözümler aranmalıdır.
- H. Çağırma sistemi: Hasta ile hemşire arasındaki çağırma sistemi, en basit şekliyle; hastanın, başucunda bulunan bir düğmeye basmasıyla, hemşire istasyonunda bulunan bir tabloda, o hastaya ait lambanın yanması biçimindedir. Bu sistemle, hemşire sadece hangi hastanın kendisini istediğini anlar; hastanın yanına giderek nedenini öğrenir. Hemşirenin, hastanın yanına gitmeden, hasta ile haberleşebilmesi için yapılan diğer çağırma sistemlerinde ses sorun yaratabilir. Çağırma sistemi olmayan hasta yatak odalarında, sorun, refakatçinin hemşireye haber vermesi şeklinde çözümlenir.
- İ. Oksijen, basınçlı hava, vakum tesisatı: Her hastanın başucunda bu üç tesisatın bağlantı yerleri bulunur. Ayrıca, kuvvetli ve zayıf elektrik akımı çıkışları da vardır.



J. Döşeme kaplaması: Aşınmaya karşı sert, kolay temizlenebi-  
len malzeme seçilmelidir. Ses sorun olduğu zaman PVC esas-  
lı malzeme kullanılabilir.

K. Duvar kaplaması: Duvar kaplamasında, kullanım kolaylığı  
kadar, görünüş de önemlidir. Duvar kağıdı veya plastik du-  
var kaplaması olabilir.

### 2.2.1.3. Hasta Yatak Odası Tasarımında Psikofizyolojik Etkenler

#### 2.2.1.3.1. Rengin Kullanıcıları Üzerindeki Psikofizyolojik Etkileri

Renkli ışıkların, psikofizyolojik fonksiyonlar üzerindeki et-  
kisi bilimsel olarak saptanmıştır(75).

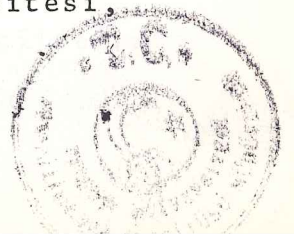
Psikolojinin hasta tedavisinde, bazen % 50'ye ulaşan etkisi  
de; bu faktörün hastanelerde ve özellikle hasta yatak odala-  
rında ele alınması gerekmektedir(76). Bugüne kadar yapılmış  
olan uygulamalar sonucunda, monoton renklerin hastayı gördü-  
ğü, fazla hareketli renklerin ise hastayı rahatsız ettiği an-  
laşılmıştır(77). Hasta odalarında, her hastanın kendi kişili-  
ğine uygun bir renk düzenini meydana getirmek zordur. Ancak,  
oda içindeki ufak ama hareketli olan renkli elemanların de-  
ğiştirilmesi yoluyla; hastanın kişiliğine uygun mekanlar ya-

---

(75) Alpay Aşkun, "Uyumsuz Çocuklar ve Yatılı Tedavi Okulla-  
rı", (Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, Yıldız Üniversite-  
si), s.93.

(76) Alpay Aşkun, "Hastane Yapılarında Hasta Bakım Ünitesi",  
(Yayınlanmamış Yeterlik Tezi, Yıldız Üniversitesi,  
1971), s.58.

(77) E.Todd Wheeler, Ön. ver., s.101.



ratılabilir. Ayrıca rengin, hasta yatak odasının kullanıcılarından biri olan refakatçiler üzerindeki psikofizyolojik etkisinin de unutulmaması gerekir.

#### 2.2.1.3.2. Manzara ve Bahçenin Kullanıcılar Üzerindeki Psikofizyolojik Etkileri

Hasta yatak odası penceresinden dışarı bakan kişinin görüş alanına giren genel bir manzaranın yanında, küçük bir ağaç topluluğunun veya deniz parçasının psikofizyolojik etkisi önemlidir. Bu nedenle manzara ve hasta yatak odası kullanıcıları arasındaki ilişki yönlenmeyi etkilemektedir. Bahçenin, hasta yatak odası kullanıcıları üzerindeki psikofizyolojik etkisi; bazı özel amaçlı hastaneler dışında önemli olmayabilir. Önemli olan, bahçenin odadan görünüşüdür. Özellikle servis ve ölü çıkışının hasta yatak odalarından görünmemesi gerekmektedir.

#### 2.2.1.3.3. Hasta Yatak Odası Donatısının Kullanıcılar Üzerindeki Psikofizyolojik Etkileri

Hasta yatak odası mekanının oluşturan donatı birimlerinin doğru seçimi, rengi, kullanımı ve malzemesi psikolojik tedavinin yardımcılarından. Donatılar sade, temiz, iyi yapılmış, rahat ve fonksiyonel olmalıdır. Malzeme olarak ahşap ve metal kullanılabilir. Ahşap donatı, hasta odasında ev atmosferi yaratır. Donatı kaplamalarında, onarım güçlüğü ve hasta üzerinde olumsuz etkisi nedeniyle; plastik yerine, kumaş seçilmelidir. Hastalık türüne göre de, malzeme seçilmelidir.





Kolay temizlenen, zor bozulan, onarılabilen malzeme kullanılmalıdır. Herhangi bir mekan donatısının ölçüsü, onu kullanan kişilerin ölçüsüne uygun olmalıdır. Bu da, o yöre insanının ölçülerinin ortalamasıyla belirlenebilir.

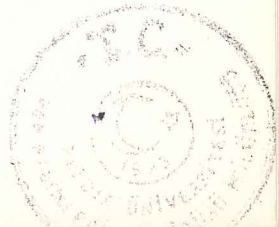
#### 2.2.1.4. Hasta Yatak Odası Tasarımında Fiziksel Etkenler

##### 2.2.1.4.1. Gürültü

"İnsan kulağını rahatsız eden ses veya sesler topluluğu"(78) olarak tanımlanan gürültü, iyi bir mekan tasarımında fiziksel etkenler arasında olmakla birlikte psikolojik tesirleri de vardır. Gürültü, her kişiye göre değişebildiği gibi; insanın sağlık durumuna, o anki psikolojik ortamına göre veya belirli bir zaman birimi içinde değişiklik gösterebilir. Hastanın kulağına gelen gürültü, hastane çevresinden gelen dış gürültü ve hastane içindeki kullanıcılardan, mevcut donatı ve sirkülasyondan gelen iç gürültüdür. Oturma bölgelerindeki ve kırsal bölgelerdeki hastanelerin yatak odalarında, pencereler kapalı iken kabul edilir. Gürültü seviyesi; gündüz için 25 dB, gece için 15 dB'dir. Aynı mekan, kent içinde olduğu zaman; gündüz için 35 dB, gece için 25 dB'dir. Sanayi bölgesindeki-ler için; gündüz 40 dB, gece 30 dB'dir. Havada yayılan seslere karşı, döşemelerde de önlem alınmalıdır. Yatak odaları arasındaki döşemelerin ses geçirmezliği 49 dB, hasta yatak odaları ile gürültü hizmetlerinin yapıldığı hacimler arasındaki dö-

---

(78) Emilio Tempia, "Çevre ve Hasta", Çeviren: Rafael Avidor, Mimarlık Dergisi, 9-10 (1971), s.31.



şemelerin ses geçirmezliği 59 dB kabul edilir(79). Büyük gürültü kadar, tam sessizlik de insan üzerinde psikolojik etki yapar.

#### 2.2.1.4.2. Aydınlatma

Işık ve ışıklandırma bir hastane tasarımını fiziksel yönden etkileyen önemli bir unsurdur. Bunun en iyi örneğini Le Courbisier'in Venedik Hastanesi'nde görmekteyiz(80).

Hasta yatak odalarında, aydınlatmayı iki grupta inceleyebiliriz:

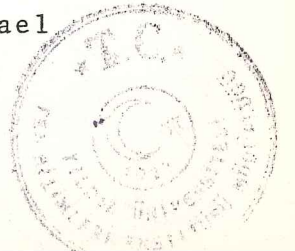
A. Tabii aydınlatma: Bu aydınlatma türüne etki eden unsurlar yön ve pencerelerdir. Pencere ölçülen aydınlattığı mekanın alanıyla orantılı olarak kabul edilmekle birlikte, gerekli olan cam alanının doğru olup olmadığı kesin değildir. Gerektiği zaman; hasta yatak odasına pencerelerden giren ışık, kontrol altına alınmalıdır. Ayrıca; pencereler, iklim koşullarına cevap vermeli, dış gürültüyü kesmeli ve kolay temizlenmelidir. Odanın bütünü içinde uyum sağlayan pencere, mekan içi düzenine izin vermelidir.

B. Suni aydınlatma: Wellwood-Ferguson'un hasta yatak odası aydınlatması hakkındaki görüşleri(81);

(79) Müjgan Şerefhanoglu, "Gürültü Denetimi Ders Notları", Yıldız Üniversitesi.

(80) Gérard Guez, "Image Ouverte de l'Hôpital", L'Architecture d'Aujourd'hui, 150, (6-7/1970), s.9.

(81) Emilio Tempia, "Çevre ve Hasta". Çeviren: Rafael Avidor, Ön. ver., s.31.



"Gece aydınlatması nöbetçi personelin emniyetli hareket etmesine ve hastaların uyku ihtiyacına engel olmamasına azami dikkat gösterilmelidir. Tungsten flamanlı lâmbalar, epey elverişsiz kaynaklardır. Renkleri tam vermezler. Sarılık başlangıcı ve deri lezyonları, bilindiği gibi; ancak gün ışığında doğru teşhis yapılabilir. Bu lâmbalar zayıf bir kromatik değişiklikten etkilenen bazı biokimyasal tahlillerde de elverişsizdir. İyi seçilmiş bir flouresan kaynak klinik yönden, flamanla aydınlatmaya göre üstündür" şeklindedir.

Hasta yatak odasında, tavanın ortasından gelen genel aydınlatma kontrolsüz olduğu için istenmez. Her hasta için başucunda, hasta ve hemşire tarafından kontrol edilebilen özel aydınlatma elemanları olmalıdır. Hasta odası için yapılan genel aydınlatma da kapıyı, varsa lavaboyu belirleyen aydınlatma elemanları kullanılır.

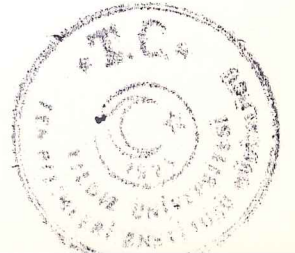
1961'de Stockholm'de Kalorinka Hastanesi'nde, bir hasta odasında yapılan teknik araştırmalar sonucunda;

Ziyaret saatlerinde, yemeklerde, günlük tedavide ve okuma için fon durumu olan genel aydınlatma: 80-100 lüks;

Gece aydınlatması (yatak yüksekliğinde): 25 lüks;

Okuma için başucu lâmbası (45°'lik eğik bir düzlem üstünde, yatak ucundan 80 cm yükseklikte): 150 lüks;

İnceleme için incelenecek noktanın 50 cm çevresinde en az: 300 lüks olarak saptanmıştır(82).



Genel olarak, hasta yatak odalarındaki genel aydınlatma 50 - 100 lüks, özel aydınlatma 200-400 lüks olmalıdır(83).

#### 2.2.1.4.3. Yönlendirme

"Hasta odaları güneş almalı" ilkesini kabul eden ilk modern hastanelerden olan Colmat ve Saint Lo'da, yatak odaları yatak bloğunun güney bölümünde yer almıştır(84). Le Corbusier'in Venedik Hastanesi ise; oda içine sadece gün ışığının girmesi gerektiği, doğrudan giren gün ışığının rahatsız verici olduğunu savunularak yapılmıştır.

Tıp ve teknik alandaki gelişmeler, hasta bakım ünitelerinin değişik biçimlerde yapılmasına ve hasta yatak odalarının değişik yönlere bakmasına neden olmuştur. Hastane İnşa Maliyetleri ve Standartları Geçici Özel İhtisas Komisyonu Ön Raporunda; Türkiye'de yapılacak olan hastanelerde, hasta yatak odalarının her yöne bakabileceği belirtilmiştir(85). Yalnız, batı ve güneybatı güneşinin kontrolü zordur. Hasta için yüksek ısının vereceği rahatsızlık ve likit kaybı nedeni ile hasta yatak odaları bu yönlere baktırılmamalıdır(86).

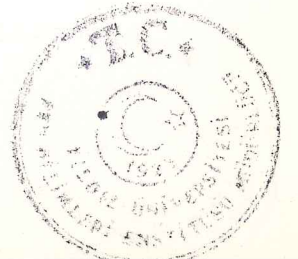
---

(83) Şazi Sirel, "Aydınlık Düzenleme Ders Notları", Yıldız Üniversitesi.

(84) Gérard Guez, Ön. ver., s.10.

(85) Aptullah Kuran ve diğerleri, Ön. ver., s.7.

(86) Emilio Tenpia, Ön. ver., s.31.



#### 2.2.1.4.4. Isıtma ve Havalandırma

Döşemeden yapılan ısıtmanın sağlık personelinin yorgunluğunu arttırması, yatak altındaki ısı kaynağının hastaya sıkıntı vermesi; konvektörlerin hava hareketi yaratması nedeniyle; yalnız, ısıtma sistemi olan hasta odalarında kullanılmazlar. Çağımızda; tavanda gizlenen serpantinler, radyatörlerin yerini almıştır. Serpantinler, tavanda ve duvarda toz birikmesini önlediği gibi; daha az ısı kaybına neden olmaktadırlar. Tıbbi yönden, hasta odalarında fizyolojik yönden havanın kontrol edilmesi şarttır. Bu da sunî havalandırma sistemi ile gerçekleştirilebilir. Teknik açıdan, bu sistemin düzenleme birimlerinin sıhhatliliği, sayıları, yerleri önemlidir. Yapım ve işletme açısından hastaneye malî bir yük getiren suni havalandırma, her mekanda kullanılamamaktadır.

Bugünkü şartlarda, Türkiye'de suni havalandırma sistemi uygulaması lüks kabul edilmektedir.

#### 2.2.1.5. Hasta Yatak Odası Tasarımında Ekonomik Etkenler

Genel bir sorun niteliğinde olan kamu yatırımlarına ilişkin yasaların aksaklıkları, sağlık sektörü yatırımlarını da etkilemektedir. İhale yasalarındaki eksiklikler, yeni yasalarla giderilmeye çalışılmakla birlikte; yetersiz kalmaktadır. Ekonomideki politik değişiklikler, yapı maliyetlerini yükselterek; inşaatların uzamasına ve hizmet verir duruma gelmelerinin gecikmesine neden olmaktadır. Çeşitli kuruluşların ben-



zer sağlık hizmeti veren sağlık yapıları arasında çok farklılık bulunmaktadır. Bu nedenle, sağlık yapılarına ait inşaat ve maliyet standartlarının geliştirilmesi ve günün şartlarına göre yönlendirilmesi gerekmektedir(87).

#### 2.2.2. Hasta Yatak Odasında Hasta, Refakatçi ve Sağlık Personeli Eylemleri

##### 2.2.2.1. Hasta Yatak Odasında Hastanın Günlük Eylemleri

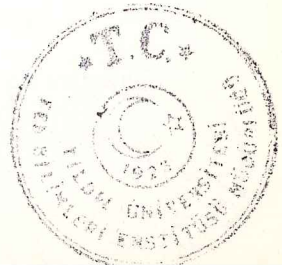
Hasta, hasta yatak odasında yatma eyleminden başka; dinlenme, yemek yeme, kitap okuma, el-yüz temizliği eylemlerini de yapar. Yerinden kalkamayan hastalar WC gereksinimini yatağında çözümler. Teşhis ve bakım süresince uygulanan tedavi şekli, hastanın hastalık türüne göre; hasta yatak odasında gerçekleştirilebilir.

Günün belirli saatlerinde yapılan bu eylemler, genelde hasta için tipik bir gün oluşturur(88).

- 06.00 - Uyandırılan hasta WC gereksinimini çözümler, el-yüz temizliğini yapar. Hemşire tarafından, gerekli ilaçları verilir, iğnesi yapılır.
- 06.30 - Ameliyat olacak hastalar hariç, herkes kahvaltı eder.
- 07.00 - Asistan hekim, hemşire ve hasta bakıcı küçük vizit denilen hasta kontrolunu yapar. Gerekli küçük tedaviler uygulanır.
- 08.00 - Ameliyata gidecek hastalar hazırlanır.

(87) Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Öncesinde Gelişmeler 1972-1983, (Devlet Planlama Teşkilatı, 1985), s.395.

(88) Anket çalışması sırasında, servis yöneticileri ile yapılan görüşmeler ve gözlemler sonucuna göre.



- 08.30 - Ameliyata gidecek hastalar gider.
- 09.00 - Uzman hekim ve asistan hekim vizite çıkar. Bütün hastalar tek tek dolaşılır. Asistan hekim, hastalar hakkında bilgi verir. Taburcu olacak hastalar belirlenir.
- 10.00 - Gerekiyorsa; hasta, teşhis ve tedavi için başka birimlere gider.
- 11.00 - Hastanın dinlenme saatidir. Taburcu olacak hastalar hazırlanmaya başlar.
- 12.00 - Öğle yemeği yenir.
- 12.30 - Dinlenilir.
- 13.30 - Hasta ziyaretçileri gelir (hastane servislerine göre bu saatler değişebilir).
- 14.00 - Yeni hasta kabulü yapılır.
- 15.00 - Dinlenilir.
- 17.30 - Akşam yemeği yenir.
- 18.00 - Nöbetçi hekim vizite çıkar. Hastaların şikayetlerini dinler, gerekli tedaviyi yapar.
- 19.00 - Dinlenilir.
- 21.00 - Yatma saatidir.

Günlük programdan anlaşılacağı gibi, hasta tüm gününü odasında geçirir. Yalnız, yürüyebilen hastalar WC gereksinimi için WC mekanına, dinlenmek veya yemek yemek için gündüz odasına gider. Tüm hastalar, gerekli hallerde; teşhis ve tedavi için diğer bir servise gidebilirler.

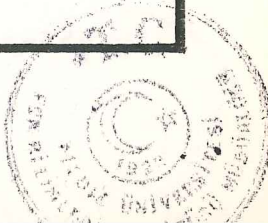
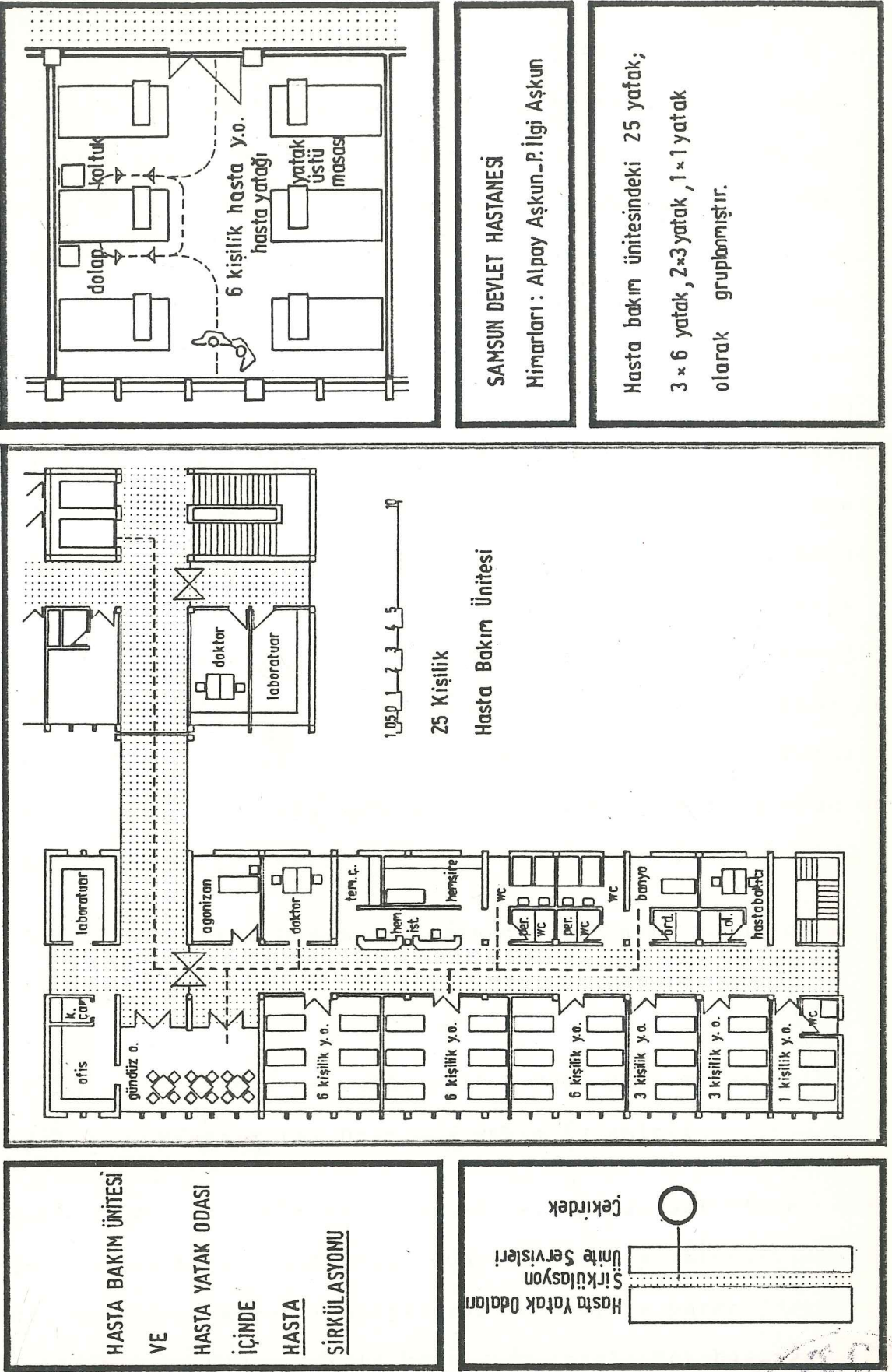
Bir hastanın, hasta bakım ünitesindeki ve hasta yatak odasındaki sirkülasyonu Şekil 8'de gösterilmektedir.

#### 2.2.2.2. Hasta Yatak Odasında Refakatçi Eylemleri

Günün 24 saatini hastasının yanında geçiren refakatçi, dinlenmek ve oturmak için; hasta yatağının kenarında bulunan



ŞEKİL 8





sandalye veya koltuk kullanılır. Sabah kalkınca, sağlık personelinin yetersiz olmasından dolayı; hastasının el-yüz temizliğini yapar. Hastası yatağından kalkabiliyorsa, WC gereksinimi için; onu WC mekanına götürür. Hastası yataktan kalkamıyorsa; WC gereksinimi için ördek veya sürgü getirir, işi bitince ördek, sürgü mekanına götürerek, temizler. Kendi kendine yemeğini yiyemeyen hastasına yardımcı olur. Refakatçinin kendisi, hasta yemeğinden yemiyorsa; gıda gereksinimi için alış veriş yapar. Doktor ve hemşire muayenesi sırasında hastasına yardımcı olur. Hastasının ilaç ve tahlilleri ile ilgilenir. Tedavi için hastasını başka bir servise götürebilir. Gerekiyorsa, hekim veya hemşirenin göstereceği masajı götürebilir. Gerekiyorsa, hekim veya hemşirenin göstereceği masajı hastasına uygular. Hastasında gördüğü ani fiziksel değişiklikleri, derhal hemşireye veya hekime bildirir. Hastasının yatağını düzeltir, personelin yetişmediği servislerde oda temizliğini de yüklenir.

Refakatçinin hasta bakım ünitesindeki ve hasta yatak odasındaki sirkülasyonu Şekil 9'da gösterilmektedir.

### 2.2.2.3. Hasta Yatak Odasında Sağlık Personeli Eylemleri

#### 2.2.2.3.1. Hasta Yatak Odasında Hekim Eylemleri

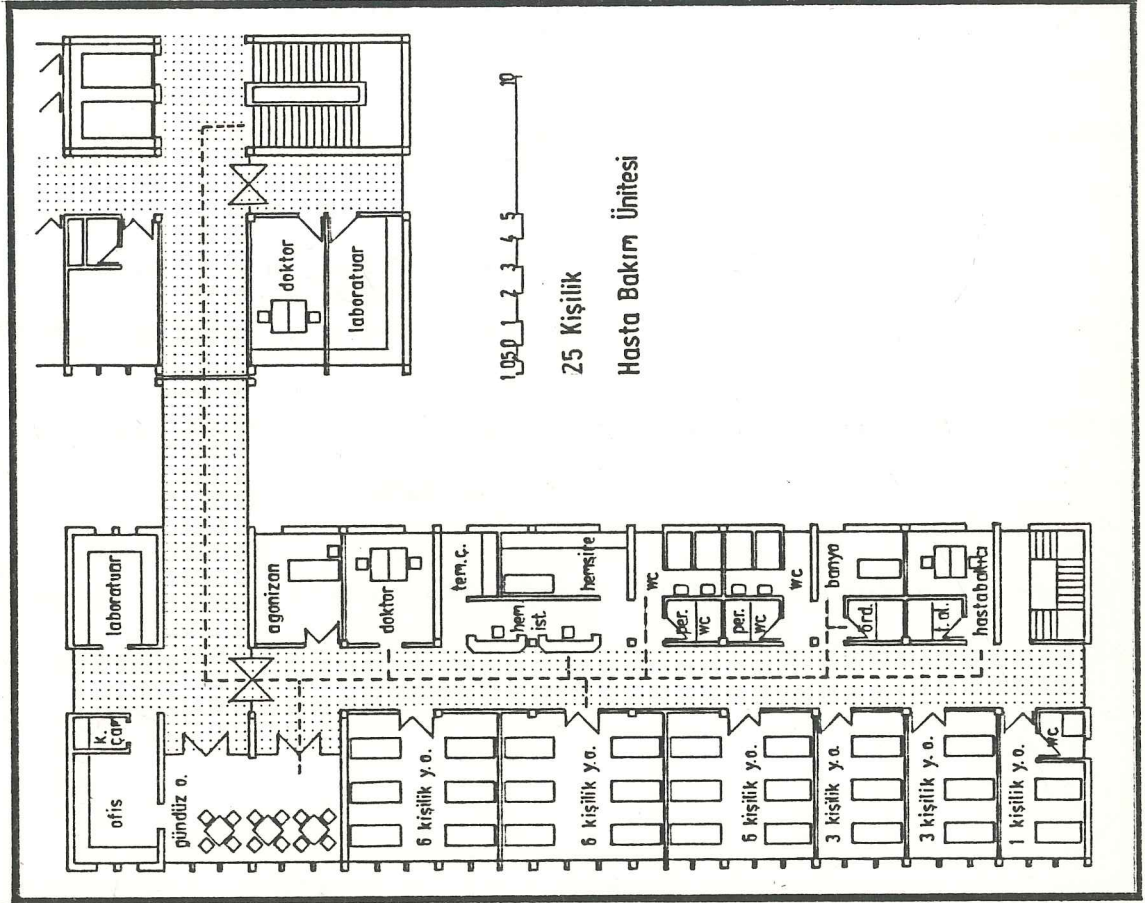
Teshis ve tedavi için hasta yatağı etrafında belirlenen alan içerisinde; hekim, hastasını muayene eder, problemlerini dinler, hemşireye gerekli önerilerde bulunur ve gerekiyorsa tıbbi müdahaleyi yapar. Hasta yatak odasındaki her hastaya aynı eylemler uygulanır.



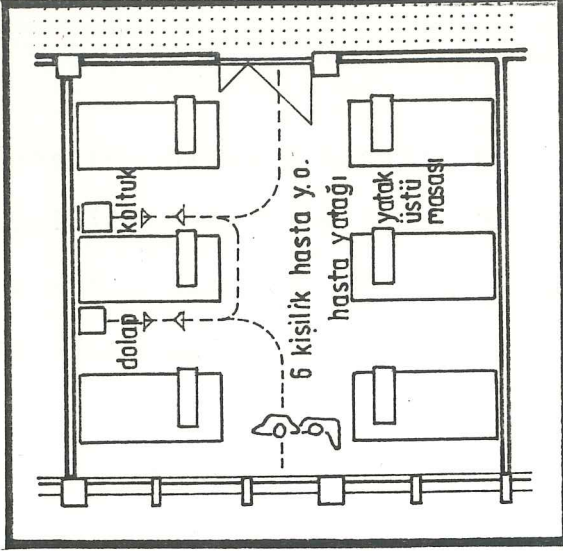
ŞEKİL 9

HASTA BAKIM ÜNİTESİ  
VE  
HASTA YATAK ODASI  
İÇİNDE  
REFAKATÇİ  
SİRKÜLASYONU

Hasta Yatak Odaları  
Şirkülasyon  
Ünite servisleri  
Çekirdek



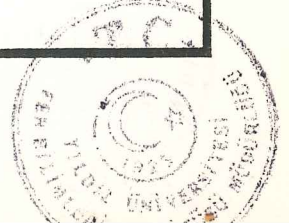
1:05.0 1 2 3 4 5  
25 Kişilik  
Hasta Bakım Ünitesi



SAMSUN DEVLET HASTANESİ

Mimarları : Alpay Aşkun - P. İlgi Aşkun

Hasta bakım ünitesindeki 25 yatak ;  
3 x6 yatak , 2 x3 yatak , 1x1 yatak  
olarak gruplanmıştır.



#### 2.2.2.3.2. Hasta Yatak Odasında Hemşire Eylemleri

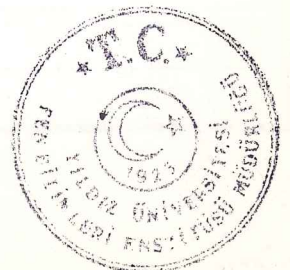
Hemşire, hastaya tedavi için gerekli olan ilacını verir, iğnesini yapar, ateşini ölçer, hekimin tavsiyelerine göre hasta tedavi programını yürütür. Hastanın çevre konforu için gerekli organizasyonu sağlar.

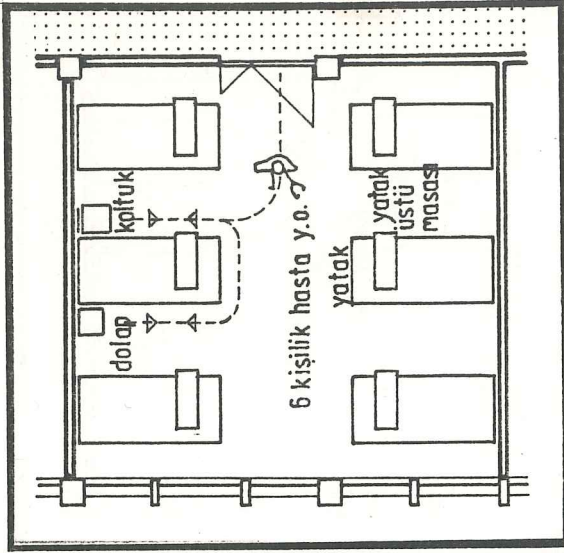
#### 2.2.2.3.3. Hasta Yatak Odasında Hasta Bakıcı Eylemleri

Müstahdem kadrosundaki hasta bakıcı, hasta yatak odası temizliğinden sorumludur. Ayrıca; hasta yatağını düzeltir, yemek servisini yapar, hastayı tedavi için başka bir servise götürür. Yerinden kalkamayan hastalara ördek veya sürgü getirmek hasta bakıcının görevidir. Pansumancı olarak çalışan hasta bakıcı, ameliyatlı hastalara gereken tedaviyi uygular.

Hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesinde; hasta bakıcı, hemşirelerin en büyük yardımcısıdır.

Sağlık personelinin, hasta bakım ünitesi ve hasta yatak odasındaki sirkülasyonu Şekil 10, Şekil 11 ve Şekil 12'de gösterilmektedir.

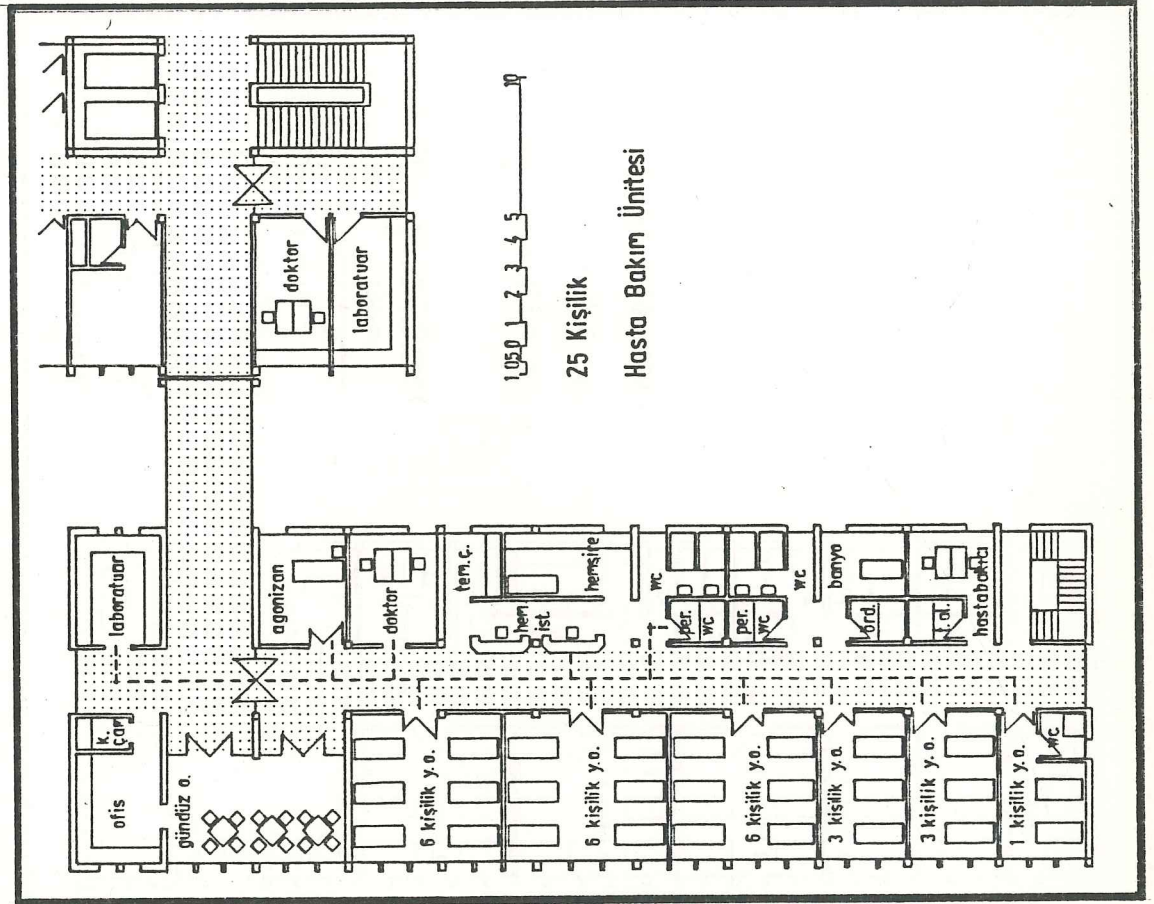




SAMSUN DEVLET HASTANESİ

Mimarları : Alpay Aşkun - P. İlgü Aşkun

Hasta bakım ünitesindeki 25 yatak;  
3x6 yatak , 2x3 yatak , 1x1 yatak  
olarak gruplanmıştır.



25 Kişilik

Hasta Bakım Ünitesi

HASTA BAKIM ÜNİTESİ

VE

HASTA YATAK ODASI

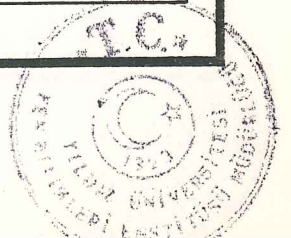
İÇİNDE

DOKTOR

SİRKÜLASYONU

Hasta Yatak Odaları  
Sirkülasyon  
Ünite Servisleri

Çekirdek



ŞEKİL 11

HASTA BAKIM ÜNİTESİ

VE

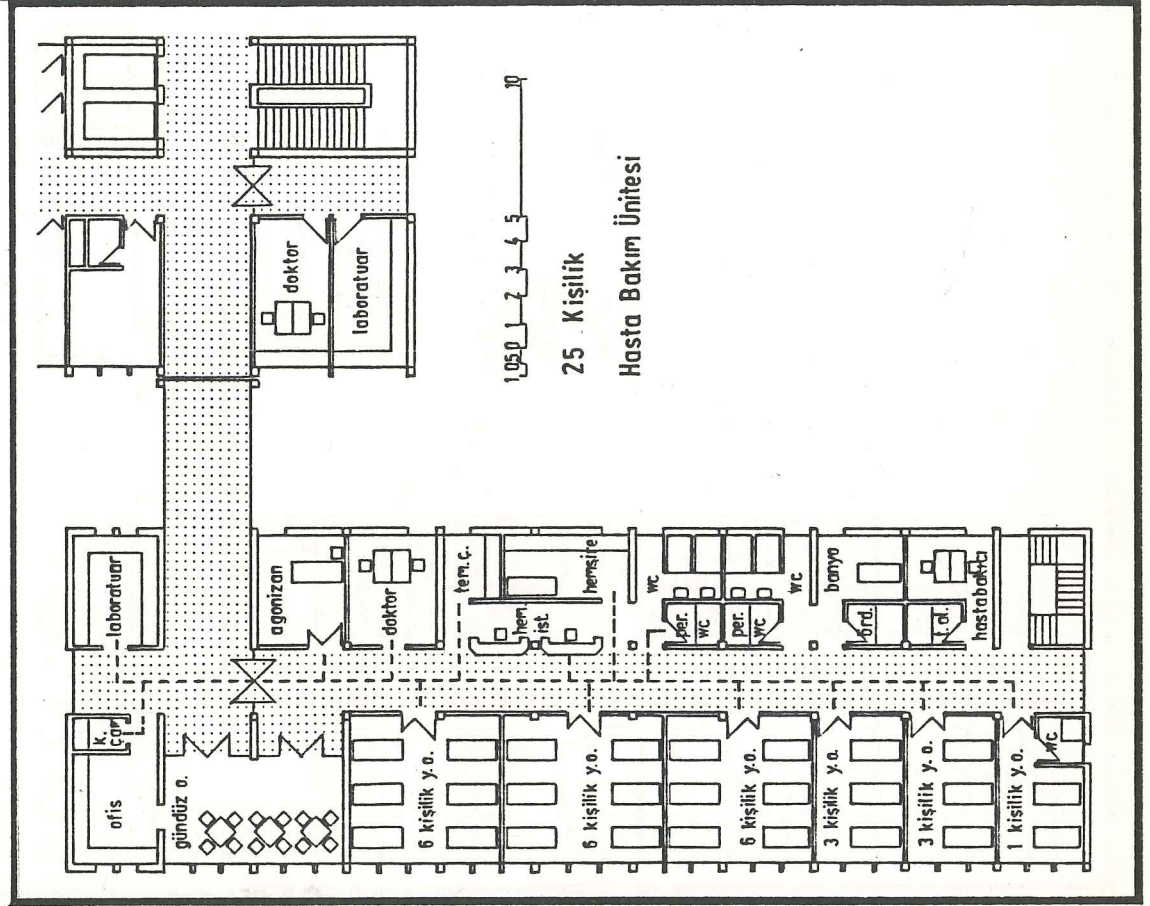
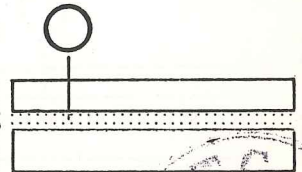
HASTA YATAK ODASI

İÇİNDE

HEMŞİRE

SİRKÜLASYONU

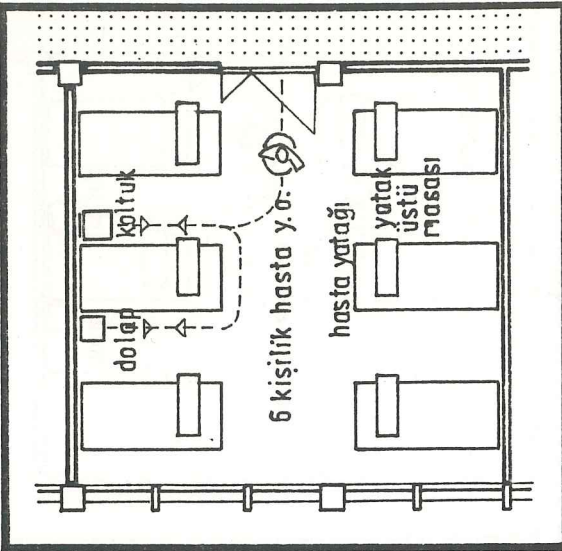
Hasta Yatak Odaları  
Sirkülasyon  
Ünite Servisleri  
Çekirdek



10,00 1 2 3 4 5

25 Kişilik

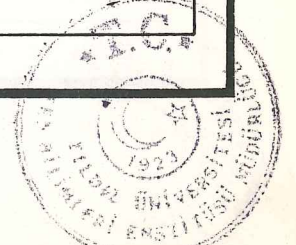
Hasta Bakım Ünitesi



SAMSUN DEVLET HASTANESİ

Mimarları :Alpay Aşkun - P. İlgı Aşkun

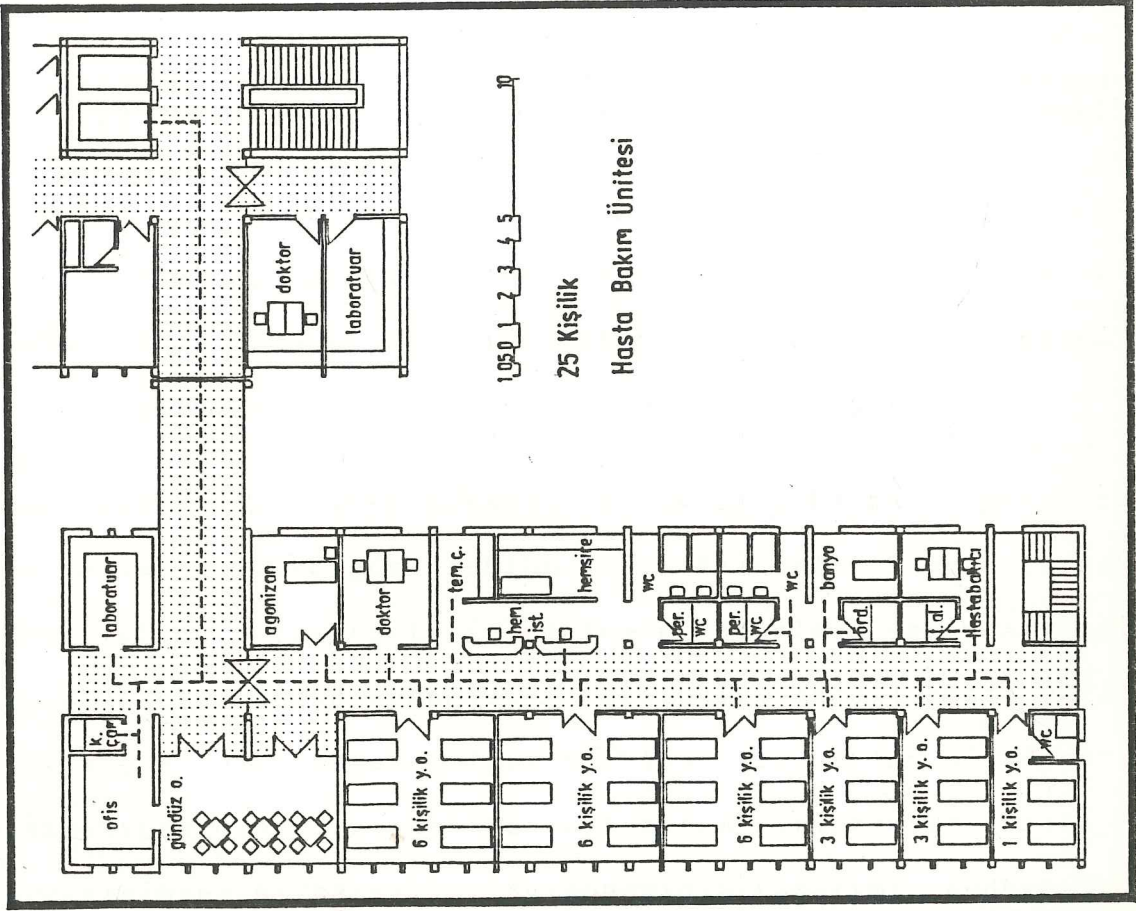
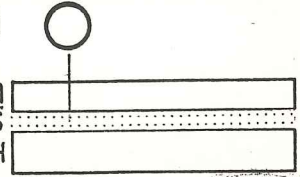
Hasta bakım ünitesindeki 25 yatak;  
3\*6 yatak , 2\*3 yatak , 1\*1 yatak  
olarak gruplanmıştır.



ŞEKİL 12

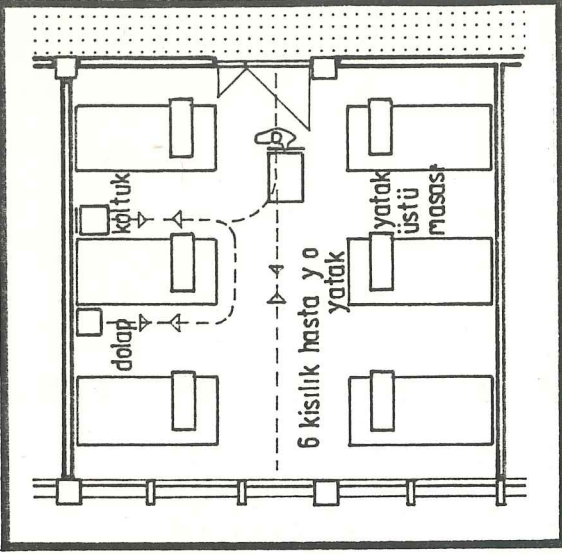
HASTA BAKIM ÜNİTESİ  
VE  
HASTA YATAK ODASI  
İÇİNDE  
HASTA BAKICI  
SİRKÜLASYONU

Hasta Yatak Odaları  
Sirkülasyon  
Ünite Servisleri  
Çekirdek



25 Kişilik

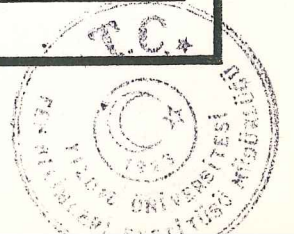
Hasta Bakım Ünitesi



SAMSUN DEVLET HASTANESİ

Mimarları: Alpay Aşkun - P. İlgi Aşkun

Hasta bakım ünitesindeki 25 yatak;  
3 x 6 yatak, 2 x 3 yatak, 1 x 1 yatak  
olarak gruplanmıştır.

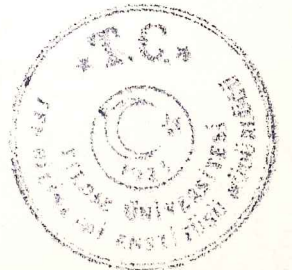


### BÖLÜM 3 - TÜRKİYE'DE KULLANILAN TİP HASTA YATAK ODALARI VE HASTA BAKIM ÜNİTELERİNDE REFAKATÇİ GEREKSİNİMLERİNİ KARŞILAYABİLEN ÇÖZÜMLERİN ARANMASI

#### 3.1. MEVCUT HASTANELERDE HASTA YATAK ODALARI VE HASTA BAKIM ÜNİTELERİNDE REFAKATÇİ GEREKSİNİMLERİ İÇİN ÇÖZÜM ÖNERİSİ

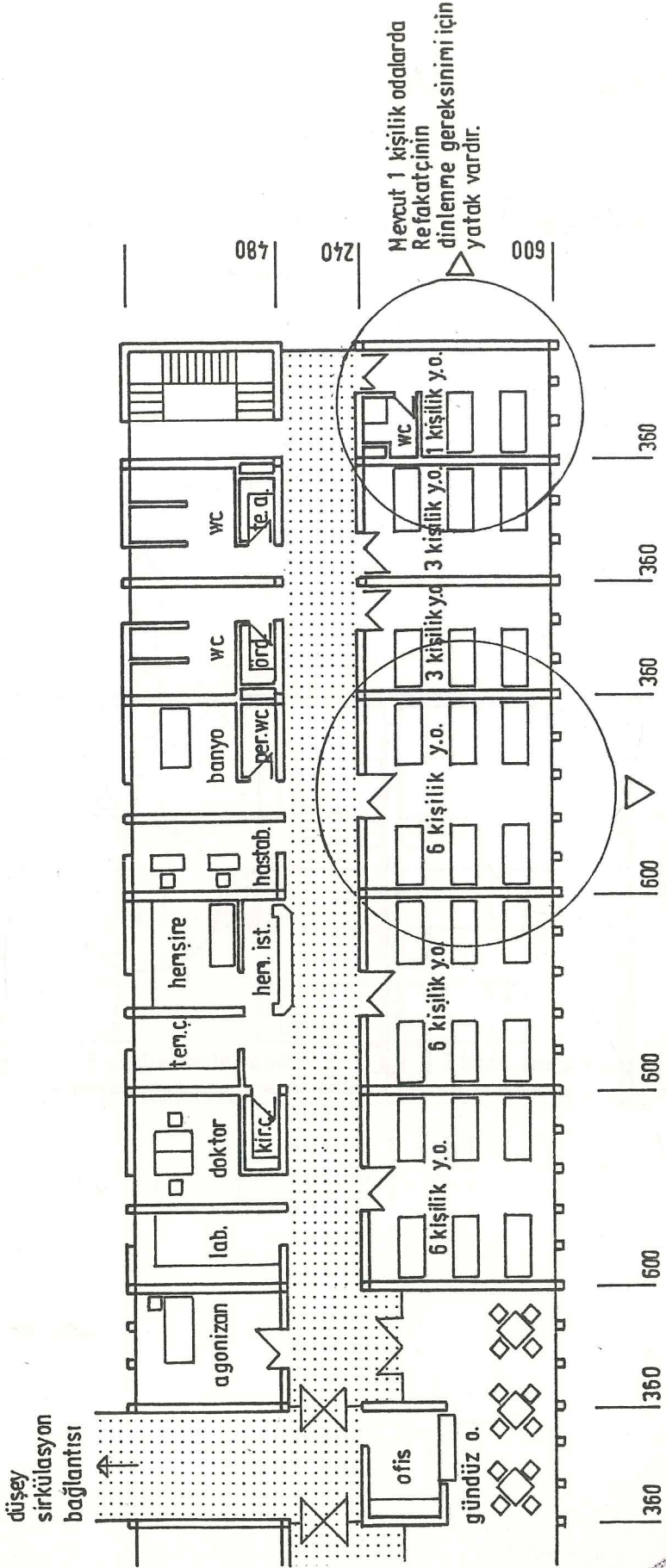
Ülkemizdeki mevcut hastane tasarımlarında, kullanılan hasta bakım ünitesi programına göre; sadece 1 kişilik hasta yatak odalarında refakatçi de düşünülmüştür. 3 ve 6 kişilik hasta yatak odalarında refakatçi göz önüne alınmamıştır.

Hasta yatak odalarının mekansal büyüklüğü, hasta yatak sayısı ile belirlendiğine göre (Bölüm 2.2.1.1); belirli boyutlardaki mekan içinde refakatçilerin dinlenme, depolama sorunları için mekansal çözümlerin aranması imkansızdır. Ancak; hasta yatağı ayak ucuna konan hareketli ve sökülüp takılabilen bir donatı, hasta yatak odası içindeki sirkülasyonu bozmadan refakatçi gereksinimlerini karşılar. Bu donatının tasarımı, endüstri ürünleri tasarımcıları tarafından yapılmalıdır (Şekil 13) (Şekil 14).



ŞEKİL 13  
TÜRKİYE'DE

MEVCUT HASTANELERDE KULLANILAN BİR HASTA BAKIM ÜNİTESİ MODELİNDE  
REFAKATÇİ GEREKSİNİMLERİ İÇİN ÇÖZÜM ÖNERİSİ



Ünite alanı : 456.62 M2





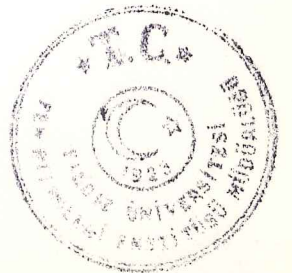
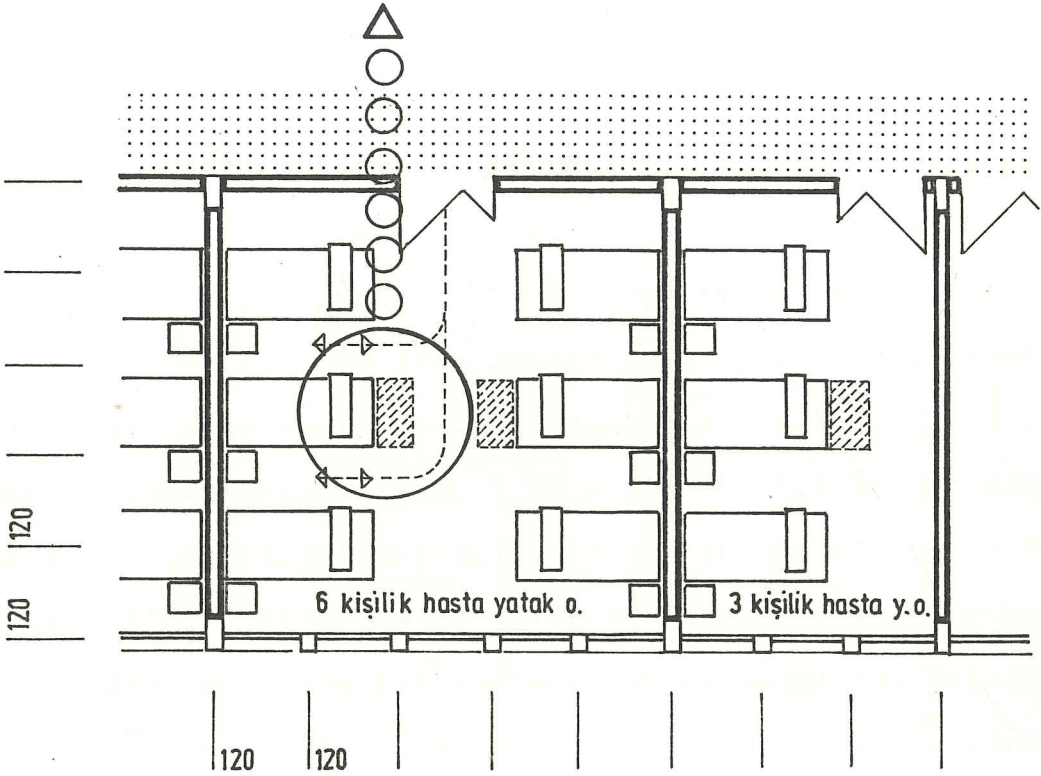
ŞEKİL 14

TÜRKİYE'DE

MEVCUT HASTANELERDE KULLANILAN HASTA YATAK ODASI MODELLERİNDE

REFAKATÇİ GEREKSİNİMLERİ İÇİN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

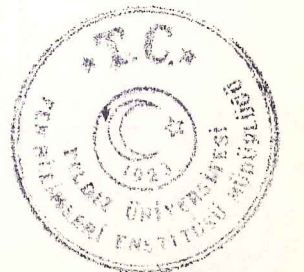
Refakatçi gereksinimlerini karşılayan hareketli ve sökülüp takılabilen donatı çözümleri



### 3.2. YENİ YAPILACAK HASTANELERİN HASTA YATAK ODALARI VE HASTA BAKIM ÜNİTELERİ TASARIMLARINDA REFAKATÇİ GEREKSİNİMLERİ İÇİN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Yeni yapılacak hastane tasarımlarında, refakatçi gereksinimlerini karşılamak için; mevcut hastane tasarımlarındaki hasta bakım ünitelerinde yer alan hasta yatak odaları ile koridor arasına 1.20 m'lik aks ilavesi önerilmektedir (Şekil 15). Bu aks içinde, refakatçinin oturma, dinlenme ve malzeme depolama gereksinimleri için gerekli mekanlar yer almaktadır (Şekil 16) (Şekil 17).

Refakatçi sorunu ortadan kalktığı an, yardımcı sağlık personeli sayısının yetersizliği de sona ermiş demektir. Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin de, bugünkü gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmetleri ile aynı düzeye geleceğini kabul edebiliriz. O gün, hastanelerimizdeki hastaların beklentilerinin de farklılaşacağından dolayı, 1.20 m'lik aks içinde her oda için bir WC mekanı düzenlenecektir. Ortak olarak kullanılan WC mekanları 1'er kişilik hasta yatak odaları, tek kişilik hasta yatak odası da 3 kişilik hasta yatak odası olarak değiştirilecektir (Şekil 18). Ünite servis mekanları ilave edilen aks içinde yer alacaktır (Şekil 19) (Şekil 20).

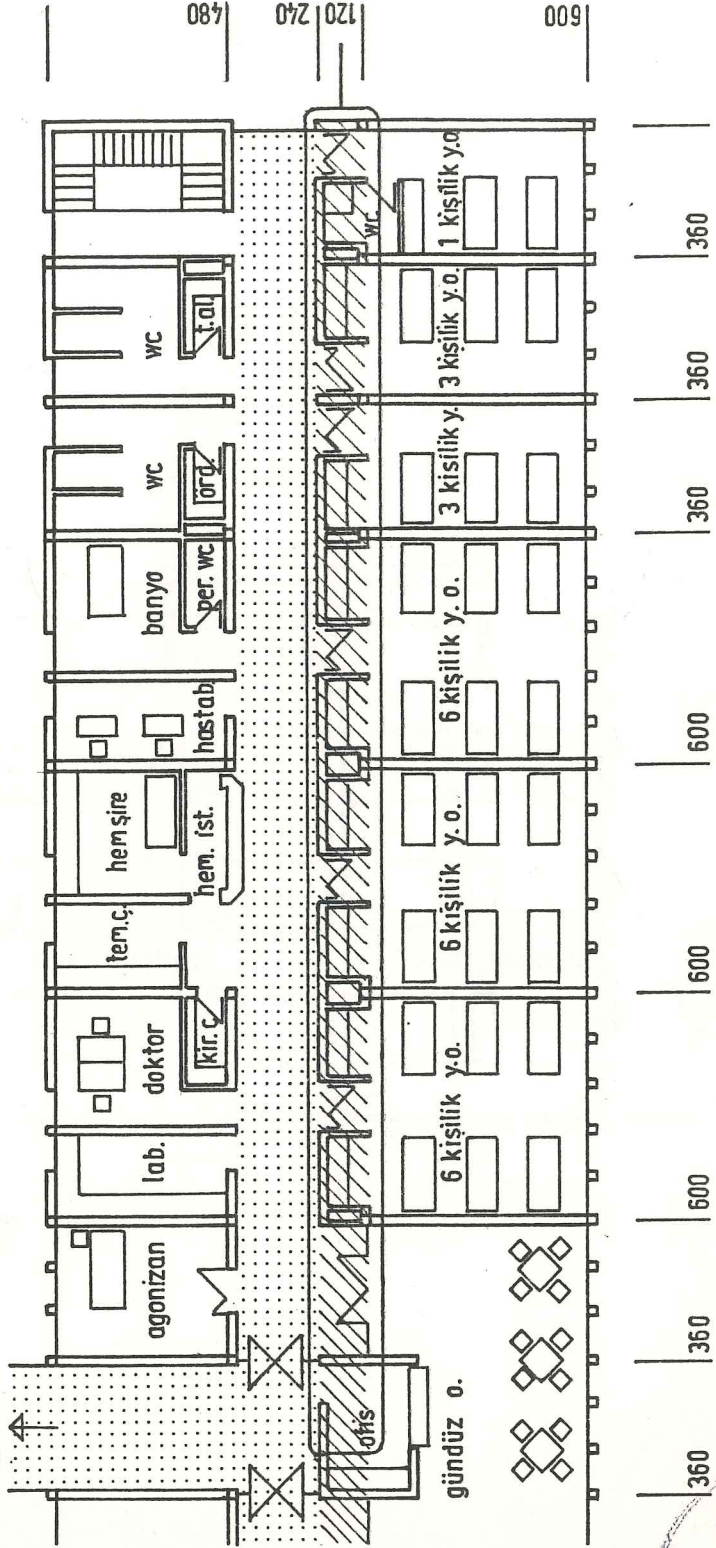


ŞEKİL 15

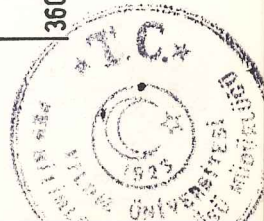
REFAKATÇI GEREKSİNİMLERİNİ KARŞILAYAN

HASTA BAKIM ÜNİTESİ TASARIMI

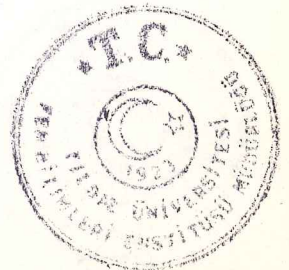
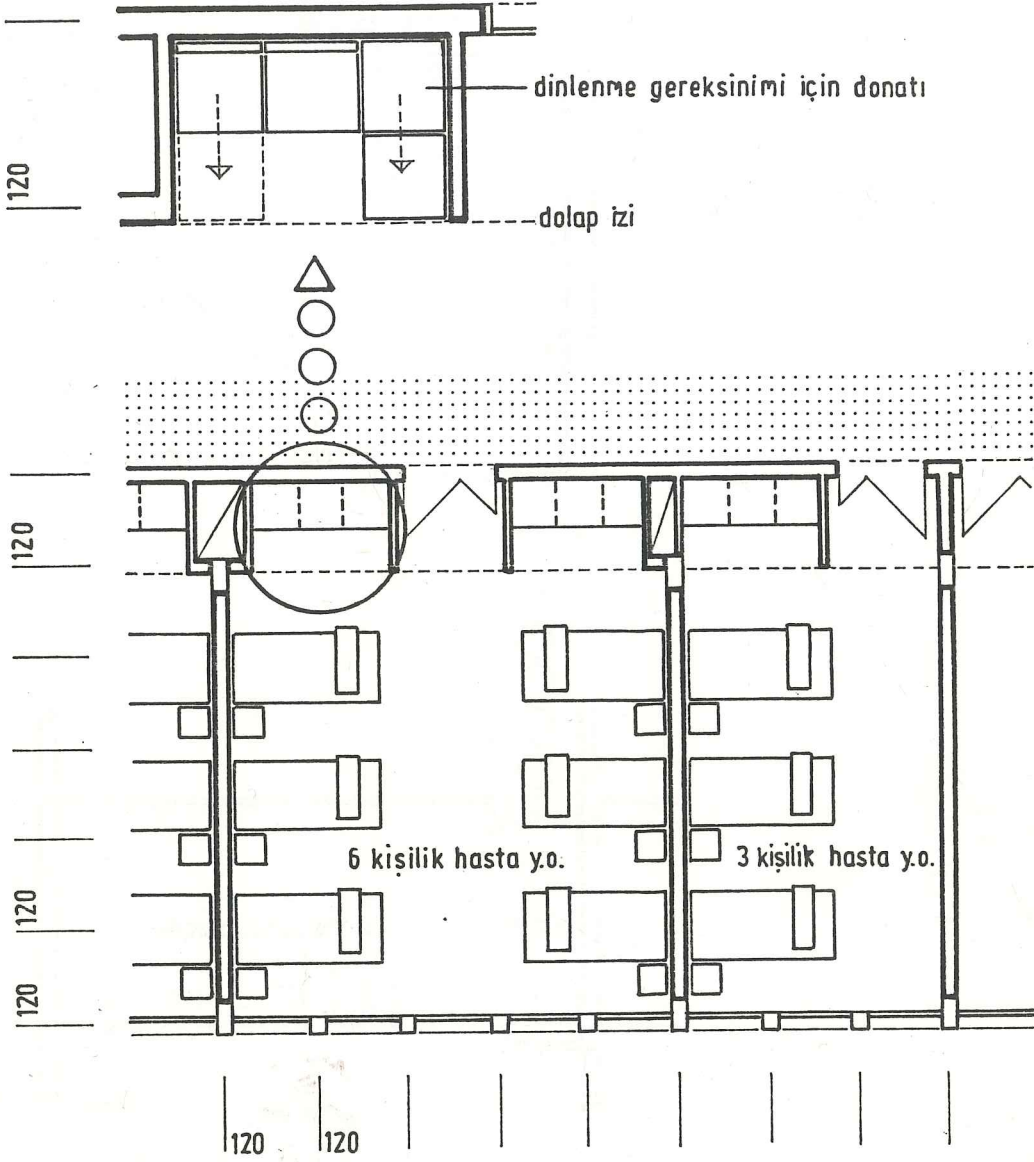
düşey  
sirkülasyon  
bağlantısı



Ek modül  
1.20 M.  
Her birimde  
dinlenme ve depolama  
(bak şekil 16, şekil 17)  
Ünite alanı : 500.78 MZ

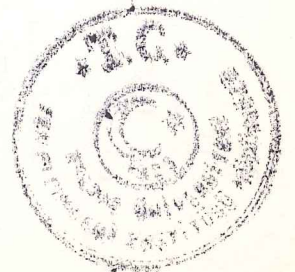
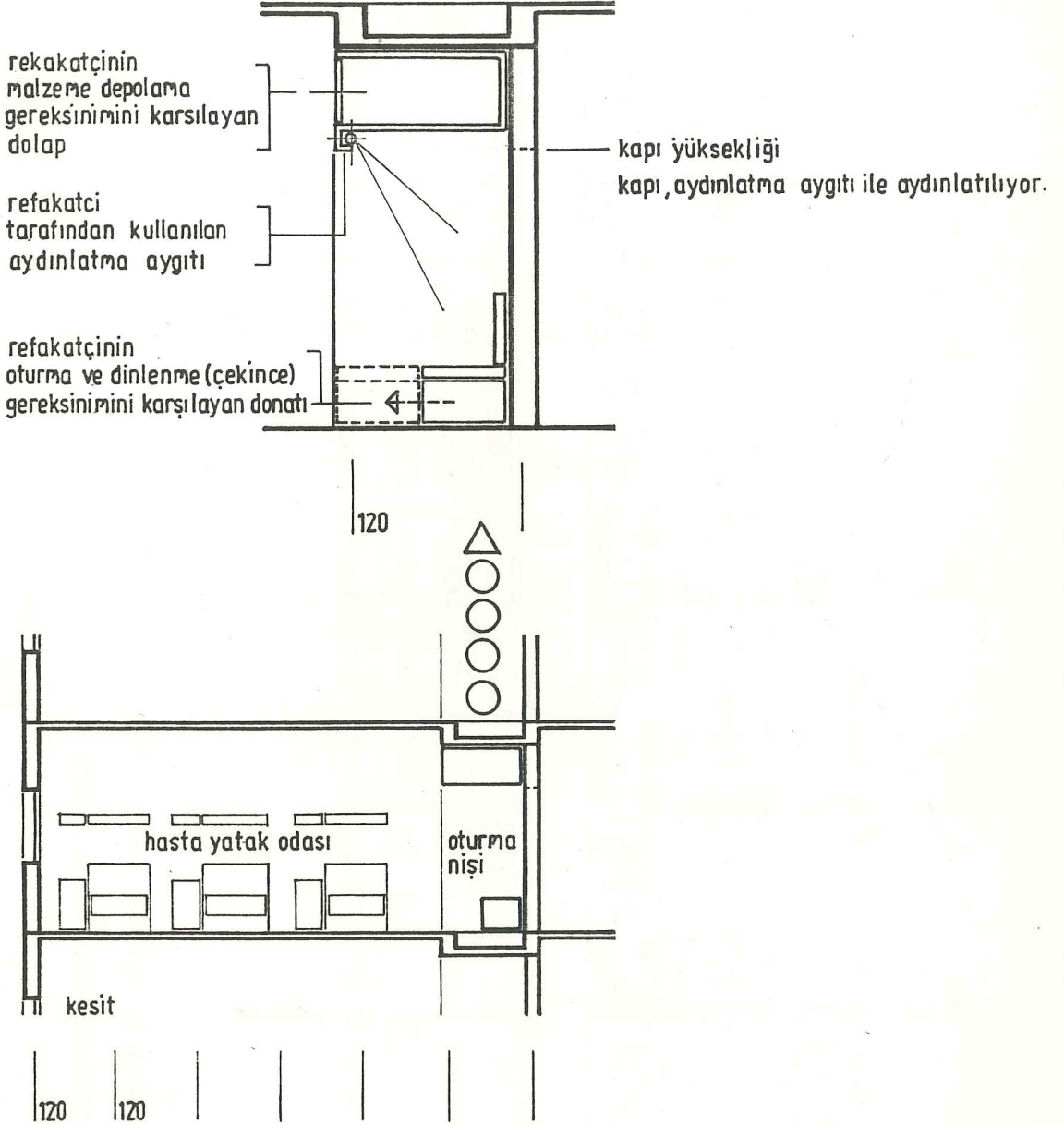


ŞEKİL 16  
REFAKATÇİ GEREKSİNİMLERİNİ KARŞILAYAN  
HASTA YATAK ODASI TASARIMLARI



ŞEKİL 17

REFAKATÇİ GEREKSİNİMLERİNİ KARŞILAYAN  
HASTA YATAK ODASI TASARIMI

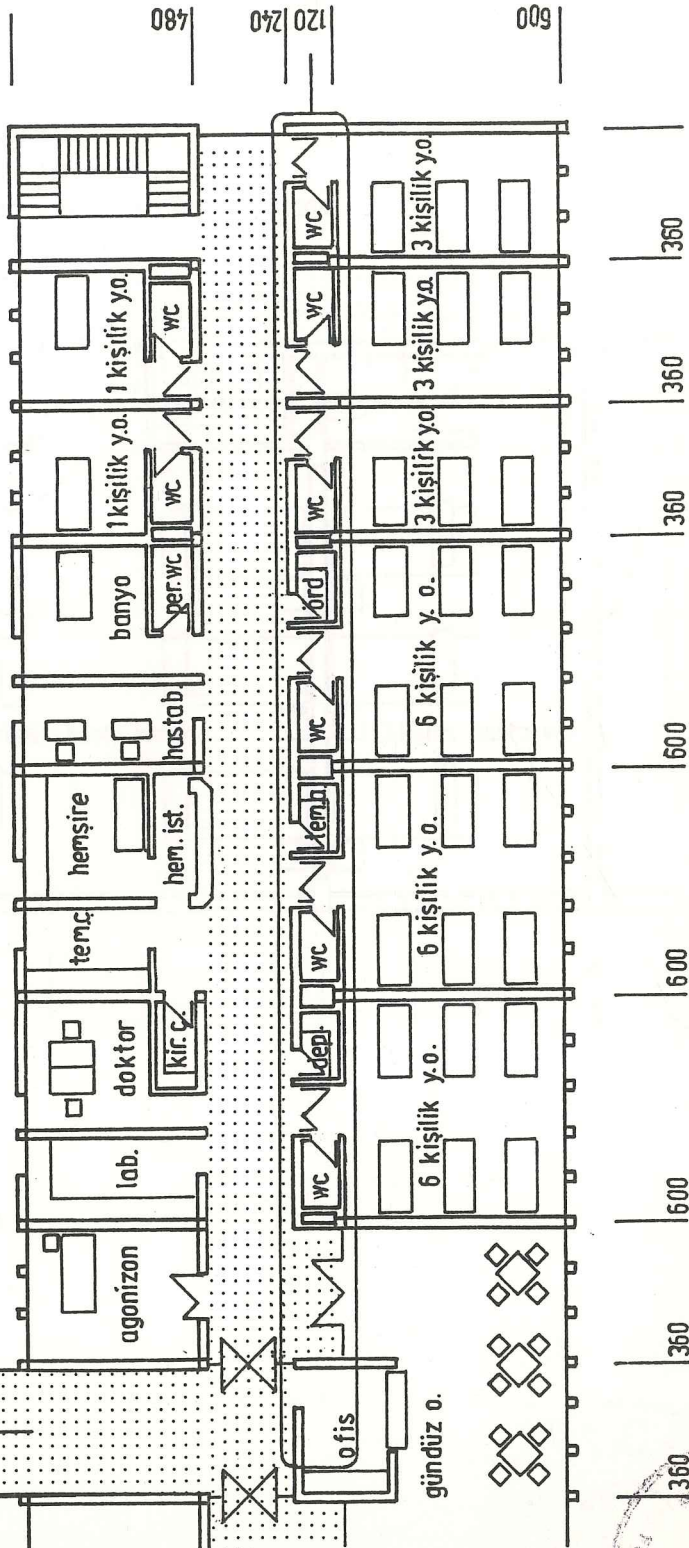


# ŞEKİL 18

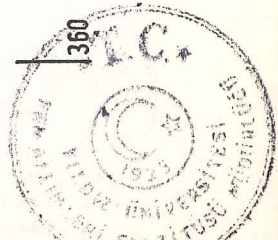
REFAKATÇİ SORUNU ORTADAN KALKTIĞI ZAMAN

HASTA BAKIM ÜNİTESİ TASARIMI

düsey  
sirkülasyon  
bağlantısı



- Ek modül
- 1.20 M.
- Her birimde  
wc veya genel servis  
birimleri
- Ünite alımı : 500.78 MZ

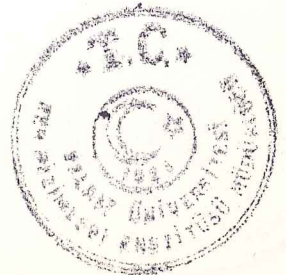
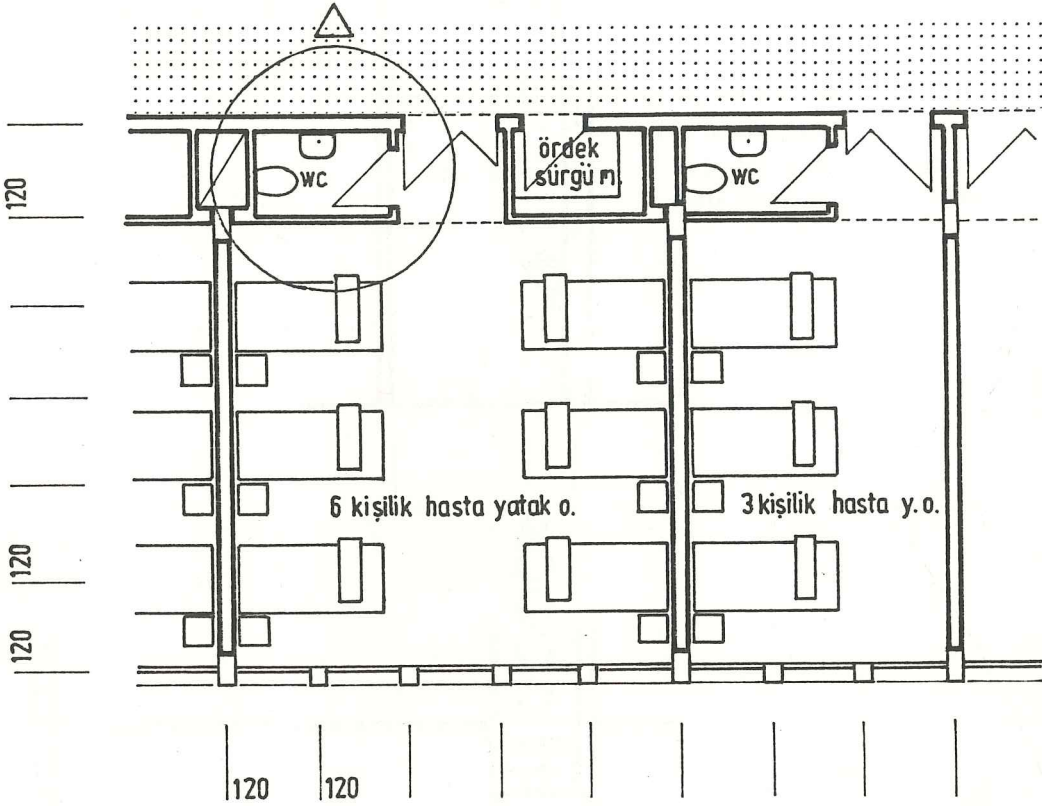


ŞEKİL 19

REFAKATÇİ SORUNU ORTADAN KALKTIĞI ZAMAN

HASTA YATAK ODASI TASARIMI

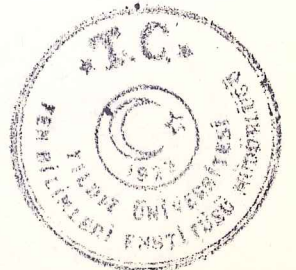
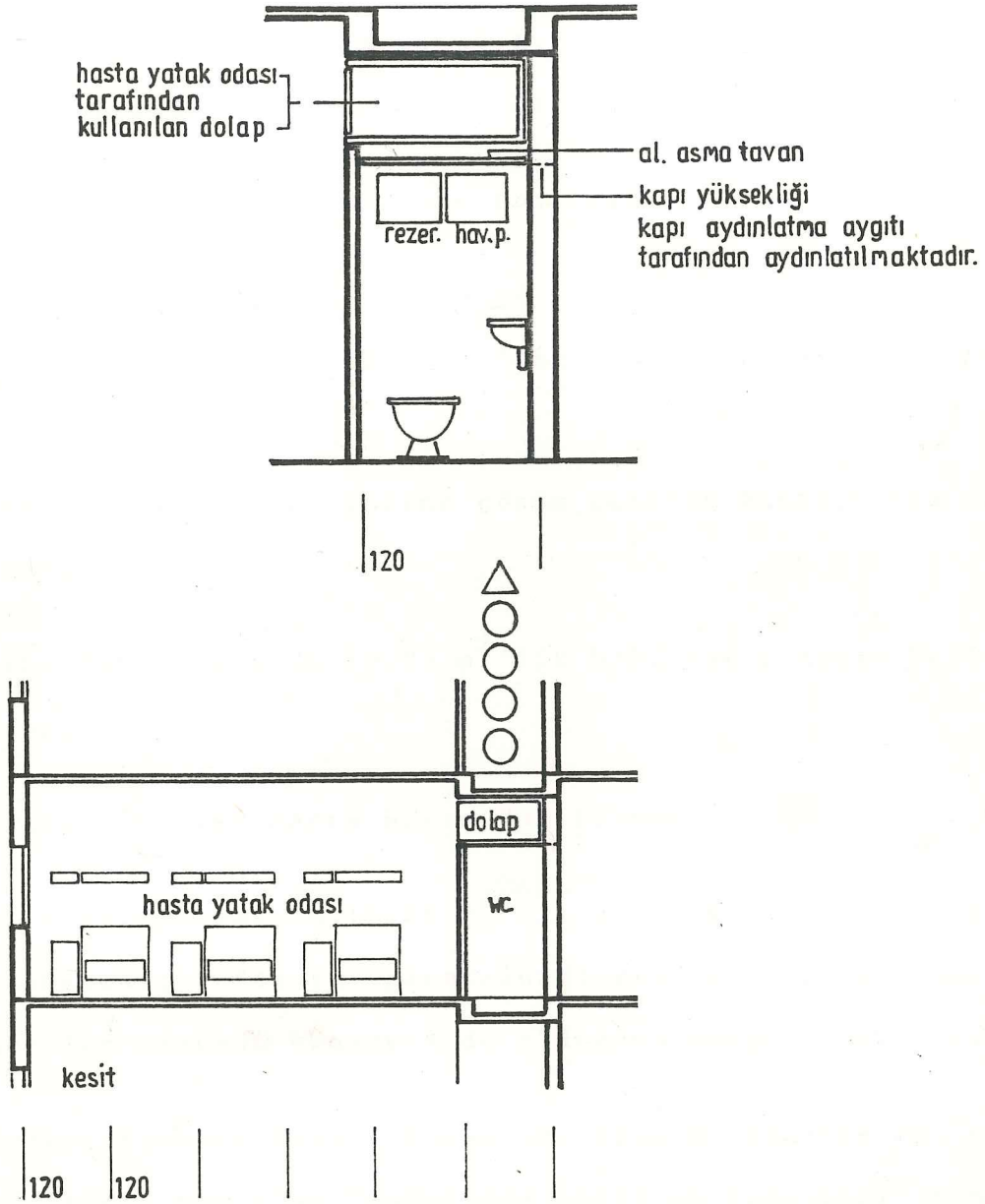
Ek modülde  
her birim için wc veya  
genel servis birimleri yer almaktadır.



SEKİL 20

REFAKATÇI SORUNU ORTADAN KALKTIĞI ZAMAN

HASTA YATAK ODASI TASARIMI





### 3.3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Mevcut hastanelerimizde kullanılan hasta bakım ünitesi tasarımına 1.20 m'lik bir aks ilavesi ile, brüt ünite alanınının 44.16 m<sup>2</sup>'lik büyümesine karşılık, refakatçinin oturma, dinlenme ve malzeme depolama gereksinimleri çözümlenecektir.

25 kişilik hasta bakım ünitesi, refakatçi sorunu ortadan kalkınca 29 kişilik hasta bakım ünitesi olacaktır.

Refakatçi varlığı gözönünde tutulmadan tasarlanmış hasta bakım ünitesinde;

Hasta yatağı başına 18.26 m<sup>2</sup>'lik brüt hasta bakım ünitesi alanı,

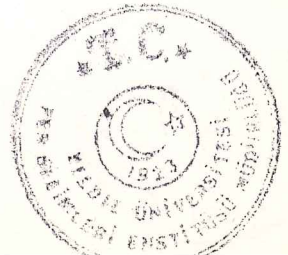
Refakatçi gereksinimlerine çözüm getiren hasta bakım ünitesinde;

Hasta yatağı başına 20.03 m<sup>2</sup>'lik brüt hasta bakım ünitesi alanı,

29 kişilik olan hasta bakım ünitesinde;

Hasta yatağı başına 17.26 m<sup>2</sup>'lik brüt hasta bakım ünitesi alanı düşmesi; refakatçi gereksinimlerini karşılamak amacıyla önerilen çözümün ekonomik de olduğunu vurgulamaktadır.

Ayrıca; Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 62. Maddesinde yer alan "refakatçi şekli ve koşulları" yeniden ele alınmalıdır.



HASTA FORMU

Yaşı:

Cinsiyeti:

Tahsili:

İşi:

1. Nereden geldiniz?

2. Ne zamandan beri hastanede yatıyorsunuz?

3. Hastalığınız nedir?

4. Ameliyat indikasyonunuz var mı? Tedavisi nedir?

Evet / Hayır , .....

5. Niçin refakatçiye ihtiyaç duydunuz?

Bakım / Psikolojik

6. Refakatçi ile yakınlık dereceniz nedir?

Yakın akraba / Uzak akraba / Arkadaş / Yabancı

7. Kendisine ücret ödüyor musunuz?

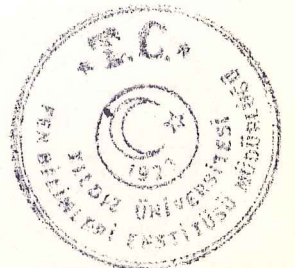
Evet / Hayır

8. Sizce refakatçi gerekli mi?

Evet / Hayır

9. Sağlık personeli hizmetinden memnun musunuz?

Evet / Hayır



REFAKATÇİ FORMU

Yaş:

Cinsiyeti:

Tahsili:

İşi:

1. Daha önce refakatçi oldunuz mu?

Evet / Hayır

2. Hastanızın hastalığını biliyor musunuz? Tedavi şeklini biliyor musunuz?

Evet / Hayır , Evet / Hayır

3. Hastaya ne şekilde yardımcı oluyor sunuz?

Bakım / Psikolojik

4. Sizce refakatçiler hastaya yardımcı olabiliyor mu?

Evet / Hayır

5. Sağlık personeline ne şekilde yardımcı oluyorsunuz?

6. Çevreden nasıl tepki görüyorsunuz? (doktor , hemşire , hastabakıcı)

Olumlu/ Olumsuz

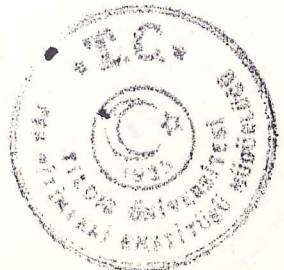
7. Günde kaç saat refakat ediyorsunuz? Yoruluyor musunuz?

..... saat , Evet / Hayır

8. Hastane tarafından hangi ihtiyaçlarınız karşılanıyor?

Yatma / Yemek

9. Başka hangi ihtiyaçlarınızın karşılanmasını istersiniz?



HEKİM FORMU

Yaşı :

Cinsiyeti :

Görevi :

1. Refakatçi faydalı oluyor mu?

Evet / Hayır

2. Refakatçi, size ne ölçüde yardımcı olabiliyor?

3. Refakatçiler, eğitilmek suretiyle faydalı olabilirler mi?

Evet / Hayır

4. Refakatçiler ile ilişkiniz nasıl ?

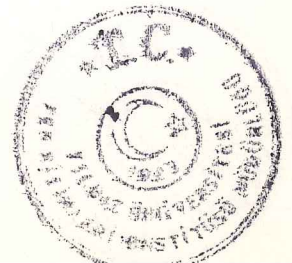
Olumlu / Olumsuz

5. Refakatçilerin hangi ihtiyaçlarını karşılıyorsunuz ?

Yatma / Yemek

6. Hastane tasarımında refakatçi de gözönünde bulundurulmalı mı?

Bulundurulmalı / Bulundurulmamalı



Ek 4

HEMŞİRE FORMU

Yaşı:

Tahsili:

1. Refakatçi faydalı oluyor mu?

Evet / Hayır

2. Görevinize refakatçinin katkısı nedir?

3. Refakatçi ile ilişkiniz nasıl?

Olumlu / Olumsuz

4. Hastane tasarımında refakatçi de gözönünde bulundurulmalı mı?

Evet / Hayır

Ek 5

HASTABAKICI FORMU

Yaşı:

Cinsiyeti:

Tahsili:

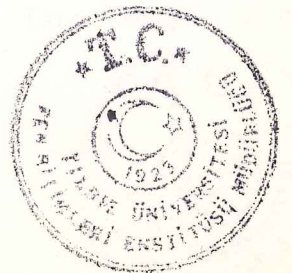
1. Refakatçi faydalı oluyor mu?

Evet / Hayır

2. Görevinize refakatçinin katkısı nedir?

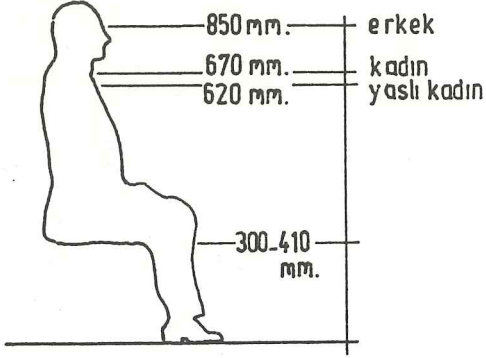
3. Refakatçi ile ilişkiniz nasıl?

Olumlu / Olumsuz

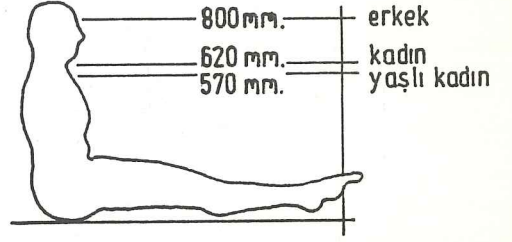


Ek 6

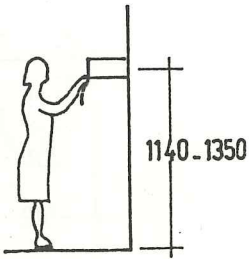
İNSAN EYLEM BOYUTLARI



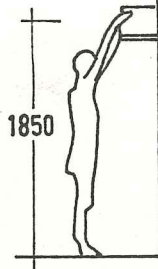
Oturan bir kişi için göz yükseklikleri



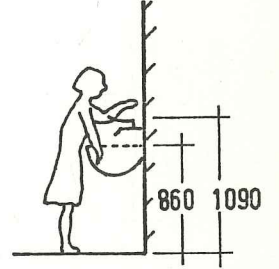
Yatakta oturan bir kişi için göz yükseklikleri



Havluluğu kullanma



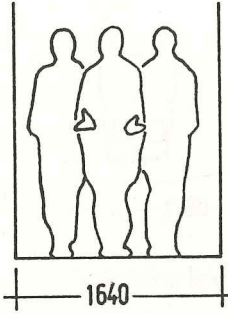
Rafa birşey kaldırma



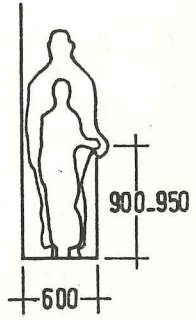
El yıkama



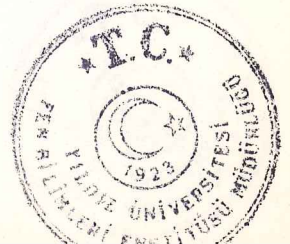
Küçük çocuk taşıma



İki kişinin yardımı ile yürüme

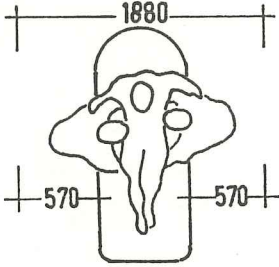


Koltuk değneği ile yürüme

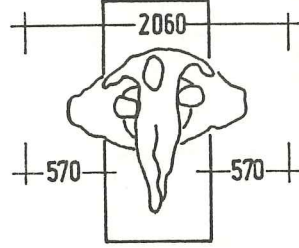


Ek 7

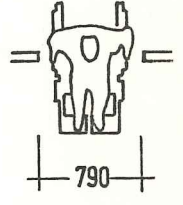
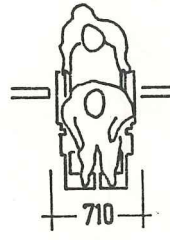
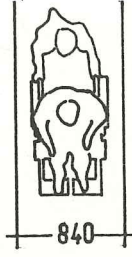
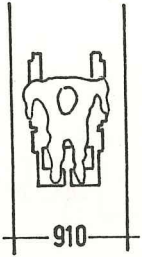
İNSAN EYLEM BOYUTLARI



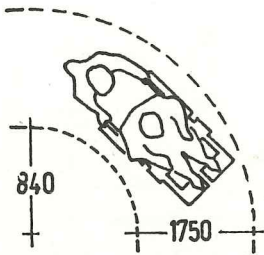
Hastayı banyo küvetine bırakma



Hastayı yatağa yatırma

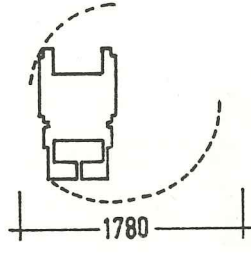


Tekerlekli sandalye kullanan hastalar için gerekli boyutlar

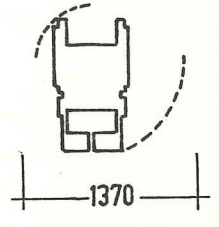


Yardımla

Tekerlekli sandalyenin dönmesi

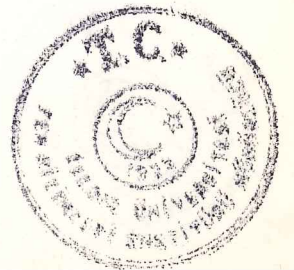


Tek tekerlek sabit



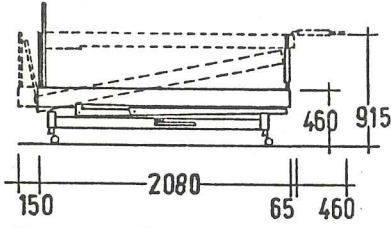
İki tekerlek de hareketli

Ed. Jan Sliwa, Leslie Fairweather, AJ Metric Handbook, s.98-99.

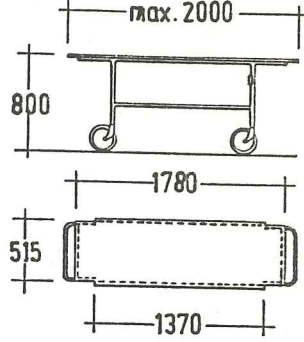


Ek 8

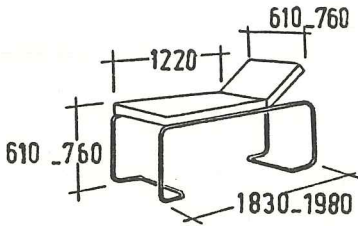
DONATI BOYUTLARI



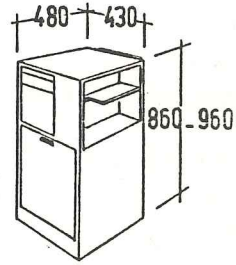
Hasta yatağı



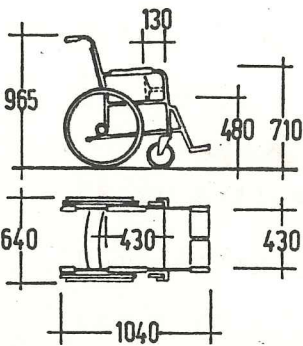
Hasta arabası



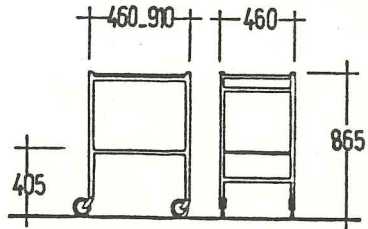
Huayene yatağı



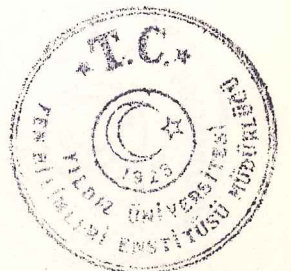
Yatakbaşı dolabı



Tekerlekli sandalye



Alet sehpası





## YARARLANILAN KAYNAKLAR

- Anon,Berge. "Sağlık Yapılarının Evrimi," Mimarlık Dergisi. 9, 10:17-26, 1971.
- Aşkun,Alpay. "Gelişmekte Olan Ülkelerde Hasta Refakatçisi Sorununun Tıbbi ve Sosyolojik Yönden İncelenmesi", YAK. 3, 4:9-18, 1977.
- Aşkun,Alpay. "Hastane Yapılarında Hasta Bakım Üniteleri". Yayınlanmamış Yeterlik Tezi, Yıldız Üniversitesi, 1971.
- Aşkun,Alpay. "Uyumsuz Çocuklar ve Yatılı Tedavi Okulları". Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, Yıldız Üniversitesi, (1975).
- Atabek,Erdal. "Sağlık Hizmetleri", Mimarlık Dergisi, 9, 10:11-16, 1971.
- "Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun (R514 S.K.)", Resmî Gazete. 17335; 21 Ağustos 1981.



"Bazı Belediyelerin İmar Yönetmeliklerinde Değişiklik Yapılması ve Bu Yönetmeliklere Yeni Maddelerin Eklenmesi Hakkında Yönetmelik", Resmi Gazete. 17499; 30 Ekim 1981.

Devlet İstatistik Enstitüsü. Türkiye İstatistik Yıllığı 1985.  
Yayın no: 1150, Ankara, 1985.

Devlet Planlama Teşkilatı. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983. Yayın no: 1664, Ankara, 1979.

Devlet Planlama Teşkilatı. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Öncesinde Gelişmeler 1972-1983.

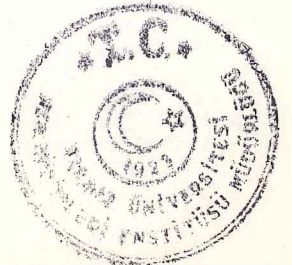
Devlet Planlama Teşkilatı. Yeni Strateji ve Kalkınma Planı Üçüncü Beş Yıl 1973-1977. Yayın no: 1272, Ankara, 1973.

Devlet Planlama Teşkilatı. Kalkınma Planı, Birinci Beş Yıl 1963-1967. Ankara, DPT Yayını, 1964.

Devlet Planlama Teşkilatı. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989. Yayın no: 1974, Ankara, 1985.

Devlet Planlama Teşkilatı. Rakamlarla Kalkınan Türkiye, 1923-1968. Yayın no: 772-K.D: 62. Ankara, 1969.

Doruk, Teoman. Progresiv Hasta Bakım Metodunun Genel Hastanelerin Fiziksel Planlaması Üzerindeki Etkisi. İstanbul, İTÜ Yayını, 1966.



Fişek, Nusret H. Halk Sağlığına Giriş. Yayın no: 2, Ankara, Hacettepe Üniversitesi - Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi, 1983.

"491 Sayılı Teşkilâtı Esasiye Kanunu", Üçüncü Tertip Düstur, Cilt no: 5, s.576-585.

"4695 Sayılı Anayasa", Üçüncü Tertip Düstur, Cilt no: 26, s.170.

Gainsborough, Hugh ve John Gainsborough. Principles of Hospital Design. London, The Architectural Press, 1964.

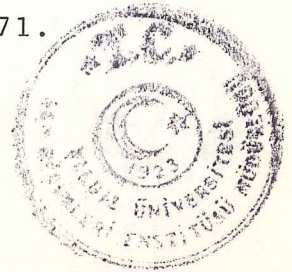
Guez, Gérard. "Image Duverte de l'Hôpital", L'architecture d'au Jourd'hui. 150:5-11, June-July 1970.

Görgün, Sevim. "The Level of Health Care in Turkey". (Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Düzeyi) Dünya Bankası İçin Hazırlanmış Rapor. Mart 1985, s.37.

Gözübüyük, A.Şeref ve Suna Kili (der.). Türk Anayasa Metinleri: Tanzimattan Bugüne Kadar. Ankara, A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayın no: 75-57, İdari İlimler Enstitüsü Yayın no: 2, Müsterek Yayın no: 7, 1957.

İstanbul Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü. Sağlık İstatistik Yıllığı 1984. İstanbul, 1985.

Kayalar, Cemal. "Sağlık Yapılarında Günışığı Aydınlik Seviyeleri", Mimarlık Dergisi, 9, 10:79-81, 1971.



Kleczkowski, B.M. ve R. Pibouleau (der.). Approaches to Planning and Design of Health Care Facilities in Developing Areas. Genova, World Health Organization, 1979.

Köroğlu, Ertuğrul ve diğerleri (değ.). Sağlık Personelini İlgilendiren Hukuk Kuralları: Sağlık Mevzuatı 1984. Ankara, Hacettepe Yayın Birliği, 1984.

Kuran, Aptullah. "Hastane İnşa Maliyetleri ve Standartları Gecici Özel İhtisas Komisyonu Ön Raporu". DPT İçin Hazırlanmış Rapor, 1964. s.13.

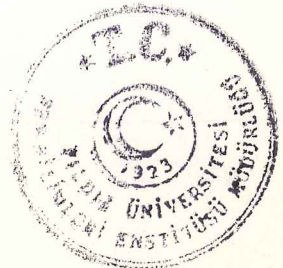
Mutlu, Asım. Sağlık Binaları ve Hastaneler. İstanbul, DGSA Yayını no: 36, 1973.

Neufert, Ernst. Yapı Tasarımı Temel Bilgileri. Çev: Abdullah Erkan. Ankara, Güven, 1974.

Özdemir, Hasan. Türkiye'de Sağlık Tesislerinin Özellikle Hastanelerin Sayısal Analizi. Ankara, TBTAk Yayını, 1973.

Özdemir, Hasan. Yataklı Tedavi Kurumları Master Planı, 1972 - 1982. Yayın no: a20, Ankara, TBTAk Yayını, 1974.

Pişirici, Ersun. Yatırım Tutarlarının Kestirilebilmesi İçin Sağlık Tesislerinin Gruplandırılması. Yayın no: 6, Ankara, TBTAk Yayını, 1976.



Proje Uygulama 6: Samsun ve Bolu Devlet Hastaneleri  
Mimari Proje Yarışması. Ankara, TMMOB Mimarlar Odası,  
1985.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun  
(224 S.K.), Resmi Gazete. 10705; 5 Ocak 1961.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinde 50  
Yıl. Yayın no: 422, Ankara, 1973.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinin Sos-  
yalleşmesi ile İlgili Kanun. Kararname, Yönetmelik ve  
Protokoller 1962-1972. Ankara, 1972.

Sliwa, Jan, Leslie Fairweather (der.) AJ Metric Handbook.  
London, The Architectural Press, 1977.

Sirel, Şazi. Aydınlık Düzenleme Ders Notları. İstanbul, Yıldız  
Üniversitesi Yayını, 1984.

Son Değişiklikleriyle T.C. Anayasası: 334 Sayılı Anayasa ve  
Değişiklikler. İstanbul, İnkilap ve Aka Kitabevi Koll.  
Şti. Yayını, 1976.

Şerefhanoglu, Müjgan. Gürültü Denetimi Ders Notları. İstanbul,  
Yıldız Üniversitesi Yayını.

Tempia, Emilio, Rafael Avidor (der.). "Çevre ve Hasta". Mimar-  
lık Dergisi. 9, 10:29-32, 1971.

Terzioğlu, Aslan. "Modern Hastane İnşaatı", Arkitekt Dergisi.  
35; 319:73-76, 1965.

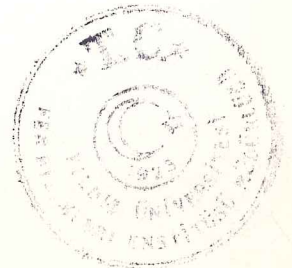


Terzioğlu,Aslan. "Modern Hastane İnşaatı", Arkitekt Dergisi.  
35, 322:93-95, 1966.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. 1982.

Wheeler,E.Todd. Hospital Design and Function. London,  
Mc Graw-Hill Book Company, 1964.

Wehrli,Robert ve Robert Kopsch (der.). Hospital Bedrooms and  
Nursing Units. A Systems Approach for Building Tech-  
nology. Washington, National Bureau of Standarts.  
U.S. Department of Commerce, 1972.



## ÖZGEÇMİŞ

Semra Tokay

12 Ağustos 1953

İstanbul'da doğdu.

1974

İDMMA Mimarlık bölümünü bitirdi.

1978

İDMMA Mimarlık dalından Yüksek Mimar diploması aldı.

1980

İDMMA Mimarlık Bölümü İç Mimari Kürsüsüne asistan olarak girdi.

Çalışmalarına, Yıldız Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Çevre Düzenleme Bilim Dalında Öğretim Görevlisi olarak devam etmektedir.

