

İSTANBUL TEKNİK ÜNİVERSİTESİ ★ FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANELERİ TASARIMINDA
HASTA, TOPLUM VE HASTANE İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Beste AKKOYUNLU

Mimarlık Anabilim Dalı

Mimari Tasarım Programı

HAZİRAN 2013

İSTANBUL TEKNİK ÜNİVERSİTESİ ★ FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANELERİ TASARIMINDA
HASTA, TOPLUM VE HASTANE İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Beste AKKOYUNLU
(502111147)**

Mimarlık Anabilim Dalı

Mimari Tasarım Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Işıl HACİHASANOĞLU

HAZİRAN 2013

İTÜ, Fen Bilimleri Enstitüsü'nün 502111147 numaralı Yüksek Lisans Öğrencisi **Beste AKKOYUNLU**, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “**RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANELERİ TASARIMINDA HASTA, TOPLUM VE HASTANE İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ**” başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı : **Prof. Dr. Işıl HACİHASANOĞLU**

İstanbul Teknik Üniversitesi

Jüri Üyeleri : **Yrd. Doç. Dr. Cemile TİFTİK**

İstanbul Teknik Üniversitesi

Prof. Dr. Ayfer AYTUĞ

Yıldız Teknik Üniversitesi

Teslim Tarihi : **3 Mayıs 2013**

Savunma Tarihi : **5 Haziran 2013**

ÖNSÖZ

Öğrenim hayatım boyunca desteğini esirgemeyen aileme ve arkadaşlarıma, tez çalışmam boyunca bana destek olan, yapıcı eleştirileri ve yorumları ile yol gösteren danışman hocam Sayın Prof. Dr. Işıl Hacıhasanoğlu'na, katkılarından dolayı Sayın Yrd. Doç. Dr. Cemile Tiftik ve Prof. Dr. Ayfer Aytuğ'a ve yoğun iş tempomuz arasında çalışmalarına olanak sağlayan Akan Mimarlık ekibine teşekkürü bir borç bilirim. Ruh ve Sinir Hastalıkları ile ilgili birikimlerini benimle paylaşan T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2005-2009 yılları arasında başhekimliğini yapmış olan İstanbul Şehir Üniversitesi Psikoloji Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Medaim Yanık'a ve Özel Fransız Lape Hastanesi Hastane Yöneticisi Sayın Cafer Tayyar Selçuk'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Haziran 2013

Beste Akkoyunlu
(Mimar)

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	v
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	ix
ÇİZELGE LİSTESİ.....	xi
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
ÖZET.....	xv
SUMMARY	xvii
1. GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı	1
1.2 Araştırmanın Kapsamı.....	2
1.3 Araştırmanın Yöntemi	2
2. RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANELERİ.....	5
2.1 Hasta ve Hastane Kavramları	5
2.1.1 Hasta, hastalık ve sağlık tanımları	5
2.1.2 Hastane kavramı ve hastanelerin işlevlerine göre sınıflandırılması.....	6
2.2 Ruh ve Sinir Hastalıkları	8
2.2.1 Ruh sağlığı, akıl hastalıkları, psikoloji ve psikiyatri kavramları	8
2.2.2 Ruh ve sinir hastalıklarının ve tedavilerinin sınıflandırılması	9
2.3 Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri Yasal ve Mekansal Gelişim Süreci	15
2.3.1 Yasal gelişim süreci	15
2.3.1.1 Dünya genelinde yasal gelişim süreci	15
2.3.1.2 Türkiye’de yasal gelişim süreci	16
2.3.2 Mekansal gelişim süreci.....	20
2.3.2.1 Dünya genelinde mekansal gelişim süreci	20
2.3.2.2 Türkiye’de mekansal gelişim süreci.....	29
2.4 Bölüm Sonucu	32
3. İNSAN, TOPLUM VE ÇEVRE İLİŞKİLERİ.....	35
3.1 Çevresel Psikoloji.....	35
3.1.1 İnsan ve toplum	36
3.1.1.1 İzlenim ve önyargı kavramları	38
3.1.1.2 Tutum kavramı	39
3.1.1.3 Dualizm	39
3.1.1.4 Damgalama, etiketleme ve ötekileştirme kavramları.....	40
3.1.1.5 Sınır kavramı	40
3.1.2 Çevre sistemi.....	41
3.1.3 İnsan - Çevre ilişkisi	42
3.1.3.1 Çevresel algılama	45
3.1.3.2 Çevresel biliş.....	47
3.1.3.3 Çevresel değerlendirme.....	49
3.1.3.4 Ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde çevresel algı-biliş- değerlendirme.....	49

3.2 Hasta, Toplum ve Hastane İlişkileri	49
3.2.1 Hasta – Toplum ilişkisi	51
3.2.2 Toplum – Hastane ilişkisi.....	53
3.2.3 Hasta – Hastane ilişkisi	55
3.3 Bölüm Sonucu	56
4. ALAN ÇALIŞMASI: HASTA, TOPLUM VE HASTANE İLİŞKİLERİNİN	
DEĞERLENDİRİLMESİ.....	57
4.1 Çalışmanın Amacı ve Kapsamı	57
4.2 Anket Çalışmaları	58
4.2.1 Yöntem	58
4.2.2 Bulguların elde edilmesi.....	59
4.2.3 Bulguların değerlendirilmesi.....	61
4.3 Anket Çalışmalarının Seçilen Hastaneler Üzerinden Değerlendirilmesi	83
4.3.1 Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Hastanesi.....	83
4.3.2 Özel Fransız Lape Hastanesi	92
4.4 Alan Çalışmasının Sonuçları	103
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	107
KAYNAKLAR.....	111
ÖZGEÇMİŞ.....	123

KISALTMALAR

APA	: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
BRSHH	: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
DSM-IV-TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV – Text Revision (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı IV)
EDRA	: Environmental Design Research Association (Çevre Tasarım Araştırmaları Birliği)
ICD	: International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)
RSH	: Ruh ve Sinir Hastalıkları
RSHH	: Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri
S. B.	: Sağlık Bakanlığı
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık rgt)
WPA	: World Psychiatric Association (Dünya Psikiyatri Birliği)

ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 2.1 : Sağlık Kurumlarının İşlevlerine Göre Sınıflandırılması	7
Çizelge 2.2 : DSM-IV-TR'ye göre Psikiyatri'de Hastalıkların Sınıflandırılması	10
Çizelge 2.3 : Ruh ve Sinir Hastalıkları Tedavi Yöntemleri.....	13
Çizelge 2.4 : Psikoterapi'nin Bileşenleri	14
Çizelge 2.5 : Ekim 2010 Yılı Psikiyatri Yataklarının Hizmet Veren Kurumlara Göre Dağılımı (URSEP'ten uyarılma, 2011).....	19
Çizelge 3.1 : Topluluk Halinde Yaşamayı İlgilendiren Bazı Karmaşık İnsan Gereksinimleri (Cüceloğlu'ndan uyarılma, 1991)	38
Çizelge 3.2 : Ruh Hastalığı Olanlara Yönelik Türkiye'de Kullanılan Atasözleri (Bostancı'dan uyarılma, 2005)	52
Çizelge 3.3 : Hastanın İhtiyaçları (Yanık'tan uyarılma, 2011b).....	56
Çizelge 4.1 : Katılımcı Verileri	59
Çizelge 4.2 : D Grubu Katılımcılarının Yaş Verileri.....	60
Çizelge 4.3 : D Grubu Katılımcılarının Cinsiyet Verileri.....	60
Çizelge 4.4 : A Grubu – Olumlu Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu	61
Çizelge 4.5 : B1 Grubu – Olumlu Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu	62
Çizelge 4.6 : B2 Grubu – Olumlu Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu	62
Çizelge 4.7 : C Grubu – Olumlu Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu	63
Çizelge 4.8 : D Grubu – Olumlu Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu	63
Çizelge 4.9 : A Grubu – Olumsuz Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu.....	65
Çizelge 4.10 : B1 Grubu – Olumsuz Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu	65
Çizelge 4.11 : B2 Grubu – Olumsuz Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu	66
Çizelge 4.12 : C Grubu – Olumsuz Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu	66
Çizelge 4.13 : D Grubu – Olumsuz Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu.....	67
Çizelge 4.14 : A Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan Mevcut Durum Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu	68
Çizelge 4.15 : B1 Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan Mevcut Durum Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu	69
Çizelge 4.16 : B2 Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan Mevcut Durum Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu	70
Çizelge 4.17 : C Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan Mevcut Durum Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu	71
Çizelge 4.18 : D Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan Mevcut Durum Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu	72
Çizelge 4.19 : A Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan İdeal Hastane Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu	74
Çizelge 4.20 : B1 Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan İdeal Hastane Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu	75
Çizelge 4.21 : B2 Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan İdeal Hastane Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu	76
Çizelge 4.22 : C Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan İdeal Hastane Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu	77

Çizelge 4.23 : D Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan İdeal Hastane Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu	78
Çizelge 4.24 : Katılımcıların Tedavi Yeri Tercihleri.....	80
Çizelge 4.25 : Katılımcıların Hastane Yeri Tercihleri	81
Çizelge 4.26 : Katılımcıların Hastası Olduğunu Söyleme Tercihleri	82

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1 : Türkiye’de Psikiyatri Yataklarının Hizmet Veren Kurumlara Göre Dağılım Yüzdeleri. (URSEP’ten uyarılama, 2011)	19
Şekil 2.2 : Bethlem Royal Hastanesi / İngiltere. (Yanni, 2007)	20
Şekil 2.3 : Royal Naval Hastanesi; New York Akıl Hastanesi; Panopticon Planı; Pensilvanya Doğu Bölgesi Hastanesi / Amerika. (Yanni, 2007).....	21
Şekil 2.4 : York Retreat Hastanesi / İngiltere. (Yanni, 2007).....	22
Şekil 2.5 : Kirkbride Plan Örneği. (Yanni, 2007).....	23
Şekil 2.6 : Pensilvanya RSHH / Amerika. (Yanni, 2007)	24
Şekil 2.7 : Wakefield Hastanesi Maketi, “H” düzeni Planı Örneği. (Url-1).....	25
Şekil 2.8 : Doğu Illinois RSHH Yerleşim Planı, 1878, Cottage Plan. (Yanni, 2007).....	26
Şekil 2.9 : Doğu Illinois RSHH Ünitesi, 1878, Cottage Plan. (Yanni, 2007).....	26
Şekil 2.10 : Helsingor Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2006. (JDS, t.y.)	27
Şekil 2.11 : Helsingor RSHH Üç Boyutlu Çalışma, 2006. (JDS, t.y.)	28
Şekil 2.12 : Claude Monet RSHH Üç Boyutlu Çalışma, 2013. (SOA, t.y.)	28
Şekil 2.13 : Claude Monet RSHH Servis Planı, 2013. (SOA, t.y.)	28
Şekil 2.14 : Süleymaniye Bimarhanesi. (Url-2)	29
Şekil 2.15 : Eski Türklerde Müzikle Tedavi Anı. (Güvenç, R.O.; Şengül, 2008).....	30
Şekil 2.16 : Şam Nureddin Zengi Hastanesi Maketi. (Şengül, 2008).....	30
Şekil 2.17 : Edirne II. Bayezid Darüşşifası.	31
Şekil 2.18 : Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Konsept Projesi. (Yanık, 2011a)...	31
Şekil 2.19 : Ruh ve Sinir Hastalıkları Ünitesi Konsept Projesi. (Yanık, 2011a).....	32
Şekil 3.1 : İnsan-Çevre İlişkileri için Basit bir Model. (Appleyard, 1973)	43
Şekil 3.2 : İnsan-Çevre İlişkileri için Kavramsal bir Model. (Çakın, 1988)	44
Şekil 3.3 : Çevrenin Algılanması. (Rapoport’tan uyarılama, 1977)	46
Şekil 3.4 : Yapısal Çevreyi Anlama. (Ünlü’den uyarılama, 1998).....	47
Şekil 3.5 : Hasta – Toplum – Hastane İlişkisi.	50
Şekil 4.1 : Tüm Gruplar – Olumlu Yapı Cümleleri Sonuç Karşılaştırma Tablosu ...	64
Şekil 4.2 : Tüm Gruplar – Olumsuz Yapı Cümleleri Sonuç Karşılaştırma Tablosu	67
Şekil 4.3 : Tüm Gruplar – “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan Mevcut Durum Değerlendirme Soruları Sonuç Tabloları Karşılaştırması	73
Şekil 4.4 : Tüm Gruplar – “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan İdeal Hastane Değerlendirme Soruları Sonuç Tabloları Karşılaştırması	79
Şekil 4.5 : Tüm Gruplar – “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan Mevcut Durum ve İdeal Hastane Soruları Sonuç Tabloları Karşılaştırması	80
Şekil 4.6 : Katılımcıların Tedavi Yeri Tercihleri.....	81
Şekil 4.7 : Katılımcıların Hastane Yeri Tercihleri.....	82
Şekil 4.8 : Katılımcıların Hastası Olduğunu Söyleme Tercihleri	82
Şekil 4.9 : Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Hastanesi’nin İstanbul’daki Konumu	83
Şekil 4.10 : Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Hastanesi Sınırları.....	84
Şekil 4.11 : Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Hastanesi Vaziyet Planı	86
Şekil 4.12 : Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Hastanesi Ek Bölüm Vaziyet Planı. 86	

Şekil 4.13 : BRSHH - K Blokları Konumu	87
Şekil 4.14 : BRSHH - K Blok Planı.....	87
Şekil 4.15 : BRSHH - K Blok – 5 Kişilik Hasta Odası	88
Şekil 4.16 : BRSHH - K Blok – Dış Mekan	88
Şekil 4.17 : BRSHH - K Blok – Koridor	88
Şekil 4.18 : BRSHH - H Blok Konumu.....	89
Şekil 4.19 : BRSHH - H Blok Kısmi Planı.....	89
Şekil 4.20 : BRSHH - H Blok – TV Odası	89
Şekil 4.21 : BRSHH - H Blok – Dış Mekan	90
Şekil 4.22 : BRSHH - H Blok – Giriş.....	90
Şekil 4.23 : BRSHH - L Blokları Konumu	90
Şekil 4.24 : BRSHH - L Blok Kısmi Planı	91
Şekil 4.25 : BRSHH - L Blok – Hasta Odası.....	91
Şekil 4.26 : BRSHH - L Blok – Dış Mekan.....	91
Şekil 4.27 : Özel Fransız Lape Hastanesi'nin İstanbul'daki Konumu.....	92
Şekil 4.28 : Özel Fransız Lape Hastanesi Sınırları	93
Şekil 4.29 : Özel Fransız Lape Hastanesi (Lape, t.y.)	93
Şekil 4.30 : Özel Fransız Lape Hastanesi Blokları	94
Şekil 4.31 : Özel Fransız Lape Hastanesi'nin Yan Yoldan Görünümü	94
Şekil 4.32 : Özel Fransız Lape Hastanesi'nin Cevahir AVM'den Görünümü	95
Şekil 4.33 : Özel Fransız Lape Hastanesi Servisleri.....	95
Şekil 4.34 : Özel Fransız Lape Hastanesi - B Blok Konumu	96
Şekil 4.35 : Özel Fransız Lape Hastanesi - B Blok	96
Şekil 4.36 : Özel Fransız Lape Hastanesi - B Blok Bodrum Kat Planı	97
Şekil 4.37 : Özel Fransız Lape Hastanesi - B Blok Zemin Kat Planı	97
Şekil 4.38 : Özel Fransız Lape Hastanesi - B Blok 1. ve 2. Kat Planı.....	98
Şekil 4.39 : Özel Fransız Lape Hastanesi - İç Bahçe.....	98
Şekil 4.40 : Özel Fransız Lape Hastanesi - E Blok Konumu.....	99
Şekil 4.41 : Özel Fransız Lape Hastanesi - E Blok.....	99
Şekil 4.42 : Özel Fransız Lape Hastanesi - E Blok Bodrum Kat Planı.....	100
Şekil 4.43 : Özel Fransız Lape Hastanesi - E Blok Zemin Kat Planı	100
Şekil 4.44 : Özel Fransız Lape Hastanesi - E Blok 1. Kat Planı.....	101
Şekil 4.45 : Özel Fransız Lape Hastanesi - G Blok Konumu	101
Şekil 4.46 : Özel Fransız Lape Hastanesi - G Blok	102
Şekil 4.47 : Özel Fransız Lape Hastanesi - G Blok Bodrum Kat Planı	102
Şekil 4.48 : Özel Fransız Lape Hastanesi - G Blok Zemin Kat Planı.....	102

RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANELERİ TASARIMINDA HASTA, TOPLUM VE HASTANE İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu çalışmada, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin mimari tasarımı ele alınmış; hasta, toplum ve hastane ilişkilerinin, tasarımın kurgusu üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin tasarımları incelendiğinde, hem Dünya genelinde hem de Türkiye'de hastane binalarının genel olarak içe dönük ve gündelik hayattan kopuk olarak şekillendiği görülmektedir. Araştırmanın esas amacı bu mimari tasarımın, hasta için mi yoksa toplum için mi yapıldığına bir cevap bulmaktır. Çalışma, toplumun akıl hastalarına karşı olan tutum ve inançlarının, hastanenin tasarımındaki etkilerini tartışmak ve gündelik hayattan kopuk bu fiziksel çevrenin, hastayla toplumun birbirinden daha da uzaklaşmasına neden olup olmadığını görmek; ancak eğer bu fiziksel çevreyle etkileşim hastanın tedavisinde etken ise bu durumun ortaya konulmasını hedeflemektedir. Amaç, hastane tasarımının iyileşmeye destek olabilecek ortamlar sunmasına katkı sağlamaktır.

Birinci bölümde, Hasta ve Hastane kavramları genel başlıkta araştırılmış, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin, işlevlerine göre sınıflandırılan hastaneler içindeki konumu belirlenmiştir. Ruh sağlığı, akıl hastalıkları, psikoloji, psikiyatri gibi kavramlar, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ni incelerken, bu hastanelerin hizmet verdiği hastaları ve alanın bütünü tanımak ve tanıtmak adına araştırılmış, hastalıklar ve tedaviler sınıflandırılmıştır. Tanım, kavram ve sınıflandırmaları; Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin yasal gelişim süreci ve bu sürecin mekansal gelişime etkileri takip etmekte; ülkelerdeki yasal düzenlemelerin, mekanlara direkt etki ettiği örnekler üzerinden gösterilmektedir. Bu bölümde, günümüze kadar yapılmış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri tipolojileri ortaya konmaktadır.

İnsan'ın çevresi ile olan ilişkisi ikinci bölümde ele alınmaktadır. İnsan ve Topluluk yaşamı; özellikle izlenim, önyargı, tutum, damgalama, sınır vb. kavramlar üzerinden incelenmiş, Ruh ve Sinir Hastaları ile Toplum arasındaki “ötekileştirme”nin nedenine açıklık getirilmeye çalışılmıştır. Çevre Sistemi, çevre kelimesinin fiziksel ve sosyal anlamları ile ele alınmış; insanın çevresi ile olan ilişkisi algı-biliş-değerlendirme kuramı üzerinden araştırılmıştır. Bu kuram, özellikle hastane mekanını içeriden deneyimleyenlerin, dışarıdan yalnızca gözlem ile deneyimleyenlerin ve hiç deneyimlememiş insanların değerlendirmelerinin özüne inebilmek amacıyla ele alınmaktadır. Bu bölümdeki çalışmanın sonucunda, Hasta, Toplum ve Hastane ilişkileri ikili olarak ele alınarak değerlendirilmektedir.

Son bölümde, Hasta-Toplum-Hastane ilişkisini görebilmek amacıyla, hastane içini deneyimlemiş olan çalışanlar (A Grubu) ve ziyaretçiler (B Grubu) ile; hastaneyi dışarıdan deneyimlemiş olan hastane çevresinde oturan, çalışan ya da o güzergahı her gün kullananlar (C Grubu) ile ve Toplum'un bilincinde yer etmiş Hastane imajını ve görmeden yaptığı kabulleri görebilmeyi amaçlayarak hasta/hastane ile hiç ilgisi olmayan insanlar (D Grubu) ile anket çalışması yapılmıştır. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde tedavi gören hastalar ve bu hastaların yakınları ile yapılan anketlerin

sonuçlarının subjektif ve duygusal olacağı düşünülerek, araştırmanın kapsamı dışında bırakılmıştır. Hasta ve hastane ile hiç ilgisi olmayanlara anket çalışmaları yapılırken, sonuçların çeşitli olabilmesi ve tek yanlı olmaması için; farklı yaş ve meslek gruplarındaki insanların seçilmesine özen gösterilmiş; kadın/erkek dağılımı eşit tutulmuştur. Eğitim statüsü ise, lisans altı eğitime sahip kişilerin ankete katılımının düşük olması nedeniyle yalnızca lisans ve üzeri mezunları olarak belirlenmiştir. Anket çalışmalarının sonuçları dahilinde, seçilen hastanelerin planları üzerinde inceleme ve alanda gözlemler yapılmış, sonuç ve önerilere ulaşılmıştır.

Son bölümün ikinci adımında, kavramsal olarak ele alınan Hasta, Toplum ve Hastane ilişkilerinin Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastane tasarımına etkilerini somutlaştırmak için; yapılan anketlerin sonuçları ile İstanbul'daki T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve yine İstanbul'un en merkezi ilçelerinden biri olan Şişli'deki Özel Fransız La Paix (Lape) Hastanesi'nde inceleme, hastane sağlık personeli ve uzmanlar ile görüşmeler yapılmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, bulunduğu ilçe olan Bakırköy'ün isminin dahi toplumdaki imajına etki etmiş olması; Özel Fransız La Paix (Lape) Hastanesi ise, İstanbul'un en merkezi ilçelerinden biri olan Şişli'de bulunması sebebiyle seçilmiştir.

Araştırmada “Hasta” grubu, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde yatılı olarak tedavi gören akut ve kronik vaka hastalarını kapsamaktadır. Alkol vb. Bağımlılığı olan hastalar ve Adli Psikiyatri hastaları bu araştırmanın kapsamı dışındadır. “Hastane” ise, yalnızca Ruh ve Sinir Hastaları'na ayakta veya yatılı olarak tedavi veren Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ni kapsamaktadır. Fiziksel hastalıkların tedavi edildiği diğer hastaneler, ve Genel Hastanelerin içindeki Psikiyatri klinikleri bu araştırmanın kapsamı dışındadır. Tüm literatür araştırmaları, uzman görüşmeleri ve hastalar ve toplum ile yapılan anketler bu kapsam dahilinde yapılmış ve değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, Çevresel Psikoloji, Toplum, Tutum, Ötekileştirme

ANALYSIS OF PATIENT, SOCIETY AND HOSPITAL RELATIONSHIPS IN ARCHITECTURAL DESIGN OF MENTAL HOSPITALS

SUMMARY

This study is addressed to the architectural design of Mental Hospitals and what investigates the effects of the patient, society and hospital relationships on design. As well as in Turkey, in globally, Mental Hospital buildings are formed as introverted and detached from everyday life. The main objective of this research is finding an answer to the purpose of this design: is it designed for the mentally ill patients or the society?

With this study, it is aimed to discuss how society's attitudes and beliefs affect Mental Hospital design and see the impacts of the physical environment that detached from everyday life on society-patient interaction. Is this design causing the society and the patient to move further away from each other, or is this introverted environment necessary for the patient's treatment? With this discussions, it is aimed to provide architectural designs which can contribute to the healing of mentally ill patients.

In the first part, Patient and Hospital concepts are investigated in general context and Mental Hospitals are determined according to the functional hospital classification. To introduce and learn the patients as the users of the hospital with the whole of the field, some concepts such as mental health, mental diseases, psychology, psychiatry are researched and the diseases and treatments are classified. With the introduction of concepts and classifications, the legal and spatial development of Mental Hospitals are investigated and regulations' effects on design are shown with examples. Also, some thresholds in typologies of Mental Hospitals in the history are given.

In the second part, human-environment interaction is examined. Human and community life are investigated in the light of some concepts such as impression, prejudice, attitude, stigma and border. With these concepts, it is aimed to clarify the emergence of the context of "other".

The word environment has two different meanings: physical environment and social environment. In this study, the word is investigated with both meanings. With perception - cognition and evaluation context; people who have experienced the building from inside, people who have experienced the building from outside and people with no experience are evaluated. At the end of this section, patient - society, society - hospital, patient - hospital relationships are examined.

In the research context,

- Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Hospital, and
- Private French La Paix (Lape) Mental Hospital are examined as the case studies.

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Hospital is chosen because this hospital has influenced the image of the "Bakırköy" district and Lape Mental Hospital is chosen because this hospital is in Şişli, the middle of the city center.

In the case study part, the questionnaires are distributed to see the patient, society and hospital relationships. Participants are:

- Group A: Staff of Mental Hospitals,
- Group B: Visitors of Mental Hospitals,
- Group C: People who have experienced the mental hospitals from outside (people with no known patients; but who live or work around a Mental Hospital or use that route everyday) and,
- Group D: People who don't have any relationship with mentally ill patients and never experienced a Mental Hospital from inside or from outside.

These groups are selected to compare the answers among the participants who have experienced the hospitals from inside, who have experienced the hospitals from outside and who have no experience. There is no restriction of a hospital in the questionnaires, but it is mentioned that a Mental Hospital is the point of the issue; not another kind of hospital or not a psychiatric clinic in a hospital.

In this study, all participants are undergraduate and above. Patients and patients' family members are not evaluated in this study, because it is thought that their answer may be subjective and emotional. For Group D, to avoid unilateral result, participants are chosen equally from men/women, age and occupational groups. With the results of the survey, selected hospitals' architectural plans are evaluated and conclusions and recommendations are presented. With the hospitals' architectural plans evaluation, also interviews with hospital staff and experts are done to understand the patients' conditions better.

One of the evaluation method that is used in this study is Lindberg and Hellberg's (1975) "Recording environmental data from outside or with living" technique. This technique explains the difference in human's perception - cognition and evaluation according to environment components. People may see the environment different according to cultural differences, social differences, physical talents and experiences. In this context, in the questionnaire, participant's gender, age, profession, current relationship with mental hospitals and experiences about the mental hospitals are collected as data.

Some part of the questionnaire contains questions with Likert Scale which is developed by Rensis Likert in 1932. In the Likert Scale, there are both positive and negative types of sentence structure. A sentence is given to the participant and asked whether he/she agrees with the sentence. Participant can mark his/her answer in a scale with three, five or seven option. In this study, sentences about Mental Hospitals and mentally ill patients are given to the participants and the answers are recorded on whether they agree or not agree with these sentences on a scale with five options.

Another section of the questionnaire contains "Semantic Difference Technique". In this technique, participants were asked to evaluate an environment in a scale with antiphrase nouns or adjectives. The average of the answers in the scale of a group can be compared with different groups' average of answers. For the questions which were asked with the semantic difference technique, the average of answers are compared and evaluated for the groups A, B, C and D.

The last part of the questionnaire contains answers with multiple choices. The participants are asked to choose one of the answers. The answers are evaluated with percents and compared with other groups.

In this study, the word “patient” comprises only the acute and chronic boarding mentally ill patients. Addiction diseases and Forensic Psychiatry patients are not included in this study. Also, the word “hospital” comprises only the Mental Hospitals. Other kind of hospitals and psychiatry clinics in these hospitals are not included in this study. All theoretical background researchs, expert interviews and questionnaire are evaluated in this context.

Keywords: Mental Hospitals, Environmental Psychology, Society, Attitude, The “Other” Context

1. GİRİŞ

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri tasarımı, birçok yönden Genel Hastaneler'den farklılık gösterir. Bu farklılığın esas nedeni ruh ve sinir hastalıklarının diğer hastalıklardan farklı olmasından ve tedavi edildikleri mekanın genel hastane düzeninden farklı olması gerekliliğindedir. Hasta - Toplum - Hastane üçgeninin birbiri ile ilişkisinin ise, hastane tasarımını direkt etkilediği düşünülmektedir. Bu bağlamda, insanın çevresi ile olan ilişkisinde çevreyi, doğal veya yapay çevrenin ise insanı etkilediği bir gerçektir. İnsanın bulunduğu toplum ile olan ilişkisinin ise bu etkileşimdeki yeri önemli görülmektedir.

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri tasarımı ile ilgili birçok kaynaktan iki görüşe ulaşılmıştır. Bir görüş, hastanelerin toplumdan uzak, günlük hayattan kopuk, şehrin dışında vb. şekillerde tasarlanmasının hastayı daha iyi şartlarda tedavi etmek için olduğunu savunur. Bir diğer görüş ise, bu uzaklaştırmanın “ideal insan” kavramına uymadığı düşünülen bu hastaların “ötekileştirildiği” ve hastanelere görülmek üzere kapatıldığını söyler. Bu çalışma, bu iki görüşün Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri mimari tasarımındaki etkilerini görmek adına yapılmıştır. Yakın tarihte, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO), Ruh Sağlığı politikalarında ve yasalarında düzenleme yapılmasını şart koşması ve Türkiye'de T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında yayınladığı “Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)” ve “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge” de bu çalışmanın çıkış noktalarındandır.

1.1 Araştırmanın Amacı

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin tasarımları incelendiğinde, hem Dünya genelinde hem de Türkiye'de hastane binalarının genel olarak içe dönük ve gündelik hayattan kopuk olarak şekillendiği görülmektedir. Araştırmanın esas amacı bu mimari tasarımın, hasta için mi yoksa toplum için mi yapıldığına bir cevap bulmaktır. Çalışma, toplumun akıl hastalarına karşı olan tutum ve inançlarının, hastanenin tasarımındaki etkilerini tartışmak ve gündelik hayattan kopuk bu fiziksel çevrenin, hastayla toplumun birbirinden daha da uzaklaşmasına neden olup

olmadığını görmek; ancak eğer bu fiziksel çevreyle etkileşim hastanın tedavisinde etken ise bu durumun ortaya konulmasını hedeflemektedir. Amaç, hastane tasarımının iyileşmeye destek olabilecek ortamlar sunmasına katkı sağlamaktır.

1.2 Araştırmanın Kapsamı

Araştırma’da “Hasta” grubu, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nde yatılı olarak tedavi gören akut ve kronik vaka hastalarını kapsamaktadır. Alkol vb. Bağımlılığı olan hastalar ve Adli Psikiyatri hastaları bu araştırmanın kapsamı dışındadır. “Hastane” ise, yalnızca Ruh ve Sinir Hastaları’na ayakta veya yatılı olarak tedavi veren Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’ni kapsamaktadır. Fiziksel hastalıkların tedavi edildiği diğer hastaneler, ve Genel Hastaneler’in içindeki psikiyatri klinikleri bu araştırmanın kapsamı dışındadır. Tüm literatür araştırmaları, uzman görüşmeleri ve yapılan anketler bu kapsam dahilinde yapılmış ve değerlendirilmiştir.

1.3 Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada, ilk bölümde Ruh ve Sinir Hastalıkları ve Hastaneleri ile ilgili literatür araştırması yapılmış, konu dahilindeki tanım ve sınıflandırmaların verilmesi, hastalıkların ve tedavi yöntemlerinin tanıtılması önemli bulunmuştur. Bölümün devamında, Dünya genelinde ve Türkiye’deki Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nin hem yasal çerçevedeki, hem de bu çerçevenin mimari tasarıma yansımalarındaki gelişim süreci incelenmiştir.

İkinci bölümde, “Çevresel Psikoloji”, “Mimari Psikoloji” ya da “İnsan-Çevre İlişkileri” olarak adlandırılan bilimsel dal altında aranan Hasta - Toplum - Hastane ilişkilerinin, İnsan-Çevre etkileşim döngüsünde birbirini etkileyip etkilemediğinin görülmesi hedeflenmektedir. İnsana ait; izlenim, önyargı ve tutum kavramlarının, dualizm teorisinin, damgalama, etiketleme, ötekileştirme kavramlarının ve “sınır”ların, insanın doğasında ve topluluk yaşamındaki yerinin bu çalışmadaki Hasta - Toplum - Hastane ilişkisini anlatabilmek için önemli olduğu düşünülmektedir.

Son bölümde, Hastane’nin Hasta ve Toplum ile ilişkisini görebilmek amacıyla, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerini içeriden deneyimlemiş olan çalışanlar (A Grubu) ve ziyaretçiler (B grubu) ile; Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri çevresinde oturan,

alışan ya da o guzergahı her gun kullananlar (C grubu) ile ve Toplum'un bilincinde yer etmiş Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri imajını ve gormeden yaptığı kabulleri gorebilmeyi amaçlayarak hasta/hastane ile hiç ilgisi olmayan insanlar (D grubu) ile anket çalışması yapılmıştır. B Grubu'nda, hastaneyi 3 ve üzeri sayıda deneyimleyenler ile (B1 Grubu), hastaneyi 1-2 kere ziyaret edenlerin (B2 Grubu) verdikleri cevapların birbirinden farklı olması nedeniyle ayrı gruplar halinde incelenmiş ve değerlendirilmiş. D grubu ile anket çalışmaları yapılırken ise, sonuçların çeşitli olabilmesi ve tek yanlı olmaması adına; farklı yaş, eğitim statüsü ve meslek gruplarındaki insanların seçilmesine zen gösterilmiştir.

Son bölümün ikinci adımında, anket çalışmalarından ulaşılan sonuçlar ile, bulunduğu ilçenin isminin de toplumdaki imajına etki etmiş T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İstanbul'un en merkezi ilçelerinden biri olan şişli'deki zel Fransız La Paix (Lape) Hastanesi'nde inceleme, hastane sağlık personeli ve uzmanlar ile görüşmeler yapılmıştır. Bu araştırma, Hasta – Hastane ilişkisini görmek adınadır. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2005-2009 yılları arasında başhekimliğini yapmış olan İstanbul şehir niversitesi Psikoloji Bölüm Başkanı Prof. Dr. Medaim Yanık ve zel Fransız Lape Hastanesi Yöneticisi Cafer Tayyar Selçuk ile de Hasta – Hastane ilişkisi ile ilgili detaylı görüşmeler yapılmış, Ruh ve Sinir Hastalıkları ile ilgili birikimlerinden yararlanılmıştır. İnceleme ve anket çalışmalarının değerlendirmeleri dahilinde sonuç ve önerilere ulaşılmıştır.

2. RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANELERİ

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri başlığı altında, hasta ve hastane tanım ve sınıflandırmaları, ruh sağlığı, akıl hastalıkları, psikoloji ve psikiyatri kavramları, hastalıkların sınıflandırılması ve tedavi yöntemleri ve Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin Dünya Genelinde ve Türkiye'deki yasal ve mekansal gelişim süreçleri incelenecektir.

2.1 Hasta ve Hastane Kavramları

Ruh ve Sinir Hastalıkları'nı ve Hastaneleri'ni incelemeye önce, genel çerçevede Hasta, Hastalık ve Sağlık kavramlarının açıklanması ve Hastane kavramının ve hastanelerin işlevlerine göre sınıflandırılmasının detaylı verilmesi gerekli görülmüştür. Ruh ve Sinir Hastalıkları ve Hastaneleri'nin bu kavramlar içindeki yeri ve farkları genel tanım ve sınıflandırmalardan yola çıkarak incelenecektir.

2.1.1 Hasta, hastalık ve sağlık tanımları

Hasta; T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 1998 yılında yayınlanan 'Hasta Hakları Yönetmeliği'nde, en genel tanımıyla, 'Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse' olarak tanımlanmaktadır (HH Yönetmeliği, 1998). Hasta kavramını daha iyi anlatabilmek için hastalık ve sağlık kavramlarını tanımlamak gerekmektedir.

Hastalık ve sağlığa yüklenen anlamlar toplumdan topluma, hatta toplum içindeki farklı kesimlere göre değişiklik gösterebilmektedir. İnsanların hastalık ve sağlık durumunu algılamaları ve gösterdikleri tepkiler yaşa, cinsiyete, statüye, kültüre, hatta zamana göre farklı olabilmektedir (Tekin, 2007). Türk Dil Kurumu (TDK) Hastalık kavramını, "Organizmada birtakım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla sağlığın bozulması durumu" olarak tanımlamaktadır. Sağlık ise; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, "yalnız hastalık ve sakatlık olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" cümlesi ile tanımlanmıştır.

Başka bir tanıma göre ise sağlık; fonksiyonel açıdan kişinin toplumsal yaşam içerisindeki rol ve sorumluluklarını bağımsız bir şekilde yerine getirebilmesi; ruhsal

açından ise kişinin iç ve dış çevresini gerçekçi biçimde algılaması, değerlendirmesi ve duygu-düşünce ve davranışlarını kontrol edebilmesidir (Tekin, 2007). Bu tanımlara göre, hastalık ve sağlık karşıt kavramlar olarak kabul edilebilir. Hastalık, sağlık olmayan; sağlık ise, hastalık olmayandır.

2.1.2 Hastane kavramı ve hastanelerin işlevlerine göre sınıflandırılması

Hastaneler; hastalıkları teşhis ve tedavi eden; bulaşıcı hastalıkların yayılmasına engel olan; halkın sağlığını korumak için önlemler alan; hastalıklarla savaşmak için bilimsel deneylerin ve araştırmaların yapıldığı; sağlık personeli yetiştiren; tüm donatıları ve binası ile sosyal bir kuruluştur (Mutlu, 1973).

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 1982 yılında yayınlanan ve 2005 yılında değişiklik yapılan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre hastaneler; "Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar" olarak tanımlanmaktadır (YTKİ Yönetmeliği, 2005, 1982). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise hastaneleri; "Müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olarak gruplandırılabilen sağlık hizmetlerinin verildiği, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar" olarak tanımlamaktadır.

Hastane en basit tanımıyla, "hastaların yatırılarak bakıldığı yurt" olarak tanımlanabilir (Hasol, 1993). Başka bir tanıma göre ise hastane; binası, donanımı, doktoru, hasta bakıcısı ile toplum sağlığını korumak için önlemler alan bir kurumdur (Mutlu, 1973). Yapılan tüm bu tanımlamalardan yola çıkarak hastaneleri kısaca, insanların ayakta veya yatarak muayene, teşhis ve tedavi edildikleri kurumlar olarak tanımlamak mümkündür.

Hastane binaları, insan ve toplum ile yakından ilişkilidirler. Bu mekanları, dolayısıyla mekanlarla ilişkili duyguları şekillendirmede o hastanenin mimari tasarımının etkin rolü vardır. Hastane, farklı görevleri olan bir çok parçadan oluşmuş yaşayan bir organizma olarak düşünülebilir. Bu parçaların istenen sonuçları verebilmesi açısından birbirleri ve organizma bütünü ile tam bir ilişki halinde olmaları gerekmektedir (Taşerimez, 2008). Hastanedeki eylem iyileşmek ve iyileştirmek olarak düşünüldüğünde, tasarımın bu süreç ile bir bütün olması gerekmektedir.

Hastaneleri; işlev, mülkiyet, eğitim statüsü, büyüklük, hastaların yatış süresi, akreditasyon durumu veya dikey bütünleşme basamağı gibi çeşitli ölçütlerle sınıflandırmak mümkündür (Taşerimez, 2008). T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde Sağlık Kurumları işlevlerine göre beş gruba ayrılır (YTKİ Yönetmeliği, 2005, 1982). Gruplar Çizelge 2.1'de sınıflandırılmıştır:

Çizelge 2.1 : Sağlık Kurumlarının İşlevlerine Göre Sınıflandırılması.

a. İlçe / Belde Hastanesi	c. Genel Hastaneler	e. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri
b. Gün Hastanesi	d. Özel Dal Hastaneleri	

a. İlçe / Belde Hastanesi: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan doktorların hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

b. Gün Hastanesi: Birden fazla branşta, günübirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.

c. Genel Hastaneler: Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

d. Özel Dal Hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

e. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır (YTKİ Yönetmeliği, 2005, 1982).

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, ruh veya akıl rahatsızlıkları olan insanların tedavisi için açılan hastanelerdir. Kimi hastaneler kısa süreli tedavi hizmeti sunarken kimi hastanelerin yataklı servislerinde psikolojik rahatsızlıklar sürekli olarak izlenebilirler. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin, genel ve ilçe hastanelerinin

içinde bir psikiyatri kliniği olduğu gibi, özel dal hastanesi veya eğitim ve araştırma hastanesi olarak da yataklı veya yataksız olarak tedavi verdiği görülmektedir. Aynı zamanda, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin içinde de bu dalda hizmet veren Gün Hastaneleri bulunabilmektedir. Genel ve ilçe hastanelerinin içinde bulunan psikiyatri klinikleri araştırmanın kapsamı dışındadır. Araştırma dahilinde araştırılan hastaneler, Özel Dal Hastaneleri, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve bu dalda hizmet veren Gün Hastaneleri'ni kapsamaktadır.

2.2 Ruh ve Sinir Hastalıkları

Günümüzde ruh sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir. 2004 yılında yapılan bir araştırmaya göre, Dünya Sağlık Örgütü, küresel düzeyde hastalık yükünün %12,3'ünü ruh sağlığı ile ilgili sorunların oluşturduğuna dikkati çekmektedir. Türkiye'de de saha araştırmaları ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığının %20 dolaylarında olduğuna işaret etmektedir (Ocaktan ve diğ., 2004). Bu nedenle, ruh hastalıkları da, fiziksel diğer hastalıklar kadar önem verilmesi gereken bir daldır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2001 Yılı Raporunu "Mental Health" (Akıl Sağlığı) olarak belirlemiştir (Saltık, 2012). Bu rapor ile, Dünya genelinde ruh sağlığını iyileştirici önlemlerin alınması ve tüm ülkelerde ruh sağlığı politikalarının oluşturulması hedeflenmektedir.

2.2.1 Ruh sağlığı, akıl hastalıkları, psikoloji ve psikiyatri kavramları

Psikoloji, insan davranışının altında yatan temel nedenleri bulmaya çalışan bilimsel çabaya verilen addır (Cüceloğlu, 1991). "Psikoloji" latince iki sözcükten türetilmiştir: "Psike" ve "Logos". Psike, "can" yani "ruh" anlamına gelir ve genellikle akıl, zihin veya ruh karşılığı olarak kullanılır. Logos ise, tüm diğer "olojiler" gibi, "bilgi", "bilim" anlamına gelir. Dolayısıyla, psikoloji başlangıçta "Ruh Bilimi" olarak tanımlanmıştır. Günümüzde ise Psikologların çoğu Psikoloji'yi böyle tanımlamamaktadır. Pratikte pek çok Psikolog, kişinin davranışında sadece gözlemlenebilir ve ölçülebilir olanla (vücudun biyolojik süreçleri dahil) ilgilenir. Dolayısıyla Psikoloji için yaygın kabul gören geçerli tanım, "insanlarda ve hayvanlarda zihin ve davranışın bilimsel incelemesidir." (Benson, 2007). Bu bağlamda, Psikoloji kavramının araştırmalar dahilinde sürekli evrildiği söylenebilir.

Psikoloji'nin ilk tanımı "insan zihninin yapısının incelenmesi" biçimindedir. İlk psikologlar, John. B. Watson'un önderliğinde psikolojiyi "gözlenebilen davranışların bilimsel incelenmesi" biçiminde tanımlamışlardır. Bir çok gelişme ile çeşitli psikoloji alanları türemiş ve modern psikoloji günümüzde, "davranışı ve davranışın altında yatan süreçleri bilimsel olarak inceleyen çalışma alanı" olarak tanımlanmıştır (Cüceloğlu, 1991). Psikoloji ve Psikiyatri genellikle karıştırılan iki kavramdır. Aralarındaki fark şöyle tanımlanabilir; Psikolog'un ilgi alanı, normal ve anormal tüm insan davranışlarıdır; Psikiyatr ise, ilgi alanı anormal davranış (akıl hastalıkları) olan bir doktordur (Benson, 2007).

Herhangi bir toplumda ruh sağlığı sorunları yalnızca bir tıp dalı olan psikiyatrinin sınırları içinde ele alınmamalıdır. Bedensel ve ruhsal bozukluğun bulunmaması insan sağlığını tanımlamaya yetmemektedir. Bu nedenle sosyal uyum, iş verimi, yaşam kalitesi gibi kavramlar da sağlığın tanımına girmektedir. Ruh sağlığının, toplumun sosyo-kültürel, ekonomik, siyasal yönleri ve genel sağlık sorunlarıyla bağlantılı olduğunu vurgulamak gerekmektedir (Ankara İl Sağlık Md.).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Akıl ve Ruh Sağlığı'nı, "Yeteneklerinin farkında olan bireylerin, yaşamın normal stresleriyle baş edebilmesi, üretken olması ve içinde bulunduğu topluma katkıda bulunması" olarak tanımlamaktadır.

Bireyin sağlığı üzerinde durulduğu zaman Ruh ve Beden birbirinden ayrı düşünülmemektedir. Kişinin beden ve ruhen sağlıklı olabilmesi için çevre koşullarının bilimsel bir şekilde denetim altına alınması gerekir (Özdoğan, 1976). Bu nedenle fiziksel ve sosyal çevrenin, ruh sağlığında etkin rol oynadığı düşünülmektedir.

2.2.2 Ruh ve sinir hastalıklarının ve tedavilerinin sınıflandırılması

Ruh ve Sinir Hastalıkları, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilmiş DSM sistemi ile ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından geliştirilmiş olan ICD sistemi ile sınıflandırılmakta ve bu sınıflandırmalar uluslararası kabul görmektedirler.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Text Revision) başlıklı Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı'na göre, Psikiyatri'de hastalıklar 16 başlıkta sınıflandırılır (DSM-IV-TR, 2000). Bu hastalıklar Çizelge 2.2'de sıralanmıştır:

Çizelge 2.2 : DSM-IV-TR'ye göre Psikiyatri'de Hastalıkların Sınıflandırılması.

1. Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar	8. Somatoform Bozukluklar
2. Delirium, Demans, Amnestik ve Diğer Kognitif Bozukluklar	9. Yapay Bozukluklar
3. Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Mental Bozukluklar	10. Dissosiyatif Bozukluklar
4. Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar	11. Cinsel Bozukluklar ve Cinsel Kimlik Bozuklukları
5. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	12. Yeme Bozuklukları
6. Duygudurum Bozuklukları	13. Uyku Bozuklukları
7. Anksiyete Bozuklukları	14. Başka Bir Yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Denetimi Bozuklukları
	15. Uyum Bozuklukları
	16. Kişilik Bozuklukları

Araştırma kapsamında incelenen hastanelerde tedavi gören bireylerin sahip oldukları hastalıkların neler olduğunu bilmek ve tanıtmak önemli ve gerekli görülmüş; bu bağlamda DSM-IV-TR'ye göre sınıflandırılan 16 başlığın kısa tanımlarına sırayla değinilmiştir (DSM-IV-TR, 2000; Cüceloğlu, 1991; E-Psikiyatri Portalı):

1. Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar: Bu bölümün kesin sınırları yoktur. Sınıflandırma kolaylık sağlaması amacıyla yaşa göre ayrılmıştır.

2. Delirium, Demans, Amnestik ve Diğer Kognitif Bozukluklar: Bilincin kaybolması, bunama, bellek bozuklukları ile ilgili rahatsızlıklardır.

3. Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Mental Bozukluklar: Genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik sonucu olduğu yargısına varılan mental semptomların bulunmasıyla belirlidir.

4. Madde Kullanımı ile ilişkili Bozukluklar: Madde kullanım bozukluklarını ve madde kullanımının yol açtığı bozuklukları kapsar. Madde kullanımının yol açtığı bozukluklar (psikotik vb.) tez dahilinde incelenecektir; ancak madde kullanım bozuklukları tez araştırmasının kapsamı dışındadır.

5. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar: Psikoz genel olarak beyin zedelenmesine veya bozukluğuna bağlı olarak oluşan önemli psikolojik bozukluklara verilen addır. Şizofreni ise, en belirgin özelliği bireyin düşünme tarzında bozukluklar olarak görülen bir grup belirtiyeye verilen addır.

6. Duygudurum Bozuklukları: Duygudurum bozukluğunda, temel bozukluğun duygulanımda olduğu kabul edilir; duygusal dalgalanmalar yaşanır.

7. Anksiyete Bozuklukları: Kaygı bozukluklarını kapsayan ruhsal bozuklukların genel adıdır.

8. Somatoform Bozukluklar: Fizik yakınma öykülerini içeren ağrı bozukluklarını kapsayan ruhsal hastalıklardır.

9. Yapay Bozukluklar: Fizik ya da psikolojik belirti ya da bulguların amaçlı olarak ortaya çıkartılması ya da bu tür belirti ya da bulgular varmış gibi davranılması durumlarını kapsayan ruhsal bozukluklardır.

10. Dissosiyatif Bozukluklar: Başlıca bozukluk, genellikle travmatik olan ya da stres doğuran önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamama epizod ya da epizodlarının olmasıdır.

11. Cinsel Bozukluklar ve Cinsel Kimlik Bozuklukları: Bu bölüm tüm cinsel işlev bozukluklarını, parafilileri ve cinsel kimlik bozukluklarını kapsamaktadır.

12. Yeme Bozuklukları: Bu bölüm, beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan aşırı korkma ya da kişinin vücut ağırlığı ya da biçimini algılama biçiminde bozukluk olması gibi durumları içerir.

13. Uyku Bozuklukları: Bozukluk, primer düzeyde ya da başka bir mental bozuklukla ilişkili olarak görülebilen uyku bozukluklarını inceler.

14. Başka Bir Yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Denetimi Bozuklukları: Bu bölüm önceki bölümlerde sınıflandırılmamış çeşitli bozuklukları kapsar. Saldırganlık dürtüleri, kleptomani (hırsızlık dürtüsü), piromani (isteyerek yangın çıkarma), patolojik kumar oynama, kişinin kendi saçlarını yolması gibi rahatsızlıkları kapsar. Bu alandaki adli psikiyatri ile ilişkili olan rahatsızlıklar tez araştırmasının kapsamı dışındadır.

15. Uyum Bozuklukları: Stres etkenlerini kapsayan rahatsızlıkları kapsayan ruhsal hastalıklardır.

16. Kişilik Bozuklukları: Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süregiden bir davranış ve iç yaşantı örüntüsünün olması durumlarını kapsayan ruhsal bozukluklardır.

DSM-IV-TR sınıflandırmasından farklı olarak, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş ve gözden geçirilmiş 10'uncu versiyon olan ICD-10'da (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), tüm hastalıkları ve sağlık sorunlarını sınıflandıran farklı bir kodlama dizgesi bulunmaktadır. Bu sınıflandırmalar içinde, Akıl ve Davranış Bozuklukları ile ilgili kodlamalar raporun 5. bölümünde yer almaktadır (ICD-10, 2010). ICD-10'da farklı bir kodlama sistemi bulunsa da, genel başlıklarıyla sınıflandırılmanın benzer olduğu görülmektedir.

Birçok kaynak ise Akıl Hastalıklarını Psikoz ve Nevroz olarak iki ana başlığa ayırır. Prof. Dr. Utkan Kocatürk, Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü'nde, Psikoz ve Nevroz'u aşağıdaki gibi tanımlamaktadır:

a. Psikoz; normal zihin faaliyetinin (algılama, düşünme, oryantasyon vb.) ileri derecede bozulduğu, gerçekte ilişkinin kaybolması ve kişilik yıkımı ile belirgin, organik ya da psikojenik kökenli ağır ruh hastalığıdır ve alt başlıklara ayrılmaktadır.

b. Nevroz; çevresel streslerin ya da bilinçaltında çatışma yaratan düşünce, duygu ve dürtülerin yarattığı anksiyetenin yenilmesindeki yetersizlik nedeniyle gelişen, Psikoz'a oranla çok daha hafif ruhsal bozukluktur ve alt başlıklara ayrılmaktadır.

Kocatürk, Nevroz'da, Psikoz'da olduğu gibi kişilik parçalanmasının söz konusu olmadığına; ancak kişilikte belli bir ölçüde değişim ve bozukluk olduğuna değinmekte; hastanın gerçeklerden kopmamış olup, zihin faaliyeti ve davranışlarının büyük ölçüde normal sınırlar içerisinde olduğunun gözlemlendiğini belirtmektedir (Kocatürk, 2005).

Sınıflandırılan tüm bu Ruh ve Sinir Hastalığına sahip bireylerin hepsi bir Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde tedavi göreceği seviyede değildir. Hastanelerde tedavi gören hastaların daha çok, ileri seviyede Şizofreni ve Psikotik bozukluklar, ileri seviyede Duygudurum ve bipolar bozukluklar, ileri seviyede bellek bozuklukları, madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar gibi hastalığın şiddetli seyrettiği ve kişinin kontrol edemediği durumlar olarak açıklanabilir (Yanık, 2012).

T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2005-2009 yılları arasında başhekimliğini yapmış olan İstanbul Şehir Üniversitesi Psikoloji Bölüm Başkanı Prof. Dr. Medaim Yanık ile yapılan kişisel görüşmede, hastalıklar için yapılan bu

sınıflandırmalar dışında üç farklı hasta grubunun bulunduğu üzerinde durulmuştur. Bu gruplar:

- a. Akut vakalar,
- b. Kronik vakalar, ve
- c. Adli Psikiyatri olarak isimlendirilebilir.

Akut vakalarda hastalar, hastalığın şiddetli seyri sırasında hastanede tedavi edilerek taburcu olmaktadır. Kronik vakalar, hastaneden taburcu edilse bile dışarıda yaşamaya adapte olamayan, ailesi tarafından geri alınmayan vb. hastalar olarak açıklanabilir. Adli Psikiyatri ise, suç işlemiş ya da suça eğilimli hastaların kontrol altında tutularak tedavi edilmeleridir.

Ruh ve Sinir Hastalıkları'nın çeşitli sınıflandırmaları olduğu gibi, bir çok farklı tedavi yöntemi de bulunmaktadır. Bu tedavi yöntemlerinin bazıları uzun yıllardır kullanılmakta, bazıları kısa bir süre içinde denenmeye başlanmış olabilmektedir. Bazı tedavi yöntemlerinin ise tartışıldığı ve yararlı olmadığı için kaldırıldığı görülmektedir. Ruh ve Sinir Hastalıkları'nın günümüzde kullanılan güncel tedavi yöntemleri listesi (Demir, 2010), Çizelge 2.3'te sıralanmıştır:

Çizelge 2.3 : Ruh ve Sinir Hastalıkları Tedavi Yöntemleri.

a. Somatik Tedavi	• Bireye Yönelik Tedavi
• E.K.T. (Elektrokonvülsif Tedavi)	• Destekleyici Tedavi
• Psikoşürürji	• Çözümleyici (Analitik) Tedavi
b. Psikofarmakoloji (İlaçla Tedavi)	• Grup Terapisi
c. Psikoterapi	• Oyun Terapisi
• Psikoanalitik Psikoterapi	• İş ve Uğraş Terapisi
• Kognitif (Bilişsel) Psikoterapi	• Psiko ve Sosyal Drama
• Varoluşçu Psikoterapi	• Aile Tedavisi

Tedavi yöntemlerinin kısaca tanımlarına değinilmesi, fiziksel veya sosyal çevre ile ilişkili olan yöntemlerin bilinmesi açısından gerekli görülmüştür. Tedaviler 3 ana başlıkta sınıflandırılmaktadır; Somatik Tedavi, İlaçla Tedavi ve Psikoterapi. Bu başlıkların tanımları aşağıda sıralanmıştır:

a. Somatik Tedavi: İlaçlara tepki vermeyen, ilaç kullanmayı reddeden, tedavide işbirliği yapmayan vb. durumlarda son çare olarak uygulanan cerrahi yöntemleri

içermektedir. Bu yöntemlerin uygulanıp uygulanmaması tartışma konusu olduğu gibi, kullanılan bazı yöntemlerin de kaldırıldığı görülmektedir.

b. İlaçla Tedavi: Çeşitli bitki ve maddelerden elde edilen bileşimlerin kullanılması, 1957 yılında Deniker ve arkadaşlarının *Chlorpromazine* adlı ilk ilacı psikoz hastalarında kullanmasıyla yerini psikofarmakoloji adlı bilim dalına bırakmıştır. Psikiyatri’de günümüzde her hastalığa özgü çeşitli ilaçlar mevcuttur.

c. Psikoterapi: En genel anlamıyla, ruhsal sorunların yok edilmesi veya azaltılması amacıyla ilaç ve cerrahi yöntem gerektirmeden kullanılan her türlü yonteme psikoterapi denilmektedir. Bleuer ve Freud, bu yöntemi ilk kullananlardandır. Bilinçdışında yatan çelişkileri bilinç yüzeyine çıkarmak, varsayım ve inanç sistemlerinin oluşturduğu “şemaları” çözmek, ikna yöntemleri, grup terapileri, olayları canlandırma teknikleri gibi çeşitli yöntemler bulunmaktadır (Demir, 2010). Psikoterapi’nin bileşenleri (Gökalp, 2011), Çizelge 2.4’te sıralanmaktadır:

Çizelge 2.4 : Psikoterapi’nin Bileşenleri.

a. Hasta, danışan, başvuran	d. Tedavi işbirliği / anlaşması
b. Hekim, Psikoterapist, Psikolog	e. Tedavi Ortamı
c. Talep	f. Çerçeve

Tedavi yöntemlerinin, hastanın çevresi ile olan ilişkiye etkilerine bakıldığında; somatik tedavinin, fiziksel veya sosyal çevre ile ilişkili bir tedavi yöntemi olmadığı; ancak ilaçla tedavi sırasında kişinin hala çevresiyle ilişki halinde olduğu görülmektedir. Psikoterapilerde ise hasta, terapisti ve bazı durumlarda çevresindeki diğer hastalar ile ilişki halindedir ve terapinin yapıldığı alan da psikoterapide etkin bir rol oynar. Gökalp’in (2011) de değindiği gibi, “Tedavi Ortamı”, Psikoterapi’nin bileşenlerinden biri olarak kabul edilmekte ve önemli görülmektedir.

Mimarlık, kişinin çevresinin önemli bir parçasıdır. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri de iyileştirici binalara ihtiyaç duymaktadır (Baker ve diğ., 1959). Bunun Psikoterapi dışında, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde tedavi görmek için yatılı kalan bir hastanın, doktorlarla, ailesiyle veya diğer hastalarla sürekli sosyal bir etkileşim halinde olduğu gibi, fiziksel çevresi ile de etkileşim halinde olması, bu iyileştirici çevreye ihtiyaç duyulmasının nedenlerindedir. Bu bağlamda, fiziksel çevre olarak hem kişisel mekanların hem de sosyal mekanların bir terapi ortamı oluşturulabilecek iyileştirici kurguda tasarlanmasına özen gösterilmelidir.

2.3 Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri Yasal ve Mekansal Gelişim Süreci

Gelişmiş Dünya ülkelerinde ve Türkiye’de uygulanan ruh sağlığı ile ilgili politikalar, yasalar ve tedaviye yaklaşımlar, tedavinin yapıldığı mekanın şekillenmesine de kuşkusuz yansımaktadır. Bu nedenle Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nin yasal çerçevedeki ve bu çerçevenin mimari tasarıma yansımalarındaki gelişim sürecini görmek, çalışmanın omurga taşlarından birini oluşturmaktadır.

2.3.1 Yasal gelişim süreci

Yasal gelişim süreci, Dünya Genelinde ve Türkiye’de olmak üzere iki alt başlıkta incelenmiştir. Yasal çerçeve, mekansal gelişime direkt etki eden bir başlık olarak önemli görülmektedir.

2.3.1.1 Dünya genelinde yasal gelişim süreci

Dünya’daki gelişmiş ülkelere baktığımızda, ruh sağlığına yaklaşımların, uygulanan politika ve yasaların farklılık gösterdiğini, bazı ülkelerde ise bu konuda özel bir gelişmenin bulunmadığı görülmüştür.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından kabul edilen belirli politikalar ve yasalar, Batı Avrupa Ülkeleri’nde psikiyatrik hizmetlerin sunumunda etkin rol oynamaktadır. Batı Avrupa’daki en büyük dönüşüm, hastaların toplum içerisinde tedavi edilmesi görüşünün ortaya çıkması ile büyük psikiyatri hastanelerinin kapatılmasıdır. Bu hastaneler, Mekansal Gelişim Süreci başlığı altında detaylı incelenecektir. Doğu Avrupa’ya baktığımızda ise, çoğu ülkede ruh sağlığı yasaları ve politikalarının bulunmadığı görülmektedir (TPD, 2008). Bu bağlamda, Avrupa’da bölgeler arasındaki ekonomik farkın, sağlık verilerine de yansıdığı görülmektedir.

Amerika’da, ruh sağlığı ile ilgili hizmet veren hekim sayısının yetersizliği yanı sıra, ruh sağlığı politikalarının oluşturulması ve geliştirilmesinde de yetersizlikler dikkati çekmektedir. Yapılan araştırmalara göre, ruhsal bozukluğu olanların sadece %32.7’sinin yeterli olabilecek minimum tedaviyi alabildiği görülmüştür.

Avustralya’da ise, 1992 yılında yürürlüğe giren Ulusal Ruh Sağlığı Stratejisi ile, psikiyatri hastanelerinde sunulan yataklı bakım hizmetleri, genel hastanelerin içinde bir birim olarak hizmet vermeye kaydırılmıştır. 1997 yılı itibariyle psikiyatrik yatakların %67’sinin genel hastanelerde olduğu görülmektedir.

Japonya'ya bakıldığında, Batı ülkelerindeki yatak sayısı azaltma yolundaki müdahalelerin tersine, 2000'li yıllara dek psikiyatri yatağı sayısı artma eğilimi göstermiştir. Var olan ruh sağlığı yasasına göre Japonya'da 47 bölgenin her birinde en az bir devlete bağlı psikiyatri hastanesi bulunmak zorundadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2002 verilerine göre ülkede gündüz ve gece bakım hizmetleri veren 1248 kurum ise ülke içinde homojen biçimde dağılmamaktadır (TPD, 2008). Dünya'nın farklı bölgelerindeki bu ülkelerin yasal süreçlerine baktığımızda, ruh sağlığı yasa ve politikalarında farklar olsa da, genel olarak birbirine benzer durumların farklı zamanlarda kabul gördüğü söylenebilir.

Ruh ve Sinir Hastalıkları ile ilgili Dünya'daki en son gelişme, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO), "*Mental Health Action Plan 2013-2020*" (Ruh Sağlığı Eylem Planı 2013-2020) yayınıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 5 temel önerisi:

- a. Desentralizasyon (ülkedeki yatakların merkezi olmaktan kurtarılıp, bütün ülke çapında yaygınlaştırılması),
- b. Deinstitutionasyon (büyük kurumları küçültmek),
- c. Genel Hastane içinde psikiyatri kliniği,
- d. Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegrasyonu, ve
- e. Coğrafi temelli toplum psikiyatrisi modelidir (Yanık, 2011b).

Dünya Sağlık Örgütü, bu temel öneriler ile, tüm ülkelerin ruh sağlığı ile ilgili eylem planları oluşturarak, yasa ve politikalarında düzenleme yapmalarına öncülük etmeyi hedeflemektedir. Buna bağlı olarak, çoğu dünya ülkelerinde, kurumlar küçülmekte ve yatak sayıları azaltılmaktadır.

Dünya Psikiyatri Birliği'nin (WPA) 2011-2014 yılları için hazırladığı Eylem Planı'nda, tüm dünya ülkelerinin işbirliği ve katkılarıyla ruhsal hastalığı olanların haklarını korumak, tedavi yöntemlerinin kalitesini arttırmak, ruh sağlığı konusundaki bilimsel aktiviteleri güçlendirmek vb. hedefleri bulunmaktadır.

2.3.1.2 Türkiye'de yasal gelişim süreci

Osmanlı Dönemi'nde, ruh hastalarına Şifahane ve Bimarhanelerde bakım verilmektedir ve Türkiye'de bu alanda önemli işlev üstlenmiş bir kurum olan Bakırköy Emraz-ı Asabiye ve Akliye Hastanesi (günümüzdeki Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi) son Bimarhanelerden olan 1927'de ekonomik durum nedeniyle şartların yetersizleştiği Toptaşı Bimarhanesi'nin yerine kurulmuştur.

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Cumhuriyet Dönemi'nin başlangıcından beri, ülkenin ruh sağlığı hizmet ve eğitimi veren en büyük kuruluşu olmuştur (Ruh Sağlığı Politikası, 2006). Psikiyatri hizmetleri açısından zengin bir geçmişi olsa da Türkiye modern anlamda ulusal bir psikiyatri reformunu uzun süre gerçekleştirememiştir.

Cumhuriyet'in ilk yıllarında sağlık alanında eksikliği duyulan mevzuat 1930'da çıkarılan 1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile doldurulmuştur. Bakırköy'ün yükünü azaltmak üzere T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Manisa, Elazığ, Adana ve Samsun illerinde kurulan hastaneler, kendilerine bağlanan illerden sevk edilen ruh hastalarının bakım ve tedavisini üstlenmişlerdir. Bu hastaneler dışında, Cumhuriyet Dönemi'nde, Devlet her ile en az bir Devlet Hastanesi açmış, eleman sağlanabildiği ölçüde bu hastanelerde de psikiyatri servisleri oluşturulmuştur. 1950'den sonra bazı illerde ise, Numune Hastaneleri'nin Psikiyatri Servisleri kurulmuş ya da yeniden yapılandırılmıştır. Devletin belli bir halk kitlesine hizmet vermek üzere 1945'te kurduğu ve birçok ile yaygınlaştırdığı Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Hastaneleri'nden bazıları da eğitim konusunda bir boşluğu doldurmuş, Üniversitelere bağlı Tıp Fakülteleri ve bunların Psikiyatri Bölümleri kurulmuştur (Ruh Sağlığı Politikası, 2006). Tüm bu hastaneler ve psikiyatri servisleri de Tıp alanında eğitime önemli katkıda bulunmuştur.

T.C. Sağlık Bakanlığı örgütlenmesi içinde ruh sağlığı hizmetlerinin koordinasyonu halen Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı, 1983 yılında kurulan Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından yürütülmektedir. Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı'na bağlı dört Şube Müdürlüğü bulunmaktadır. Bu müdürlükler,

- a. Koruyucu Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü,
- b. Madde Bağımlılığı Şube Müdürlüğü,
- c. Kronik Ruhsal Bozukluklar Şube Müdürlüğü, ve
- d. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Şube Müdürlüğü'dür.

Bakanlığın ruh sağlığı ile ilgili taşra örgütü ise illerde Valiliklere bağlı olarak faaliyette bulunan İl Sağlık Müdürlükleri bünyesindeki Ruh Sağlığı Şube Müdürlükleri'nden oluşmaktadır (Ruh Sağlığı Politikası, 2006). Tüm bu müdürlük ve örgütler, Ruh Sağlığı konusunda kuruldukları günden bugüne çalışmakta ve etkin rol almaktadırlar.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri'nin hizmet merkezleri olduğu birinci basamak sağlık hizmetlerini daha da yaygınlaştırmak ve etkili hale getirmek için 1997'de bir genelge yayınlamıştır. Bu genelgede Bakanlık, ruh sağlığı hizmetlerini de birinci basamaktan itibaren vermeyi ve ruhsal bozuklukları olan vatandaşları birinci basamakta izlemeyi benimsemiştir. Sağlık Hizmetleri ile ilgili olarak Türkiye'de çıkarılmış en son kapsamlı yasa 7.5.1987 tarihinde kabul edilen 3359 Sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"dur (Ruh Sağlığı Politikası, 2006).

1999 Marmara depremi Türkiye'deki ruh sağlığı hizmetlerinin yeniden gözden geçirilmesi için önemli bir dönüm noktası olmuştur. 23 Kasım 1999 tarihinde, Türk Hükümeti ve Dünya Bankası arasında imzalanan, 4517-TU sayılı Marmara Depremi Yeniden Yapılandırma Projesi (MEER) anlaşması bileşenlerinden biri de ulusal ruh sağlığı politikasının geliştirilmesi olarak planlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) öncülüğünde, T.C. Sağlık Bakanlığı 2006 yılında "Ulusal Ruh Sağlığı Politikası" metnini yayınlamıştır. Bu metin ışığında, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında "Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)" yayınlanmıştır. Yine aynı yıl, 16.2.2011 tarih ve 7364 Sayılı onay ile "Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge", Ruh Sağlığı alanında yapılan son gelişmelerdendir.

Türkiye Psikiyatri Derneği'nin 2008 yılında yayınladığı bültene göre, Türkiye'de Avrupa ortalamasının çok altında psikiyatri yatağı sayısı bulunmaktadır. Bu sayının arttırılması amacıyla, nüfusu 100.000'i geçen her ilçede hizmet veren genel hastanelerde ve yatak sayısı 100'ün üzerinde olan genel hastanelerde psikiyatri kliniği açılması hedeflenmiştir (TPD, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayınladığı eylem planlarına göre, Türkiye'de de ruh sağlığı hizmetleri birinci basamağa entegre edilmiş ve Sağlık Bakanlığı tarafından; yatak sayısının bütün ülke çapında yaygınlaştırılması, büyük kurumların küçültülmesi ve ruh sağlığı hizmetlerinin Genel Hastaneler içinde psikiyatri kliniği olarak hizmet vermesi konularında çalışmalar yürütülmektedir.

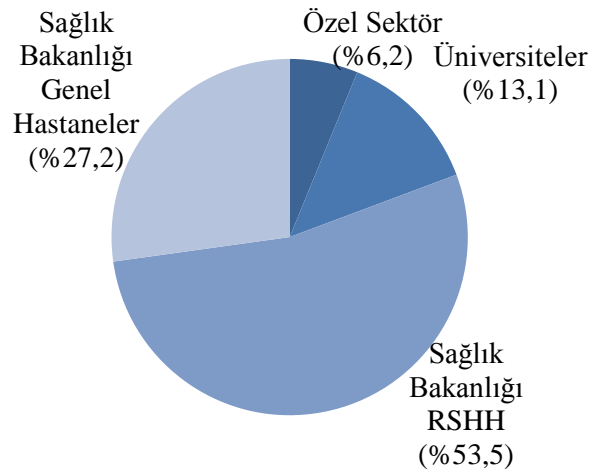
Türkiye Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'na göre, ülkemizde ruh sağlığı alanında yataklı tedavi hizmetleri Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, belediyeler, özel sektör, vakıf hastaneleri ve askeri hastaneler tarafından verilmektedir. Sağlık Bakanlığı'na ait İstanbul (Bakırköy ve Erenköy), Samsun, Manisa, Adana, Elazığ, Trabzon ve

Bolu illerinde toplam 8 adet Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi bulunmaktadır. Ayrıca genel hastaneler içinde ve üniversite hastanelerinde yataklı tedavi ve poliklinik hizmetleri verilmektedir. Kamu sektörü dışında, Ankara ve İstanbul’da Özel Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri ve özel hastaneler bünyesinde yataklı psikiyatri hizmeti veren bölümler bulunmaktadır. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’ndeki adli, kronik bakım ve bağımlılık tedavisi için kullanılan yataklar da dahil edildiğinde, ülkemizde Ruh Sağlığı hastalarına ayrılmış yatak sayısı 2010 yılı itibariyle 7356’dır (URSEP, 2011). Ekim 2010 yılı verilerine göre Psikiyatri Yataklarının hizmet veren kurumlara göre dağılımı Çizelge 2.5’te sıralanmıştır:

Çizelge 2.5 : Ekim 2010 Yılı Psikiyatri Yataklarının Hizmet Veren Kurumlara Göre Dağılımı (URSEP’ten uyarlama, 2011).

	S. B. Genel Hastane	S. B. RSHH Yatakları	Üniversite Yatakları	Özel RSHH Yatakları	Özel Hastane Yatakları
Merkez Sayısı	172	8	35	5	20
Toplam Yatak	2186	3932	968	415	42
Genel Toplam	7356				

Bu çizelgeye göre Psikiyatri yataklarının hizmet veren kurumlara göre dağılımının yüzdeleri aşağıdaki şekil üzerinde gösterilmektedir (URSEP’ten uyarlama, 2011):



Şekil 2.1 : Türkiye’de Psikiyatri Yataklarının Hizmet Veren Kurumlara Göre Dağılım Yüzdeleri. (URSEP’ten uyarlama, 2011)

Şekilde de görüldüğü gibi, ruh sağlığı hizmetleri ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından verilmektedir.

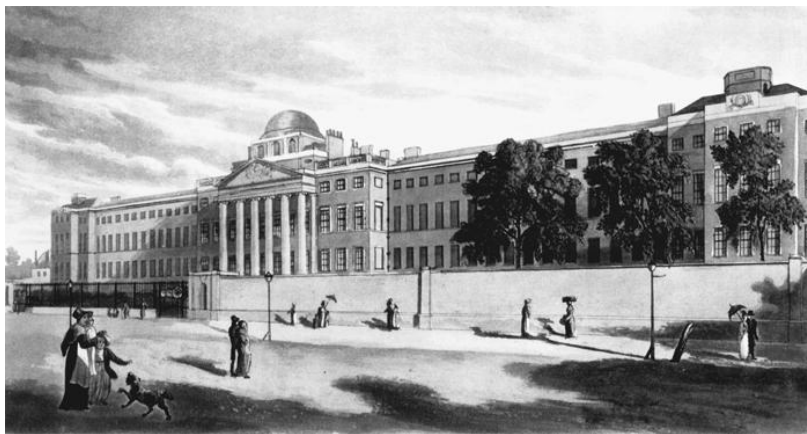
2.3.2 Mekansal gelişim süreci

Mekansal gelişim süreci, Dünya Genelinde ve Türkiye’de olmak üzere iki alt başlıkta incelenmiştir. Türkiye’deki mekansal gelişim süreci incelenirken, Selçuklular ve Osmanlılar’ın da Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri ile ilgili kabulleri ve bu kabullerin Türkiye’ye yansımalarını araştırmak gerekli görülmüştür.

2.3.2.1 Dünya genelinde mekansal gelişim süreci

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, aslında insanın varoluşundan beri vardır; ancak kurumlarca ele alınması milattan sonraki döneme denk gelmektedir. Bazı kaynaklarda, avrupalı gezginlerin gittikleri müslüman ülkelerdeki “Bimarhane” isimli enstitülerden bahsettikleri görülmektedir. 490’lı yıllarda İsrail’de, 872’de Kahire’de Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nin var olduğundan bahsedilmektedir (Öztürk, 2010). Bu tarihler, Ruh ve Sinir Hastalıkları’nı çok eski yıllardan beri tedavi etmek ya da kontrol altına almak için hastanelerin inşa edildiğini göstermektedir.

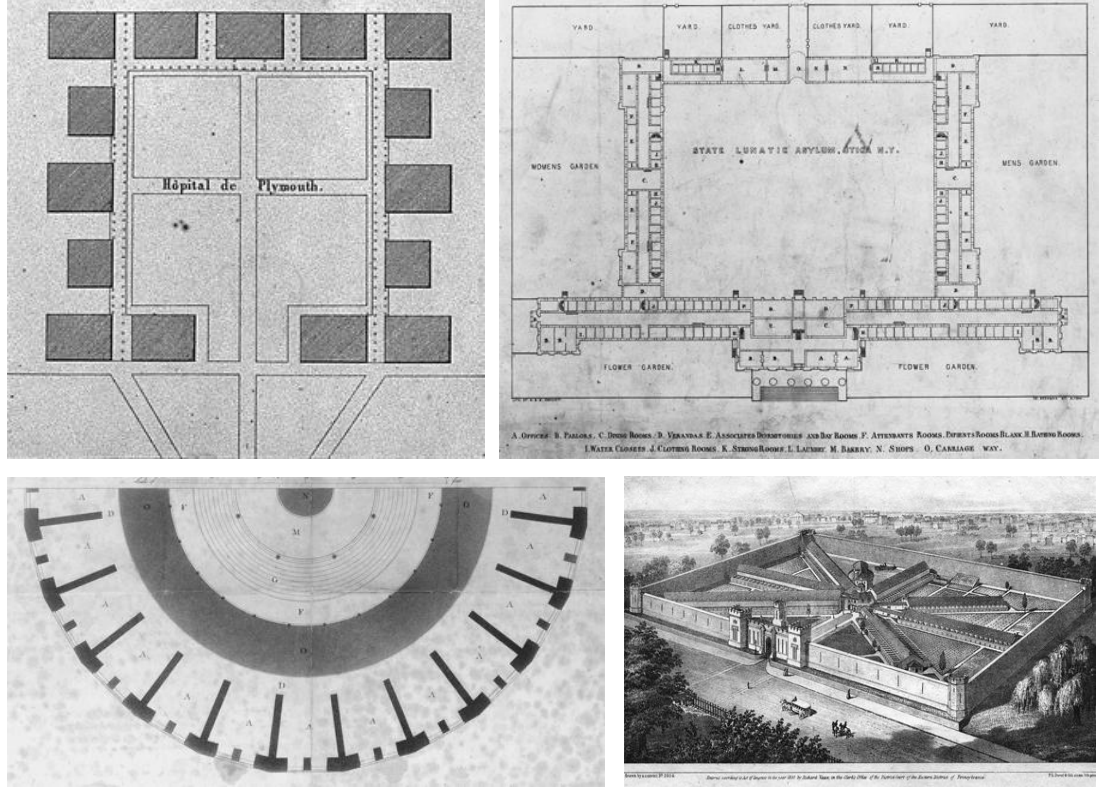
Orta Çağ’da Avrupa’daki hastanelere baktığımızda, Paris’teki Hotel-Dieu Hastanesi’nin, akıl hastaları için ayrılmış hücreleri olduğu görülmektedir. Londra’da 1247 yılında açılan Bethlem Royal Hastanesi’nde ise, ilk akıl hastalıkları kliniği mevcuttur. Bu kliniğin binalarının günümüzde bazı kısımları hala yerinde durmaktadır ve büyük bir avlu etrafında konumlanan taş binaların, büyük demir bir kapı ve yeşil alanlar içinde inşa edildiği görülmektedir (Öztürk, 2010). Bu formun, diğer Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nde olduğu gibi “koruma” ya da “gizleme” içgüdüleriyle inşa edildiği düşünülmektedir. Şekil 2.2’de Bethlem Royal Hastanesi’nin bir illüstrasyonu görülmektedir:



Şekil 2.2 : Bethlem Royal Hastanesi / İngiltere. (Yanni, 2007)

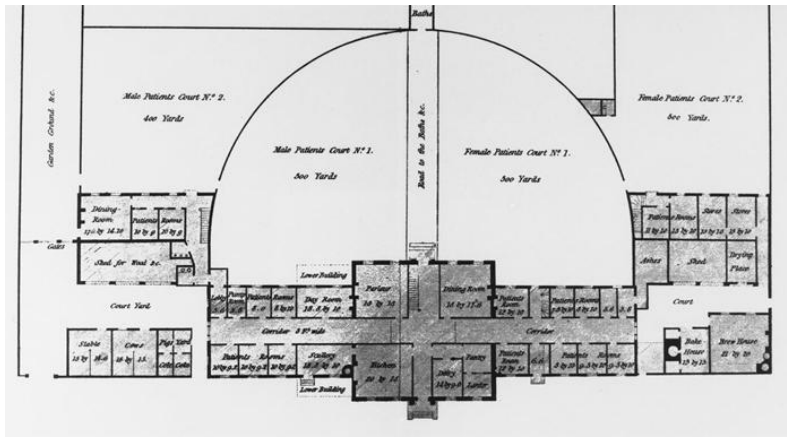
Bethlem Hastanesi, 1600'lerden sonra şehir dışına taşınmış ve hastalar “tedavi edilebilir” ve “tedavi edilemez” olarak iki farklı binaya ayrılmışlardır. Bu ayrım, hastaların durumlarına göre binaların farklı şekilde tasarlanmış olduğu söylenmektedir (Öztürk, 2010). Bu durum, hastaların bulunduğu hastane tasarımının tedavi yöntemlerine uygun olmasının önemli görüldüğünü göstermektedir.

Foucault, ilk Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin; “Delilerin”, “Akıl Hastası” olarak kabul edildiği ilk tarih olan 1657 yılında kurulduğunu söylemektedir. Bu tarihte Paris'te başlayıp tüm dünyaya yayılan bir “çalışmayan ya da çalışmak istemeyen ‘farklı’ kimselerin tek bir bina içinde kapatılması” durumu söz konusudur. 18. yüzyıl sonuna gelindiğinde ise bu durum yerini kapatılanlar içinde de ayrımların yapılmasına ve Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin kurulmasına bırakmıştır (Foucault, 2013). İlk Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri planlarının, genel olarak “U” düzeninde, dört köşeli ya da dolaşımı kolaylaştıracak benzer şekillerde tasarlanmakta olduğu görülmektedir (Yanni, 2007). Şekil 2.3'de bazı eski hastane binalarının planları bulunmaktadır. Bazı kaynaklar, bu plan formlarının, bir hastane binasından çok hapisaneye benzediği konusunda hemfikirlerdir.



Şekil 2.3 : Royal Naval Hastanesi; New York Akıl Hastanesi; Panopticon Planı; Pensilvanya Doğu Bölgesi Hastanesi / Amerika. (Yanni, 2007)

William Tuke, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri tasarımı adı geçen önemli isimlerden biridir. Tuke'un, 1796 yılında İngiltere'de *York Retreat* Hastanesi'nde, az ilaç tedavisi ile günlük işlerin yapıldığı bir terapi ortamını önermekte olduğu görülür. Torunu Samuel Tuke, 1813'te yazdığı "*Description of the Retreat*" (İnziva Kavramının Tanımlanması) kitabında, William Tuke'un önerdiği iyileştirici fiziksel çevrenin eve benzeyen ve samimi bir ortam olması gerektiğini vurgulamaktadır. Tuke gibi, Fransız bir Psikiyatr olan Philippe Pinel de, aynı dönemlerde Paris'te Akıl Hastalıklarının tedavi edildikleri yerler ile ilgili çalışmalar yapmaktadır (Bristow, 2009). Şekil 2.4'te York Retreat Hastanesi'nin mimari planı görülmektedir:



Şekil 2.4 : York Retreat Hastanesi / İngiltere. (Yanni, 2007)

York Retreat Hastanesi'nde, ortadaki yönetim binasının iki yanında servis blokları tasarlanmıştır. Bu servislerden bir tarafın kadın hastalara, diğer tarafın erkek hastalara ait olduğu görülmektedir.

Kirkbride Planı

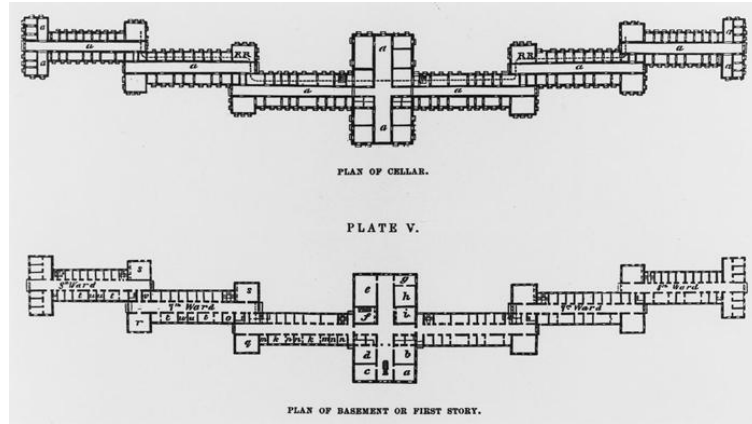
19. yüzyılın ortalarında, o günün şartlarında bulunan Akıl Hastaneleri'nde önde gelen doktorlardan olmasının yanı sıra, Amerika'daki bir çok Akıl Hastanesi'nin tasarımında da söz sahibi olan Dr. Thomas Kirkbride, henüz genç bir doktorken mimarlığa ve mimarlığın akıl hastalıkları üzerindeki iyileştirici etkisine merak salmıştır. Bu merak, 1854 yılında ilk, 1880 yılında ise ikinci baskı olmak üzere, "*On the Construction, Organization and General Arrangements of Hospitals for the Insane*" (Akıl Hastaları için Hastanelerde İnşaat, Organizasyon ve Genel Düzenlemeler) kitabını yayınlamasına öncülük etmiştir. Kirkbride, özellikle Tuke ve Pinel'in farklı şehirlerde Akıl Hastaları için yaptıkları ile ilgilenmiş ve tedavi umutlarını geliştirmek ve Amerika'da bu konuda iyileştirici mimari mekanlar

yaratmak için çalışmalar yapmıştır (Yanni, 2007). Kirkbride'in mimarlığa olan bu merakı, bir yüzyıl boyunca hakim olmuş ve neredeyse tüm dünyada uygulanmış bir Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi tipolojisini oluşturmasına etki etmiştir.

Tuke'un Retreat York için 1813'te önerdiği ve Kirkbride'in Akıl Hastaneleri tasarımı için desteklediği iki belirgin özellik;

- a. Hastanelerin şehrin dışında tenha yerlerde olması ve;
- b. Hastanenin doğrusal bir kat planına sahip olmasıdır.

Kirkbride, bu iki düzenlemenin hastaların iyileşmesi için en uygun şartlar olduğunu ve onları evlerinden ve toplumun karmaşık hayatından çıkararak tedavi etmenin iyileşmelerine yarar sağlayacağına inanmaktadır. Bu nedenle, şehrin dışında, kırsal bir alanda tedavi ortamı sağlamanın iyileştirici bir çevre oluşturacağını düşünmektedir (Bristow, 2009). Doğrusal kat planı düzeninin ise, akıl hastalarının zaten maaliyetli olan iyileştirme tekniklerinin, havalandırmanın ve ışığın maksimum seviyede olduğu minimum maaliyetli bir binada tedavi edilmesini sağladığı düşünülmektedir (Yanni, 2007). Şekil 2.5'te Kirkbride'in "Akıl Hastaları için Hastanelerde İnşaat, Organizasyon ve Genel Düzenlemeler" kitabında kendi önerdiği Kirkbride Planı örneği bulunmaktadır:

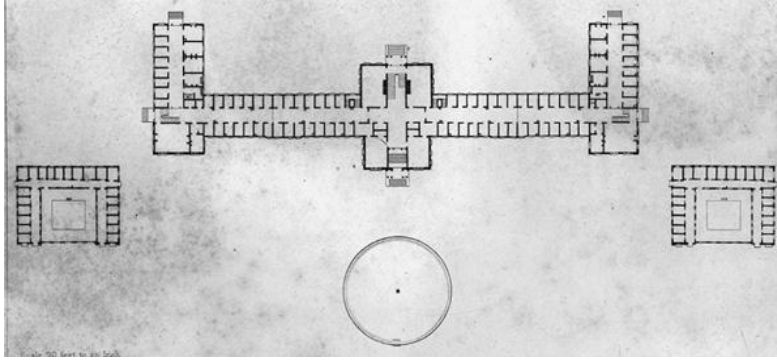


Şekil 2.5 : Kirkbride Plan Örneği. (Yanni, 2007)

Kirkbride Plan'ında, ortadaki yönetim binasının iki yanında hastane servisleri yanyana ve her servis gerileyerek "V planı" oluşturacak şekilde uzamaktadır. Bu düzenleme, hasta gruplarını birbirinden ayırırken, aynı zamanda tüm kompleksin birbirine bağlı olmasını sağlamaktadır (Yanni, 2009). Planın yanyana eklenerek büyümesi, geniş bir alana yayılmasını gerektirmektedir; ancak Kirkbride kırsal alanları en uygun yerler olarak düşünmekte olduğundan, bu durum bir sorun teşkil

etmemektedir. Hasta sayısı arttıkça ve yeni hasta servisleri gerektikçe, yanına eklenerek hastane “V” düzeninde büyütülebilmektedir (Bristow, 2009).

Kirkbride, kariyerinin büyük bir çoğunluğunda Pensilvanya Genel Hastanesi (*Pennsylvania State Hospital*) Psikiyatri kliniğinde çalışmıştır. Bu hastanedeki Ruh ve Sinir Hastalıkları Kliniği hastalar için yeterli görülmemiş; hastaneye gelen insanların merak ettikleri için sürekli Psikiyatri kliniğini ziyaret etmek istemeleri de birimi Genel Hastane’den ayırmaya sebep gösterilmiştir. Yapılan yeni hastanenin tasarımında ve yönetiminde Kirkbride etkin rol almıştır. Bu hastanenin, şehrin dışında, yeterince “izole” ve çok sayıda oda ve rekreasyon alanı içermesi tasarım ilkelerinden olmuştur. Kirkbride, hastanelerin şehirden en az iki mil uzakta olmaları gerektiğini düşünmektedir (Bristow, 2009). Yeni Pensilvanya Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nin mimari planı Şekil 2.6’da bulunmaktadır. Bu bina, Kirkbride’in ilk “V” düzeni denemesidir.



Şekil 2.6 : Pensilvanya RSHH / Amerika. (Yanni, 2007)

Kirkbride’in ilk planını tasarladığı Pensilvanya Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde, planda görülen blok erkek hastalar için tasarlanmıştır. Daha sonra bu bloğun karşısına, kadınlar için ayrı bir servis bloğu inşa edilmiştir (Yanni, 2007).

Florence Nightingale ise, 1863’te “*Notes on Hospitals*” (Hastane Notları) kitabında, Kirkbride gibi, hastanelerin şehir merkezlerinden uzak ve açık havada konumlanmalarının gerektiğine değinmiştir; ancak hastanelerin şehre çabuk ulaşım için şehir merkezine daha yakın bir kırsal alanda konumlanmalarını önermiştir. Bununla birlikte, Nightingale, hastanelerin yanyana “V” düzeninde eklenerek geniş bir alana yayılması yerine, “H” düzeni oluşturmasını önermektedir (Bristow, 2009). Bu plan tipi, Kirkbride planı gibi maksimum havalandırma ve ışık alırken, daha az araziye yayılmaktadır. Şekil 2.7’de 1818 yılında “H” düzeninde tasarlanan İngiltere’deki Wakefield Hastanesi’nin maketinin bir fotoğrafı bulunmaktadır:



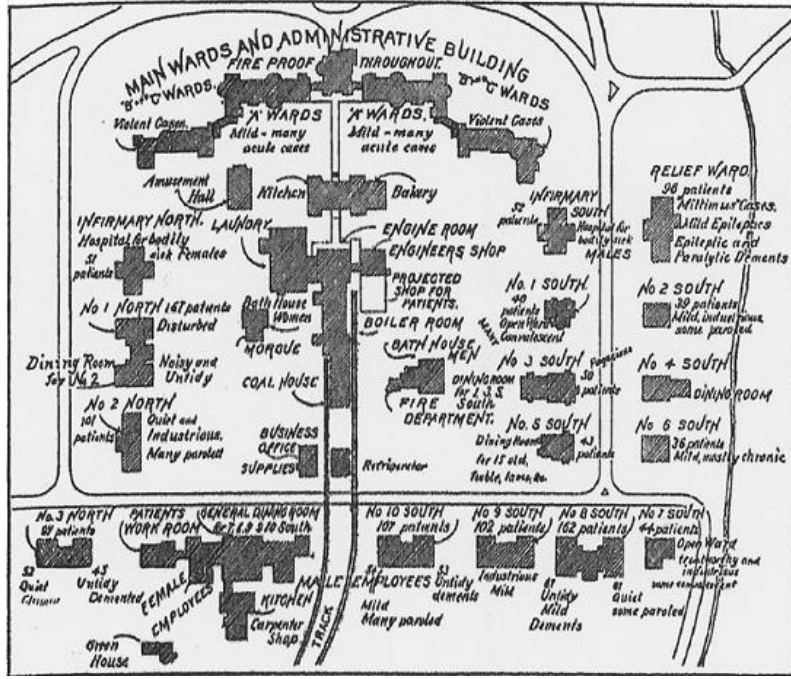
Şekil 2.7 : Wakefield Hastanesi Maketi, “H” düzeni Planı Örneği. (Url-1)

Bazı kaynaklar, Florence Nightingale’in “H” düzenli “*Pavilion*” tasarımı daha çok kabul görseydi ve Nightingale’in önerdiği gibi şehre daha yakın olsalardı, hem daha iyileştirici bir ortam hem de toplumda daha çok kabul gören yapılar olup olmayacaklarını sorgulamaktadırlar; ancak neredeyse bir yüzyıl boyunca çok sayıda hastane Kirkbride Planı ile tasarlanmıştır. Kirkbride, “Akıl Hastaları için Hastanelerde İnşaat, Organizasyon ve Genel Düzenlemeler” adlı kitabında, hastanelerin tasarımı ile ilgili pencere büyüklüğünden malzeme seçimine kadar çoğu konuda detaylı bilgi vermektedir (Bristow, 2009). Kirkbride Planı’nın çok sayıda hastanede kullanılmasının en büyük sebebi, Kirkbride’in kitabında her konuda detaylı bilgi vermesi olarak görülmektedir.

Cottage Planı

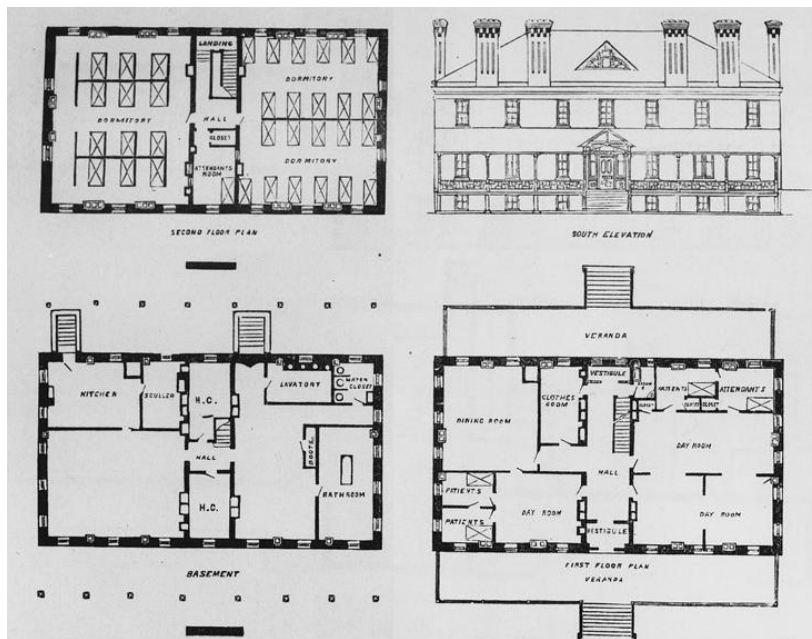
1860’lardan sonra, Dr. John S. Butler ve Frederick Law Olmsted, depo-hastanelere karşı durarak; “*Cottage*” (Kır evi, küçük ev, kulübe, pavyon) planını önermişlerdir (Yanni, 2007). Cottage Planı, tüm hastaları tek bir çatı altında toplamak yerine, daha küçük, birbirinden ayrı üniteler yapmak üzerine kuruludur.

Butler ve Olmsted, Cottage Planı’nın daha fazla özgür ve sosyalleşilebilen alan yarattığını düşünmektedirler. Aynı zamanda, küçük binalarda daha az ısı ve su teknolojilerinin kullanılacağı; ve ahşap malzeme kullanılarak daha az maliyetli olacağı görüşündelerdir (Yanni, 2007). Cottage Planı ile, bir anda Kirkbride Planı’ndan vazgeçilip bu plan tipinin uygulandığı söylenemez. 1860’lardan 1900’lere kadar, iki plan tipinin de hastanelerde kullanıldığı görülmektedir. Şekil 2.8’de, Cottage Plan yöntemi baz alınarak tasarlanmış Doğu Illionis Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi yerleşim planının el çizimi bulunmaktadır:



Şekil 2.8 : Doğu Illinois RSHH Yerleşim Planı, 1878, Cottage Plan. (Yanni, 2007)

Doğu Illionis Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin yerleşim planı tasarlanmış bir plandır. Cottage planlarının çoğunda bu durum görülmemekte; var olan binalar dönüştürülmekte ve ek yeni evler yapılmaktadır (Yanni, 2007). Bu hastanede, Yönetim Binası'nın klasik bir Kirkbride Planı'nda tasarlandığı; bu bina dışındaki diğer binaların, bir veya bir kaç adet üniteyi içermekte olduğu görülmektedir. Doğu Illionis Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ndeki bir birimin planları ve görünüşü Şekil 2.9'da yer almaktadır:



Şekil 2.9 : Doğu Illinois RSHH Ünitesi, 1878, Cottage Plan. (Yanni, 2007)

Planlardan görüldüğü gibi, hastalar çok kişilik odalarda yanyana yataklarda kalmaktadırlar. Yanni (2007), hastaların “küçük evlerde” yaşama şansları olsa da, özel alanlarının da oldukça küçük olduğuna değinmektedir.

Albert Deutsch, 1948 yılında, ideal ruh ve sinir hastalıkları hastanesinin, hapishaneye değil hastaneye benzemesi gerektiğini; ancak maaliyet sebebiyle hastaların Deutsch’un kritik ettiği Kirkbride hastanelerinde kalmaya devam etmek zorunda kaldıklarına değinmektedir (Bristow, 2009).

Günümüzde, dünyadaki hiç bir sistem Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’ni tamamen ortadan kaldırmamıştır. Hedeflerden biri, Ruh ve Sinir Hastalıkları’nın Genel Hastanelerin içinde bir birim olarak hizmet vermesidir. Bu geçişteki en büyük değişiklik Genel Hastanelerin içinde 20 yataklı üniteler şeklinde kurgulanan Psikiyatri klinikleri açan İtalya ve daha sonra Finlandiya’da görülmektedir. İngiltere’de başlayarak yaygınlaşan bir diğer hedef model ise, hastane ile toplum psikiyatrisi arasında denge kurmaktır (Yanık, 2011a). Her iki modelde de, hastanelerin küçültülmesi yolunda bir politikanın olduğu; ancak Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’ne hala ihtiyaç olduğunun dünya genelinde kabul edildiği görülmektedir.

Yakın zamanda yapılan Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nden biri 2006 yılında tamamlanan Danimarka’daki Helsingor Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’dir. Şekil 2.10’da hastanenin dışarıdan görünüşü verilmektedir:



Şekil 2.10 : Helsingor Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2006. (JDS, t.y.)

Julien De Smedt ve ekibi, hastaneyi tasarlarken, hem fonksiyonel hem de özgür bir tasarım yapmak istediklerini; hem açık alanlar hem de kontrollü ve koruyan alanlar yaratmayı amaçladıklarını vurgulamaktadırlar (JDS, t.y.). Şekil 2.11’de projenin

zemin katının üç boyutlu çiziminde yaşama alanları okunabilmektedir. Hastanenin, eski projelere göre daha şeffaf tasarlanmasının hedeflendiği görülmektedir.



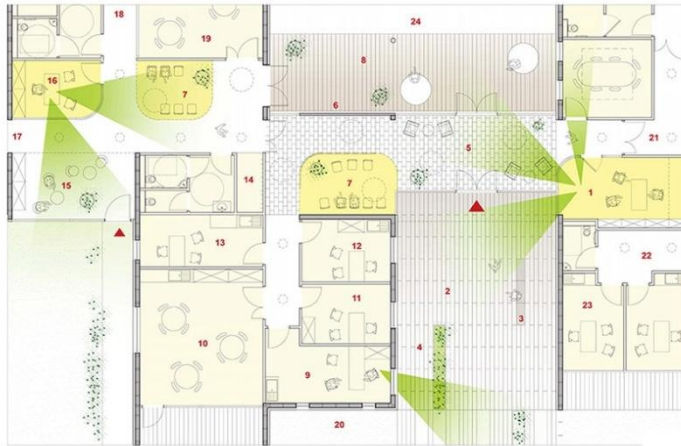
Şekil 2.11 : Helsingor RSHH Üç Boyutlu Çalışma, 2006. (JDS, t.y.)

Yakın zamanda tasarlanan bir başka Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ise Fransa'da bulunmaktadır. Şekil 2.12'de hastaneye ait bir üç boyutlu çalışma görülmektedir:



Şekil 2.12 : Claude Monet RSHH Üç Boyutlu Çalışma, 2013. (SOA, t.y.)

Bu tasarımın da, açık alanların ve şeffaf binaların olduğu, kontrollü alanlardan oluştuğu görülmektedir. Şekil 2.13'te bir servisin planı ile, hasta odaları ve aktivite alanlarının ilişkileri okunabilmektedir:



Şekil 2.13 : Claude Monet RSHH Servis Planı, 2013. (SOA, t.y.)

1960'lı yıllardan sonra görülen hastanelerin küçültülmesi politikasındaki yaklaşım, yatak sayılarını küçülterek şehrin içinde hastaneler kurmaya yöneliktir. 1800'lerde 2000 yatak sayısına sahip hastane bloklarının, günümüzde 200 yataktan az olması hedeflenmektedir. 40-60 kişilik servislerin, 16-24 kişilik olması; odaların ise koğuş tipinden uzaklaşarak, banyosu içinde olmak üzere tek kişilik olarak düzenlenmesi uygun görülmektedir. Yeni yaklaşımda, şehrin dışındaki hastaneler şehir içine taşınsa bile onları sosyal hayattan ayıran yüksek istinat duvarlarının ya da tel örgülerin olmaması; bunun yerine gündelik sosyal hayatın sağlanabilmesi amacıyla kliniklerin iç avlulu olarak düzenlenmesini önerilmektedir (Yanık, 2011a).

2.3.2.2 Türkiye'de mekansal gelişim süreci

Türkiye'deki Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin mekansal sürecine bakmak için, Osmanlı Dönemi'nden başlamak uygun görülmüştür. Osmanlı Dönemi'nde; 16. yüzyılda yapılan Süleymaniye Bimarhanesi'nde ilk defa Ruh ve Sinir Hastalarına yönelik 20 yataklı bir koğuş ayrılmıştır (Erkoç, 2011). Şekil 2.14'te Süleymaniye Bimarhanesi'nin günümüzden bir fotoğrafı bulunmaktadır:



Şekil 2.14 : Süleymaniye Bimarhanesi. (Url-2)

1860'larda ekonomik durum kötüleştiğinde, hastaların bakımının da kötüleştiği ve sefalet içinde kaldıkları söylenebilir. Bu dönemde, Süleymaniye Bimarhanesi'nin başhekimliğine İtalyan Dr. Mongeri getirilmiştir. Dr. Mongeri, Süleymaniye Bimarhanesi'ni Toptaşı'na taşımış; ilk defa ayrıntılı bir yasal düzenleme yapmıştır (Erkoç, 2011). Osmanlılar'ın Bimarhanelerinde görülen planlamanın, günümüzde Dünya genelinde önerilen avlulu sistemde olduğu görülmektedir. Ancak zamanla, Toptaşı Bimarhanesi'nde de hasta sayısı sürekli arttığından koşullar kötüleşmiştir.

1920'de Toptaşı Bimarhanesi'nde başhekimliğe getirilen Prof Dr. Mazhar Osman'ın, 1924'te Bakırköy'de atıl durumda olan Reşadiye Kışlası'nı akıl hastanesi olarak

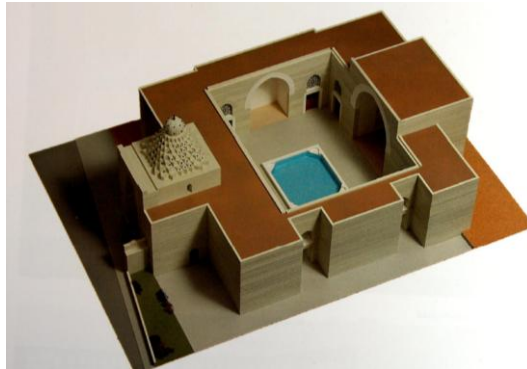
kullanma teklifi ise kabul edilmiş ve Hastane Bakırköy'e taşınmıştır (Erkoç ve diğ., 2009). Bakırköy Hastanesi, çalışmanın 4. Bölümü altında detaylı olarak incelenecektir.

Osmanlı Dönemi'nde bilinen tedavi yöntemlerinden bazıları, müzikle tedavi, su ile tedavi ve sanat ile tedavidir. Prof. Dr. Rasim Adasal'a göre (1902-1982), müzikal seslerin ve melodilerin fizyolojik ve psikolojik etkilerini çeşitli ruhsal bozukluklara göre ayarlayarak hastalar tedavi edilmektedirler. Şekil 2.15'te Eski Türklerde müzikle tedavi anını gösteren bir resim bulunmaktadır:



Şekil 2.15 : Eski Türklerde Müzikle Tedavi Anı. (Güvenç, R.O.; Şengül, 2008)

Müzikle tedavi, önceleri hekimlerin bireysel uygulaması şeklinde görülürken, daha sonra darüşşifalar vasıtasıyla hastane ortamındaki tedavi yöntemlerinden biri olmuştur. Tarihte bunun bilinen ilk örneği 1154 yılında tesis edilen Şam Nureddin Zengi Şifahanesi'dir (Şengül, 2008). Şekil 2.16'da Şifahane'nin, İslam Bilim ve Teknoloji Müzesi'nde bulunan maketi verilmektedir:



Şekil 2.16 : Şam Nureddin Zengi Hastanesi Maketi. (Şengül, 2008)

Osmanlı Dönemi'nde Ruh ve Sinir Hastalarına hizmet veren Darüşşifa ve Bimarhanelerden biri, Edirne II. Bayezid Darüşşifasıdır. Darüşşifaların çoğu Osmanlıların sosyal, kültürel, sağlık ve dini yapıları içinde önemli bir etkinlik

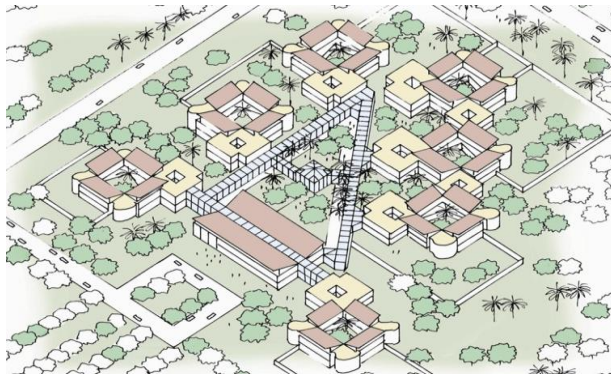
merkezi olan külliye içinde bulunmaktadır. Fatih Sultan Mehmet'in oğlu Sultan II. Bayezid'in 1488 yılında Edirne'de yaptırdığı külliye içinde yer alan darüşşifada, tarihte müzikle tedavi yöntemi ile yerini almıştır. Binada, akustiğe önem verildiği ve yataklı tedavi bölümüne bir müzik sahnesi konulduğu, müzisyenlerin görevlendirildiği bilinmektedir (Şengül, 2008). Şekil 2.17'de bu Darüşşifa'nın külliye içindeki konumunu gösteren bir fotoğrafı bulunmaktadır:



Şekil 2.17 : Edirne II. Bayezid Darüşşifası.

Türkiye'de günümüze kadar hizmet veren Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ne baktığımızda, çoğunun şehrin dışında inşa edildiği, zamanla şehrin genişlemesi ile şehrin içinde kaldığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO), "Ruh Sağlığı Eylem Planı" ile Türkiye'de de mekansal olarak hastaneleri geliştirmek üzere çalışmalar yapılmaya başlanmıştır.

Şekil 2.18'de T.C. Sağlık Bakanlığı ve Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi tarafından yürütülen, yurt dışından mimarlar ile çalışılmış ilk Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi modeli konsept projesi bulunmaktadır:



Şekil 2.18 : Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Konsept Projesi. (Yanık, 2011a)

Proje, iki katlı yapılardan oluşmaktadır. Her bir ünitenin ortasında bir avlu bulunmaktadır. Avlular ve kış bahçeleri, hastanın gündelik hayatında kullanabileceği şekilde tasarlanmıştır. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin, Genel Hastane kampüs düzeninin içinde bir bölgede olması hedeflenmektedir (Yanık, 2011a). Tasarlanan bu üniteler, gerektiğinde birbirine eklenerek genişleyebilecek bir sistem olarak düşünülmüştür. Şekil 2.19'da tek bir ünitenin planı bulunmaktadır:



Şekil 2.19 : Ruh ve Sinir Hastalıkları Ünitesi Konsept Projesi. (Yanık, 2011a)

Konsept proje planında görüldüğü gibi, pembe ile renklendirilmiş bölümler hasta odaları, mavi, beyaz ve yeşil alanlar ise doktor odaları ve genel alanlardır. Hasta odalarının, içlerinde banyosu ile tasarlandığı görülmekte; genel alanlarda ise müzik odası, seminer odası, terapi bölümleri, televizyon odası, yemek bölümü ve kütüphane gibi bölümler bulunmaktadır. Ortada, bir hasta odasının neredeyse 15 katı genişliğinde bir iç bahçe görülmektedir. Bu plan, kişi başına düşen mahremiyet ve sosyalleşme alanlarının ne kadar fazla kurgulanmak istendiğini göstermektedir.

Prof. Dr. Medaim Yanık ile yapılan kişisel görüşmede, bu konseptin Sağlık Bakanlığı tarafından farklı tasarımlar ile geliştirildiği ve Sağlık Bakanlığı'nın en son önerilerinden birinin genel hastanelerin içinde bir psikiyatri kliniği tasarlamak olduğu bilgisine ulaşılmıştır.

2.4 Bölüm Sonucu

Araştırmada Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nden önce, Ruh ve Sinir Hastalıkları'nın ve tedavi yöntemlerinin neler olduğu aktarılmaya çalışılmıştır.

Hastane ile ilgili tasarımın anlaşılabilmesi için, bu hastanenin hizmet verdiği alanın açıklanması önemli görülmüştür. Bu alana kısaca değinecek olursak; Ruh ve Sinir Hastalıkları, Dünya genelinde DSM ve ICD sistemleri ile sınıflandırılmaktadır. Tedavi yöntemleri ise, üç ana başlıkta sınıflandırılır: Somatik Tedavi, İlaçla Tedavi ve Psikoterapi. Yasal çerçeveye baktığımızda ise, Ruh ve Sinir Hastalıkları ile ilgili en son gelişme Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Ruh Sağlığı Eylem Planı ile tüm ülkelerin yasa ve politikalarında düzenleme yapmasını istemesi olarak gösterilebilir.

Dünya genelinde ve Türkiye'de değinilen yasal çerçevenin, mekansal sürece etkisi bölümün son kısmını oluşturmaktadır. Geçmişten günümüze, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri için hem Dünya genelinde hem de Türkiye'de uygulanmış mimari tipolojilerden önemli görülen eşikler ve sonuçları aktarılmıştır. Bu mekansal gelişim sürecinde, hasta, toplum ve hastane ilişkileri, bir sonraki bölüm olan İnsan, Toplum ve Çevre İlişkileri başlığı altında incelenecektir.

3. İNSAN, TOPLUM VE ÇEVRE İLİŞKİLERİ

İnsan, Toplum ve Çevre ilişkilerini incelemek amacıyla ortaya atılan kuram ve yaklaşımların ortak amacı, insan davranış ve eğilimleri ile çevrenin etkileşimini anlamaya çalışmaktır. Bu amaca varmak için çeşitli görüş, kuram ve modellerin ortaya atıldığı görülmektedir (Çakın, 1988). Tarihsel gelişimi içerisinde sosyal psikoloji, “çevre” kavramını “sosyal çevreyi” yani kişinin çevresindeki öteki insanların oluşturduğu çevreyi belirtmek için kullanmış, fiziksel ortamların insan yaşamını şekillendirmedeki önemini gözardı etmiştir, Böylece “insan-çevre ilişkileri” anlatımı da, en geniş anlamda kişilerarası ilişkilere gönderme yapmıştır (Gürkaynak, 1988). Stokols (1977), İnsan-Toplum-Çevre ilişkileri alanındaki temel teorileri ikiye ayırmaktadır: Ekolojik Psikoloji Kuramı ve Çevresel Psikoloji Kuramı (Moore, 1986). Ekolojik Psikoloji, Barker (1968) tarafından ortaya atılan, davranış çerçeveleri oluşturarak iç ve dış mekanlardaki davranışların incelenmesi ve sınıflandırılmasını sağlayan bir kuramdır (Çakın, 1988). Önce Ekolojik Psikoloji, daha sonra da Çevresel Psikoloji akımlarının ortaya çıkması ile, psikoloji, insanların günlük yaşamlarını içinde geçirdikleri ortamların yalnızca sosyal değil, aynı zamanda fiziksel özellikler de içerdiğini ve bu çok yönlü ilişkilerin araştırılması gerektiğini kabul etmiştir (Gürkaynak, 1988). Bu bağlamda, araştırma kapsamında, hem insan-öteki insan, hem insan-çevre ilişkisini incelemekte olan “Çevresel Psikoloji”, “Mimari Psikoloji” ya da “İnsan-Çevre İlişkileri” gibi adlarla nitelendirilen bilimsel alan üzerinden inceleme yapılacaktır.

3.1 Çevresel Psikoloji

Çevresel Psikoloji; fiziksel çevre, geçmiş deneyimler ve davranış arasında ampirik ve teorik ilişkilerin kurulması ile ilgilidir. Bu da yalnızca bireyin çevre ile ilgili bireysel deneyimleri ile ilgilenmenin yeterli olmayacağını, aynı zamanda çevreye ilişkin bireysel ve sosyal davranışın tümü ile incelenmesi gerektiğini gösterir (Proshansky ve diğ., 1976). Çevresel Psikoloji alanının doğuşu, bu incelemenin önemini fark edilmesi ile denk düşmektedir.

Wapner ve Demick, insan, çevre ya da insanın çevrenin merkezinde kabul edildiği entegre sistemlerde, insanın fiziksel/biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel durumları; çevrenin ise fiziksel, toplumsal ve sosyo-kültürel durumları tanımladığına değinmektedirler (Wapner ve Demick, 2002). Bu bağlamda, çevre kavramının insan-öteki insan ilişkisini ifade edebildiği gibi, fiziksel bir çevreyi de ifade edebileceği görülmektedir.

Çakın (1988), fiziksel çevrenin, davranışlarımız, yargılarımız, değerlendirmelerimiz, tercihlerimiz, algılarımız ve duygularımızı etkileyen birçok faktörden sadece bir grubu oluşturduğu, dolayısıyla mimari tasarımın toplumsal davranışlarımızın tek belirleyicisi olmadığı, fakat onu etkileyebildiğini savunmaktadır (Çakın, 1988). Aynı zamanda toplumsal davranışlarımız da, mimari tasarımı etkileyen faktörlerden bir tanesi olarak tanımlanabilir.

Çevresel Psikoloji konusunda, Amerika’da EDRA’nın (Çevre Tasarım Araştırmaları Birliği) kurulmasıyla düzenlenen yıllık kongreler, Avrupa’da düzenlenen Mimari Psikoloji Kongreleri bu alanda yapılan temel ve uygulamalı, kuramsal ve deneysel çalışmalara örnek olarak gösterilebilir (Çakın, 1988). Türkiye’de de bu alanda çeşitli araştırmaların yapıldığı gözlemlenmektedir.

Berry (1981), Çevresel Psikoloji’nin, Temel Psikoloji’den farklı olarak, insanın farklı çevrelerde farklı davranabileceği üzerinde yoğunlaşmakta olduğuna değinmektedir (Kürkçüoğlu, 2009). Bu bağlamda, araştırma kapsamında, önce İnsan ve Toplum, sonra Çevre Sistemi incelenecek ve aralarındaki etkileşim İnsan-Çevre İlişkisi başlığı altında irdelenecektir.

3.1.1 İnsan ve toplum

İnsan; inorganik, psişik, geist kategorileri formunda dünyaya gelmekle birlikte, diğer varlıklarla bütünleşmek ve toplumsallaşmak zorunda olan tarihsel, kültürel, inançsal, siyasal ve ekonomik oluşum çizgisi içinde bulunan, yaratma süreci ile donatılmış bir varoluştur (Aydınlı, 1996). Proshansky, Ittelson ve Rivlin’e göre ise insan, bir yönden, temel ihtiyaçları olan ve dışarıdan gelen uyarılara çeşitli şekillerde tepki veren bir organizmadır; bir yönden ise, benzersiz bir genetiği olan, benzersiz deneyimleri ve dünya görüşü olan bir canlıdır (Proshansky ve diğ., 1976). Benzersiz dünya görüşü olan tüm bu insanların birbirleriyle ve fiziksel, toplumsal, sosyo-kültürel çevreleriyle olan etkileşimleri farklı tepkiler, farklı eylemler doğurabilir;

ancak görüşleri farklı da olsa insanların doğasında bir topluluğun parçası olmak vardır.

Günlük yaşamımıza kısaca göz attığımızda, çevremizdeki diğer kimselerle sürekli olarak ilişki içinde olduğumuzu görürüz. Genellikle grup ortamında diğer kişilerle ilişki içine gireriz. Örneğin, aile her toplumda rastlanan temel bir gruptur. Gruplar toplumun yapı birimleri olarak düşünülebilir. Grupların düzenli ve sağlıklı bir biçimde işlemesi sonucu toplum düzenli ve verimli işlemektedir (Cüceloğlu, 1991). Grup düzeninde söylenenler, genel toplum düzeyinde de geçerlidir. Alfred Adler (1994), topluluk hayatına duyulan ihtiyacı şu sözlerle ifade eder:

Hayat şartlarımız her ne kadar her şeyden önce tabii etkilerle belirlenmişse de, aynı zamanda sosyal hayat ya da topluluk hayatı ile ve doğrudan doğruya topluluk hayatından doğan yasalar ve kurallarla da belirlenmiştir. Topluluk halinde yaşama ihtiyacı, insanlar arasında bütün ilişkileri ayarlamaktadır. İnsanın topluluk hayatı, bireysel hayatından önce gelmektedir. İnsanın uygarlık tarihinde, temelleri topluluk hayatı içerisinde bulunmayan hiçbir hayat şekline rastlamak mümkün değildir (s.24).

İlk defa Freud duygusal hayatın kişinin bütün yaşamını etkilediğini ileri sürmüştü; Adler, kişiyi tek olarak değil, bir bütünün parçası olarak kabul etmiştir. Bireyin kişiliğinin oluşumunda, bulunduğu çevrenin rolü büyüktür (Özdoğan, 1976). Kişi, çevresini değiştirebilmesini sağlayacak belirli toplumsal kalıplar ve diller öğrenmekte, beceri kazanmaktadır. Bu toplumsal kalıplar sayesinde istek ve gereksinmelerini ifade edebilmekte, sorunlara çözüm aramakta, giderek yeni kalıplar öğrenmektedir. Öğrenme, başkalarıyla ilişki kurma ve oyun gibi birçok insan eyleminin, genellikle toplumsal çevrede oluşması, toplumsal çevrenin, insan eylemlerinin en önemli yönlerinden biri olduğunu göstermektedir (Çakın, 1988). Biyolojik kapalılık içinde insan, içgüdüsel olarak bütünleşmek, toplumsallaşmak zorundadır (Aydınlı, 1996). Bu yönden, insanın bulunduğu toplumdan etkilendiği bir gerçektir. İnsanın düşünce ve davranışları, topluluğun normlarına, tutum ve inançlarına bağlı olarak değişebilmektedir.

Sosyal insan, içinde bulunduğu toplumun normlarını göz önünde bulundurarak davranır (Proshansky ve diğ., 1976). Freud, kişiliğin farklılaşması ve gelişmesinin ancak çevresiyle olan etkileşimiyle biçimlendiğini varsaymaktadır. Freud'a göre, kişiler arasındaki toplumsal ilişkiler mekansal ilişkilere yansır ve kişi nesnelere arasında ayırım yapar (Çakın, 1988). İnsanlar tarafından üretilen her şeyde olduğu

gibi, mimarlık da toplumsal ilişkileri belirleyen veya tarafından belirlenen imgesel bir boyut taşır (Aydınlı, 1996). Bu bağlamda, yalnızca nesnelere değil, özne olarak insan ya da nesneleştirilen insanlar arasında da ayırım ve ötekileştirmenin yapıldığı ve bu durumun mekansal ilişkilere yansıtılabileceği söylenebilir.

İnsanlar içinde geliştikleri toplumun değerler düzenine göre biçimlenen gereksinme türleri gösterirler. Topluluk halinde yaşamayı ilgilendiren bazı karmaşık insan gereksinimleri Çizelge 3.1’de sıralanmıştır:

Çizelge 3.1 : Topluluk Halinde Yaşamayı İlgilendiren Bazı Karmaşık İnsan Gereksinimleri. (Cüceloğlu’ndan uyarılma, 1991)

Sosyal Kabul:	Diğer insanların davranışlarımızı uygun bularak kabul etmelerini ve onlar tarafından beğenilmeyi istemek
Bağımlılık:	Başkalarıyla işbirliği yaparak, onların yardımıyla, desteğiyle yaşamı sürdürmek
Uyma:	İçinde bulunduğu grubun normlarına uygun olsun diye kendi düşünüş, davranış ve duyuş biçimini değiştirme

İlişki kurup yaklaşma gereksinmesi, kendisini her toplumda gösterir. Bu gereksinmenin temelinde biyolojik bir yön vardır, ne var ki her toplum ve toplum içindeki her aile ortamı, bu gereksinmeyi değişik biçimlerde ve derecelerde ortaya koyar (Cüceloğlu, 1991).

3.1.1.1 İzlenim ve önyargı kavramları

Yeni kişilerle karşılaşan bireylerde izlenimler oluşur. Bu izlenimlerin çoğu sözlü, sözsüz davranışlardan ve giyiniş tarzlarından kaynaklanır. Bu davranış ve görünümlere dayanarak bu bireylere özellikler yüklenir. Yükleme (Attribute) kuramının kavramlarını ortaya atan ilk psikologlardan biri Fritz Heider’dir (1968). İnsanın kendisini ve çevresini anlama isteği, onu yükleme süreçlerini kullanmaya yöneltir (Cüceloğlu, 1991). İlk çocukluk günlerinden başlayarak her insanın biriktirmiş olduğu izlenimler, o insanın hayatı boyunca takınmış olduğu tavrı etkiler (Adler, 1994).

Önyargı da (Prejudice), Yükleme gibi yaşamın bir parçasıdır. Farkında olmadan düşünce ve davranışlarda önyargılar kullanılır. Önyargının iki temel ögesi vardır:

- Bir grup ya da kişiye karşı olumsuz bir duygu
- Kalıp yargı, bireyleri tanımadan onları bir grubun üyesi olarak yargılamak

Önyargıda böylece hem duygusal hem de düşünsel öğelerin bulunduğunu görmekteyiz. Bu iki ögenin etkisi altında kişi ayırt edici davranışta (ayırım / discrimination) bulunur. Önyargı, çocuklukta öğrenilmiş ya da grup üyeliğinin veya toplumun doğal bir sonucu olarak oluşmuş olabilir (Cüceloğlu, 1991).

3.1.1.2 Tutum kavramı

Tutum (Attitude), bireyin psikolojik bir nesne ile ilgili düşünce ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan eğilimleri olarak tanımlanabilir. Tutumlar bireyin içinde bulunduğu toplumsal ilişkiler üzerinde kurulur ve üyesi olduğu toplumsal sınıfa/gruba dayanır. Tutumlar, gelişim süreci içinde öğrenilir. Dolayısıyla, yaş, cinsiyet, toplumsal sınıf/katman, etnik köken, yaşanan çevre gibi etkenler tutumlar üzerine de belirleyici etkide bulunabilirler (Küey, 1995). Tutum, yalnızca bir düşünce veya duygu değildir. Tutum olarak tanımladığımız eğilimin içerisinde kendini inanç olarak ifade eden bilişsel, duygu ve heyecanları içeren duygusal ve gözlenebilen faaliyetleri içeren davranışsal öğeler vardır (Cüceloğlu, 1991).

Sherif ve Sherif'e göre (1996) tutum, "Psikolojik bir sürecin herhangi bir değer yargısıyla damgalanmış bir nesne veya duruma ilişkin olarak bireyin olumlu mu yoksa olumsuz mu duygusal tepki göstereceğini belirleyen oldukça sürekliliği olan bir hazır olma durumudur." Sherif'e göre bilişsel, güdüsel ve davranışsal bir yapısı olan tutum, bireyin dış dünyaya ilişkin her türlü duygusunu içerir (Sherif ve Sherif, 1996; Bingöl, 2004).

Oskamp'a göre tutumlar, öğrenme yoluyla oluşmaktadır. Öğrenme söz konusu olduğu için de yaşam boyunca yeni tutumlar öğrenilmekte ve varolan tutumlar değiştirilebilmektedir. Tutumlar; direkt kişisel deneyim, aile etkisi, çevredeki diğer bireylerin etkisi ile oluşmaktadır (Sakallı, 2001; Bingöl, 2004).

3.1.1.3 Dualizm

Tüm evren karşıt kavramlar bağlamında algılanmakta; parça ile bütün, ruh ile beden, bilim ile sanat, iyi ile kötü, gerçek ile düş, teknoloji ile doğa, akıl ile duygu arasında bir seçimi gerekli kılmaktadır. Demokrasinin temeli olan çoğulculuğun sınırları da bu ikili dünya görüşünün ya o, ya bu mantığı arasındaki seçimi ile belirlenmiştir. Bir dizi "öteki"nin egemen güç tarafından dışlanması ve bastırılması hedeflenmiştir (Aydınlı, 1996).

Günümüzde, egemen olanın konumunun kimliği, karşıtı olanın olumsuzluğu sayesinde etkinliğini kazanır düşüncesi hakimdir. Eğer, egemen olan, konumunu ve kimliğini, karşıtı olanın olumsuzluğu sayesinde koruyorsa, bu ayrıcalıklığın ortaya çıkartılması ve olumsuz bir değere sahip olanın değerinin yeniden kazanılması önemli bir ilkedir (Unat, 1990; Aydınlı, 1996).

3.1.1.4 Damgalama, etiketleme ve ötekileştirme kavramları

Damga (Stigma), bireyi toplumda “normal” insanlardan ayıran ve “kabul edilmez” olarak işaretleyen sıfat, özellik ya da bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Damgalama süreci, ayırıcı işaretin tanınması ve sonra bireyin değersizleştirilmesi basamaklarını içerir (Şemin ve Aras, 2004). Damgalamanın amacı bireyi toplumdaki ayırmak ve dışlamaktır (Taşkın, 2004).

Sosyal bilimlere damga kavramını getiren Goffman (1963), damgalamayı “daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi idrak edilmemesi” olarak tanımlamıştır (Schulze ve Angermeyer, 2003; Işık, 2010).

Ayrımcılık, damgalamanın ve önyargının olumsuz sonuçlarıdır. Toplum içerisindeki birey ya da grupların, diğer kişileri önyargılar ya da damgalama nedeniyle haklarından ya da çıkarlarından mahrum bırakması anlamına gelir (WPA, 1996). Damgalama, bazen görülen ya da algılanan bir davranış ya da durum, bazen de sadece etiket ile başlamakta ve ayrımcılık, dışlama ile sona ermektedir (Taşkın, 2004; Işık, 2010).

Tajfel ve Turner (1979) insanların doğuştan nesne, olay ve diğer insanları sınıflama, kategorileme eğilimi olduğunu söyler. Bu kategorileme insanlar arasında gruplamalara yol açar, “biz” ve “onlar” ortaya çıkar. Yaptığı araştırmalarda kişileri gelişigüzel gruplara koyup, onlara gelişigüzel isimler veren Tajfel, bir süre sonra her grubun kendi özdeşliğini geliştirdiğini ve diğer grubu yargılamaya başladığını görür. Ona göre, hangi gruptan isek, o grubu “iyi”, diğer grubu “kötü” görme eğilimi geliştiririz (Cüceloğlu, 1991).

3.1.1.5 Sınır kavramı

Sınırlar insanları ayıran ya da onları bir yer içinde tutmak üzere çevreleyen fiziksel öğelerdir. Bunu ya duyguların tümü ya da birkaçı aracılığıyla sağlarlar. Sınırların

duvarlar, duvarlar, çeşitli tabela vb simge ve göstergelerle sağlanabilirler. Ayırımın niteliği, duvarların malzemesinin özelliğine, boşluk-doluluk oranına ve benzer ölçütlere bağlıdır. En zor aşılın sınırlar, insanın bilişine yerleşmiş sınırlardır (Gür, 1996). Binalarda, bina kabuğu, iç ve dış duvarlar, kapılar gibi yapısal, gözle görülebilen ve nesnel filtrelerin yanısıra, gözle görülmeyen toplumsal filtreler de insan davranışlarını etkilemekte ve normlar biçiminde ortaya çıkmaktadır. Gerek fiziksel, gerek toplumsal filtreler, zaman ve mekan içinde insanın davranışlarını birlikte düzenlemektedir (Çakın, 1988). İnsanın bilişine yerleşen ve aşılması zor olan sınırları bu filtreler oluşturur.

Foucault (2000) sınır kelimesini, bir kültürün kendisi için “dışarı” olacak bir şeyi reddetmek için kullandığı bir kavram olarak niteler. Örneğin Foucault: “Doğu, Batı olmayan her şeydir.”(s.23) der ve aradaki sınırın birbirlerini tanımlamadaki önemine dikkati çeker.

3.1.2 Çevre sistemi

Çevre sözcüğü, çeşitli anlamlarda kullanılmaktadır. Bu kullanım biçimlerinin çoğu, kullanım açısından doğru ve anlamlıdır. Bütün bu tanımlamalardan varılan ortak sonuç, çevrenin yalnız saran, çevreleyen bir nitelikte olmadığı, aynı zamanda yaşayan bir varlığı etkileyen dış koşullar ve faktörlerin de söz konusu olduğudur (Erkman, 1982). Çevre kelimesi, insanın hem diğer insanlarla karşılıklı ilişkilerini ve etkileşimlerini, hem de yaşadığımız ortamdaki hava, su, toprak, yer altı zenginlikleri ve iklimle olan karşılıklı ilişki ve etkileşimi anlatır (Keleş ve Hamamcı, 1993). Türk Dil Kurumu’nda (TDK) ise çevre, “bir şeyin yakını, dolayı, etraf, periferi” olarak tanımlanırken, kişinin içinde bulunduğu toplumu oluşturan ortam olarak da açıklanabilir.

Çevre, insanın içinde yaşadığı koşulların toplamı veya varlığın içine olduğu ortam olarak da kabul edilebilir (Özkarakoç, 1981). İnsan, doğada varoluşundan bu yana, doğadan yararlanmış, doğayı işlemiş, bilgi birikimine ve teknik ilerlemeye koşut olarak doğaya egemen olmaya çalışmıştır (Keleş ve Hamamcı, 1993). Günümüzde insanların ve toplumların çevreleriyle olan ilişkilerindeki değişiklik, çevre sözcüğünün de farklı biçimlerde algılanmasına yol açmaktadır; ancak her anlamıyla çevre kelimesinin insanı biçimlendiren en önemli belirleyicilerden biri olduğu söylenebilir.

Rapoport (1977), insanı saran çevreyi dört çevre birimi olarak açıklar:

- **Davranışsal Çevre:** Birey veya grupların eylemlerinin oluşturduğu bir sistem
- **Algısal Çevre:** Bireyin çevreyi algılaması ve anlamlandırması sonucunda zihinde oluşan bir çevre sistemi
- **İşlemsel Çevre:** Birey veya grubun eylemlerini gerçekleştirdikleri mimari mekanlar sistemi
- **Coğrafi Çevre:** Diğer çevre birimlerini saran doğal çevre sistemi (Kancıoğlu, 2001).

Keleş ve Hamamcı ise (1993), çevreyi nitelik açısından iki birimde açıklar:

- **Fiziksel Çevre:** İnsanın içinde yaşadığı, varlığını, özelliğini ve niteliğini fiziksel olarak algıladığı doğal ya da yapay ortam
- **Toplumsal Çevre:** Fiziksel çevre içinde bulunan insanların ekonomik, toplumsal ve siyasal sistemleri gereği yarattıkları ilişkilerin tümü (Keleş ve Hamamcı, 1993).

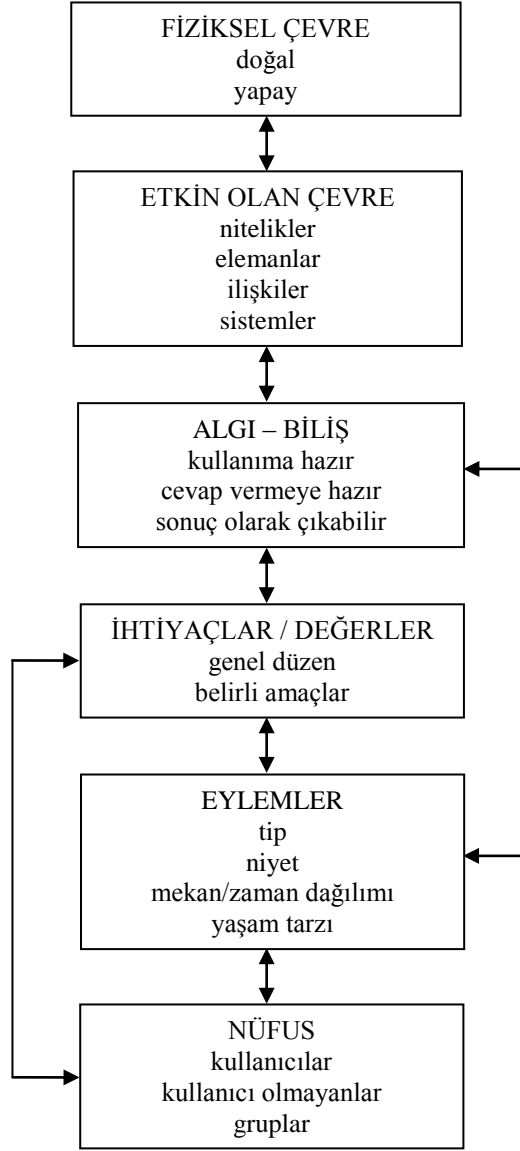
Çevreyi sınıflamada daha farklı yaklaşımlar için, Ittelson, Lawton, Gould, Craik, Koffka, Brogden, Cox, Skolimowski, Ehrenzweig, Sonnenfeld, Appleyard, Lauwe ve daha niceleri kaynak olarak gösterilebilir (Gür, 1996).

İnsan, genetik özelliklerinden sonra en yoğun öğretiyi çevresinden alır. Sahip olduğu eğitim seviyesi, iklim durumuna ait korunma, yakın ilişkiler içinde bulunduğu diğer insanlarla iletişim yöntemleri sahip olunan çevrenin etkisi altında gelişir (İncekara, 1999). Çevre sözcüğü ise, insanı saran varoluşsal bir yapıyı anlatmaktadır. İnsanın varoluşsal mekan kavramında mekan, çevrenin insana göreli durumudur. Mekan kavramı, kişisel mekan, yer, çevre ve hatta evren ölçeğini içine alan geniş kapsamı ile düşünülmelidir. Mekan, insanın içinde yaşadığı bir “yaşamsal çevre”dir ve bu yaşamsal çevre, birbirine takılı irili ufaklı, doğal ve yapay boşluklardan oluşan süngersi bir kurgudan oluşmaktadır (Ayyıldız, 2000). Çevre kavramının tüm bu tanımlamalarına bakıldığında, çevrenin insandan, insanın ise çevreden ayrı düşünülmemeyeceği ortaya çıkmaktadır.

3.1.3 İnsan - Çevre ilişkisi

İnsan – Çevre etkileşim sistemi hem çevrenin insanlar üzerindeki etkinliği, hem de insanın çevresi üzerindeki etkinliğini kapsayan ikili bir etkileşim sistemidir. Bir

yandan kendi ihtiyaç, değer ve isteklerine göre çevresini değiştiren insan, bir yandan da çevreden kaynaklanan kişilik ve ruhsal yapısını etkileyen yeni ihtiyaçlara sahip olmaktadır (Aydınlı, 1986). Appleyard (1973), insan-çevre ilişkilerinin zaman faktöründen bağımsız basit bir modelini önermiştir (Şekil 3.1). Bu modele göre, insan çevre arasındaki ilişkide, eylemler, ihtiyaçlar/değerler ve algı/biliş bileşenlerinden oluşan bir etkileşim alanı bulunmaktadır.

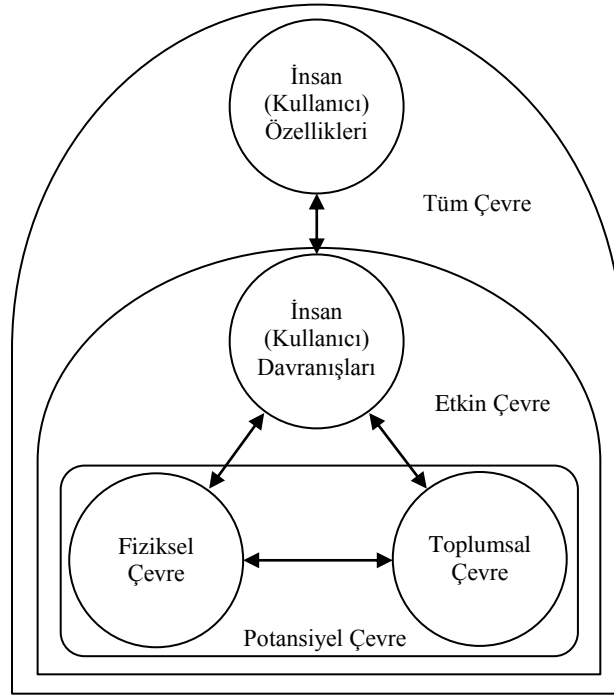


Şekil 3.1 : İnsan-Çevre İlişkileri için Basit bir Model. (Appleyard, 1973)

Çakın'ın (1988) İnsan-Çevre ilişkileri için oluşturduğu kavramsal model ise Şekil 3.2'de görülmektedir. Çakın, modeldeki kavramları aşağıdaki gibi açıklamaktadır:

- **İnsan Davranışları:** Amaca yönelik bireysel ya da toplumsal-örgütsel biçimde ortaya çıkmaktadır.
- **Fiziksel Çevre:** İklimsel, görsel, işitsel ve mekansal özellikleri içermektedir.

- **Toplumsal Çevre:** İnsanlar arasındaki ilişki türleri ve toplumsal normlar ile kişinin içinde bulunduğu örgütsel ve kültürel yapıya ilişkin özellikleri kapsamaktadır.
- **Potansiyel Çevre:** Modeldeki insan, yeni inşa edilecek olan bir binanın gelecekteki kullanıcısı olarak düşünüldüğünde ortada henüz toplumsal ve fiziksel çevrenin olmadığı görülecektir. Bu açıdan modelde, fiziksel, toplumsal çevre bütününe potansiyel çevre denmektedir.
- **Etkin Çevre:** Binanın yapımı bitip, kullanıma açıldığında, kullanıcının davranışları ile potansiyel çevre arasındaki etkileşimi, etkin çevreyi oluşturacaktır.
- **Tüm Çevre:** Kullanıcının güncel yaşamında ve yakın çevresinde kolayca algılayamadığı, üst düzeydeki fiziksel ve toplumsal/kültürel faktörleri içermektedir (Çakın, 1988).



Şekil 3.2 : İnsan-Çevre İlişkileri için Kavramsal bir Model. (Çakın, 1988)

Rapoport (1977), İnsan-Çevre disiplinindeki çalışmaların çevre algılanması, bilişsel davranışlar ve değerlendirme temeline oturduğunu savunmaktadır. Çevresel algılama, çevrenin doğrudan duyuyla hissedilmesi; çevresel biliş, çevrenin algılanmış biçiminin zihinde bilinmesi, anlaşılması, imaj oluşturması, gruplandırılması, öğrenilmesi ve zihinsel haritalar haline getirilmesi; çevresel değerlendirme ise çevrenin niteliklerinin algılanması sonunda, belirli seçimler yapma, davranışlarda bulunma ve belirli kararlar verme süreci olarak

tanımlanmaktadır (Rapoport, 1977; Çakın, 1988). Bu sürece insanın yaşadığı yer, içinde bulunduğu toplum, önceden edindiği bilgi-birikim ve benzerlerinin etkisi kaçınılmazdır.

Lang, çevresel psikoloji temelli kavramların mimarlık bağlamında bir yaklaşımla ele alındığında, üç boyutlu bir matriksin elde edilebileceğini öne sürerken, algılama, biliş ve mekansal davranış bileşenlerinden oluşan psikolojik süreçleri matriksin bir boyutu olarak belirtir (Lang, 1974; Ayyıldız, 2000).

Algı, çevresel bilginin nasıl toplandığını ve elde edildiğini, Biliş (Cognition) bilginin nasıl düzenlendiğini, ve tercih ise bilginin nasıl sınıflandırılıp ne şekilde değerlendirilmeye sokulduğunu içermektedir (Ünlü, 1998). Çevrenin algılanması, bilinmesi ve değerlendirilmesi bir sürekliliktir.

3.1.3.1 Çevresel algılama

Duyu, alıcı hücrelerin dış çevredeki fiziksel enerjileri yakalayarak sinirsel enerjiye çevirmesiyle oluşur. Bu sinirsel enerji beyinde işlenir ve işlemin sonucunda bir algısal ürün ortaya çıkar. Bu işleme algılama (perceiving) ve ortaya çıkan ürüne de algı (perception) adı verilir (Cüceloğlu, 1991). Algılama, genel anlamıyla beş temel duyumuzla gerçekleşir: görme, duyma, koklama, dokunma ve tatma. Beyin, dışarıdan gelen bilgileri alır, anlar, değerlendirir, yorumlar ve bir tepki oluşturur. Bu tepki, anlık uğraşlara, çevreye, psikolojiye, fiziksel duruma, daha önceki deneyimlere, kişisel, karakteristik ve kültürel özelliklere, bellekteki değiştirilemez “doğru” ve “yanlışlara” göre her algılamada değişik olabilir (İncekara, 1999). Bu nedenle insan, bir çok girdi sonucunda farklı değerlendirmeler oluşturabilir. Adler (1994) algıyı şu sözlerle ifade eder:

Algı, hiçbir zaman bir fotoğrafla karıştırılamaz; çünkü onu algılayan kişinin özel ve bireysel niteliklerinden bazı unsurlar bu algıya sıkı sıkıya bağlıdır. İnsan her gördüğü şeyi algılamaz. İki insanın aynı manzaraya aynı şekilde tepki göstermesi mümkün değildir; bu iki insana algılamış oldukları şeylerin neler olduğunu soracak olursak, çok farklı cevaplar vereceklerdir (s.42).

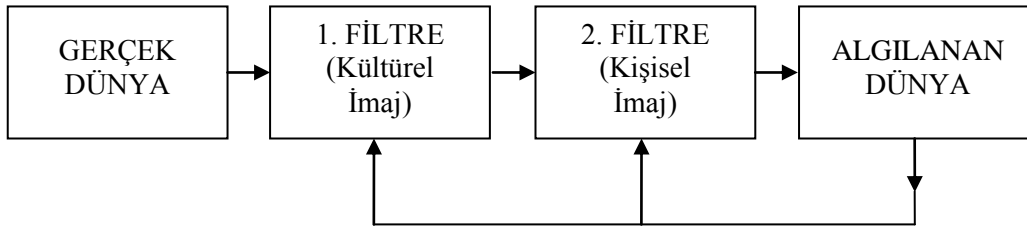
Lang, algıyı çevreden çevre ile ilgili bilgi edinme süreci şeklinde tanımlarken (Lang, 1987); Schulz, insanın içinde yaşadığı çevreden yararlanabilmek, ona uyum sağlayabilmek ya da onu kendisine uydurabilmek için o çevreyi tanımak ve anlamak zorunda olduğunu ifade etmiştir (Ayyıldız, 2000). Algılama anında beyin, bireyin

içinde bulunduğu durumdan beklentilerini, geçmiş yaşantılarını, diğer duyu organlarından gelen başka duyuları, toplumsal ve kültürel etkenleri hesaba katar. Gelen duyuları seçme, bazılarını ihmal etme, bazılarını kuvvetlendirme, arada olan boşlukları doldurma ve beklentilere göre anlam verme bu aşamada yapılır (Cüceloğlu, 1991).

Ittelson'a göre, çevre her zaman insanın algı kapasitesinden daha fazla enformasyon yaydığı için, algılamada insan çevreden ancak kendisine gereken ve amaçlarına uygun enformasyonlar alır (Erkman, 1982).

Rapoport'a göre, filtreler yardımıyla çevreye yaklaşma söz konusudur. Çevreye farklı sistematik ve hiyerarşilerle bakılabilir. Fiziksel ve nesnel bakışın yanı sıra sosyo-kültürel filtreler ve objektif-fiziksel-nesnel boyutların yanında kişisel boyutlar da vardır. Bir yere anlamını veren, bileşenlerinin sayısı, ebadı gibi ölçülebilen değerler değil, oraya öznenin yüklediği simgeler ve anlamlardır (Özsoy, 1998).

Şekil 3.3'te çevrenin algılanması için Rapoport'un (1977) önerdiği bir model sunulmaktadır. Rapoport'a göre, gerçek dünya ile algılanan dünya arasındaki farkı yaratan kültürel ve kişisel imgelerden oluşan filtrelerdir. Bu filtreler, algılama sürecinin farklı işlemlerine, ve değerlendirme ve sonuçlarda çeşitlilik yaratmasına neden olmaktadır. Bu çeşitlilik, insanlar arasında farklı olabildiği gibi, kişi için de farklı zaman ve yerlerde farklı sonuçlar doğurabilir.



Şekil 3.3 : Çevrenin Algılanması. (Rapoport'tan uyarlama, 1977)

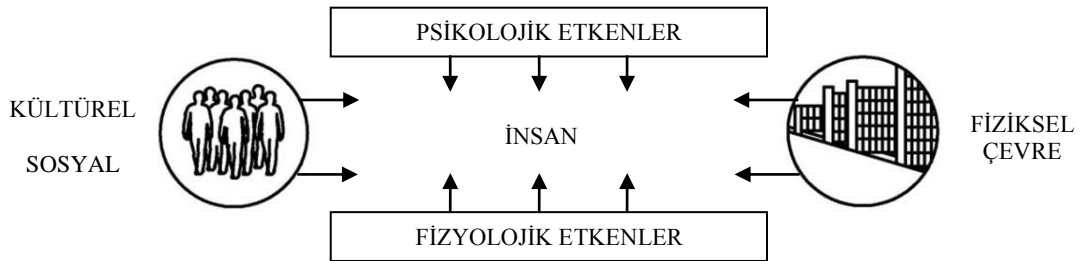
Lang, algılama kuramlarının başlıca iki başlık altında toplanabileceğini belirtmektedir: Duyuma dayalı algılama kuramları ve Bilgiye dayalı algılama kuramları (Lang, 1987).

Duyuma dayalı algılama teorisine göre, bütün, parçaların toplamından fazladır. Başka bir deyişle, duyuşal girdiler beyinde organize bütünler haline gelerek, bütün bileşenlerin toplamından da üstün bir yapı kazanır. Bu teorinin, her ne kadar görsel algı üzerinde odaklandığı düşünülse de, duyuların dışında, geçmiş deneyimler ve

hatta bireyin içinde bulunduğu anlık durumla ilgili psikolojik etmenler de etki edebilir (Lang, 1987; Ayyıldız, 2000).

Bilgiye dayalı algılama kuramlarına ise ekolojik yaklaşımlar örnek gösterilebilir. Duyuma dayalı kuramların aksine, algının dayanağı geçmiş deneyimlerden de öte, temel olarak çevrenin ve bireyin sahip olduğu bilgilerdir (Lang, 1987).

Algılama; temel olarak insanın çevreden bilgi alma süreci olarak tanımlanmaktadır. Algı, insan eylemlerini koşullandırırken önceleri görsel, işitsel, tatsal, dokunma olarak parçalara bölünmüşken bugün, algılayan ve ortamın aynı olduğu durumlarda bile farklı koşullara göre değişebilen, geçmişteki birikimlere bağlı olarak oluşan örgütlenmenin söz konusu olduğu bir olgu olarak kabul edilmektedir (Erdönmez, 2005). Bir başka tanımla, çevreden gelen bilgilerin insan zihninde gruplanarak organize edilmesi ve anlamlandırılması şeklinde de ifade edilebilmektedir. Çevreden alınan uyarılar fiziksel ve psikolojik süreçler ile gruplanabilmektedir; bu bağlamda kullanıcıların biyolojik özellikleri (yaş, cinsiyet vb.), eğitim düzeyi, mekansal tecrübeleri ve sosyo-kültürel / psikolojik yapıları; mekan ve mekan öğelerinin algılanmasında etkindir (Erkan, 2002; Kürkcüoğlu, 2009). Şekil 3.4'te Ünlü'nün önerdiği yapısal çevreyi anlama üzerine bir model bulunmaktadır:



Şekil 3.4 : Yapısal Çevreyi Anlama. (Ünlü'den uyarılma, 1998)

Bu modele göre, insana psikolojik ve fizyolojik etkenlerin yanı sıra, kültürel, sosyal ve fiziksel çevreler de etki etmektedirler.

3.1.3.2 Çevresel biliş

Çevresel Biliş (Cognition), mekanlar arası ilişkilerin veya çeşitli çevresel elemanların içsel ya da bilişsel temsili ya da başka bir deyişle mekanın düşüncede yeniden yapılandırılmış ve içselleştirilmiş temsidir (Hart ve Moore, 1976).

Biliş, gerek bir tanıma - anlama süreci, gerekse bu süreçten insana kalan tortudur. Yorumlama ve değerlendirme, tanıma ve anlama aşamasını izler (Gür, 1996).

Biliş, algıdan daha çok zihinsel nitelik taşır. Biliş, çok fazla algısal zenginliğe sahip olmakla birlikte bilgiyi algıya oranla daha fazla ayrıştırır ve basitleştirir. Algı, yüzyüze insan etkileşimlerini de içeren dolaysız insan algılamasını içerirken, biliş dolaylı insan algılamalarını da içermektedir (Ünlü, 1998). Dolaylı insan algılamaları, televizyon, gazete, içinde yaşanan toplum vb ile bilgi alışverişi olarak da açıklanabilir.

Holahan, çevresel bilişin, çevreden gelen enformasyonları toplama, depolama, organize etme, tekrar yapılandırma ve çevresel imajları hatırlamayı içerdiğini belirtmekte, Gür ise, etkinliklere dayalı bilişin kullanım ve amaca; uyarılara dayalı bilişin imgeye; çağrışımlara dayalı bilişin ise anlama karşılık gelebileceğini vurgulamaktadır (Gür, 1996).

Anlam, soyut bir şekilde Gins tarafından, “herhangi bir şeyi düşünme isteği, tam olarak bilinmeyen mevcut anlamı çıkarmak, anlamsızın farkına varılması” şeklinde tanımlanırken, Schulz, anlamın insanın ait olma duyumunun temeli olduğunu belirtir (Ayyıldız, 2000). Hesselgren ise, bu anlam duygusunun bilinçte ilk zihni işlem olduğunu ifade etmektedir (Hesselgren, 1960).

Mimari çevre görünen biçimiyle özdeşleşmiş veya başka çağrışım anlamları içinde bireyin niteleme, değer ve yargılarına bağlı anlam yüklerini taşır. İşlevsel karakterden simgesel, soyut karakterlere bir anlam çeşitliliği içinde algılanır (Şentürer, 1995).

Biliş, aynı zamanda bir sıraya koyma yöntemi olarak karşımıza çıkar, bu sıralama; kavram yaratma, kavramları kuramsal hale getirerek soyutlama ve bir şemaya oturtma evrelerinden oluşur (Kaplan ve Kearney, 1997; Ayyıldız, 2000).

Felsefi olarak mekan bir boşluktur ve insanlar tarafından tanımlanmak ve sınıflandırılmak ister ki bu anlam vermenin bilişsel yöntemidir (Rapoport, 1977). Bu boşluğa verilen anlam, bakılan yön ve kişinin birikimleri ile değişiklik gösterebilmektedir.

Bilişsel çalışmaların en önemli katkısı ise, mekanlardaki insan davranış ve eylemlerini etkileyen parametrelerin ve kent ölçeğindeki kullanıcıların yönelmesinin belirlenmesidir (Ünlü, 1998).

3.1.3.3 Çevresel değerlendirme

Tunalı'ya göre, değerler; yargı, tercih veya seçim yapmak için kriterler olarak görev görürler (Tunalı, 1984). Değerlendirme ise, kişi veya grup ile bir nesnenin alternatifleri arasında ilişki kurulduğunda karar verme sürecinin bir unsurudur ve somut olarak ortaya çıkar. İnsanın alternatifler arasında birini, fikri veya fiziksel bir modele dayanarak seçimi “değerlendirme” kavramlarının özünü teşkil eder (Tapan ve Sey, 1976; Ayyıldız, 2000).

3.1.3.4 Ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde çevresel algı-biliş-değerlendirme

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri için, hem toplumun hem de iç mekanda zaman geçiren hasta, doktor ve çalışanların algılamaları, içselleştirmeleri, anlamlandırmaları ve değerlendirmeleri; hastanenin mimari tasarımının oluşması ve kullanılırken dönüşmesinde direkt etkilidir. Bu bağlamda, oluşan ve zamanla dönüşen mimari, o mekanda bulunan veya mekanin içi ile dışındaki kişilerin arasındaki ilişkileri etkilemektedir. Bu nedenle, hastanenin algılanmış ve insan beyninde yer etmiş imajının, hastanenin içe dönük tasarımını oluşturduğu düşünülmektedir. Bu imaj, aradaki sınırları arttırarak, tasarımın hasta ile toplumu birbirinden daha da koparacak şekilde kurgulanmasına ve bu kurgunun daha da anlamlandırılmasına sebep olmuştur.

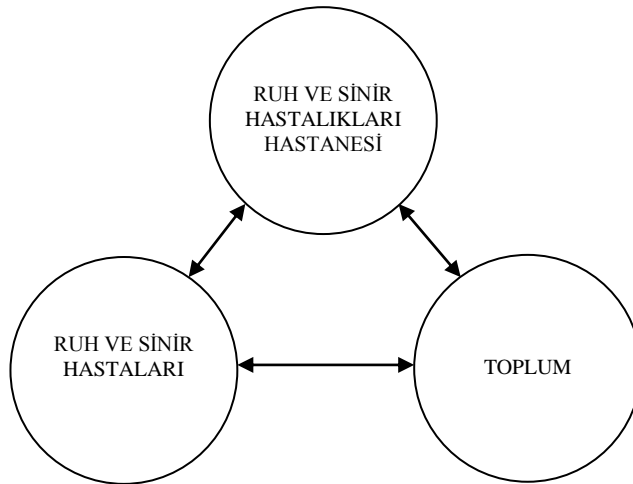
3.2 Hasta, Toplum ve Hastane İlişkileri

Foucault'un Seçme Yazılarından oluşan “Büyük Kapatılma” kitabında (2000), Foucault, Pascal'ın, “İnsanlar öyle kaçınılmazcasına delidir ki, deli olmamak deliliğin bir başka biçimiyle deli olmaktır.” ve Dostoyevski'nin “Bir Yazarın Güncesi”ndeki “İnsan kendi sağduyusuna, komşusunu kilit altına vurarak ikna olmaz.” sözlerini hatırlatır (Foucault, 2000). Foucault, akıl ile delilik arasında 18. yüzyıl sonrasında kesintiye uğrayan diyalogu şu sözlerle ifade eder:

Akıl hastalığının sakin dünyasının ortasında, modern insan artık deliyle iletişimde bulunmuyor. Bir yanda deliliği hekimin işi yapan, böylece onunla ilişkiye ancak hastalığın soyut evrenselliği aracılığıyla izin veren akıl insanı var; öbür yanda, ötekiyle ancak yine tümüyle akıl –düzen, fiziksel ve ahlaki zorlama, grubun anonim baskısı, uzlaşmacılık talebi olmak olan bir akıl- aracılığıyla ilişkiye geçen delilik insanı var. Ortak dil yok; daha doğrusu artık ortak dil yok (s.22).

17.yy Avrupa'sının en önemli olaylarından biri, 1657 yılında Paris'te açılan *Hôpital Général* (Genel Hastane) kurumudur. Bu hastane, Paris nüfusunun neredeyse beşte biri gibi büyük bir bölümünü gözetim altına almıştır. Kapatılanlar; deliler, hastalar, fakirler, eşcinseller gibi farklı özellikler taşıyan gruplardır. Bu grupların ortak özelliği; hepsinin çalışamayan veya çalışmak istemeyen, evi ve işi olmayan insanlar olmalarıdır. Bu kapatılma, aynı yıllarda tüm Avrupa'da benzer şekilde nüfusun önemli bir kısmını resmi denetim altına alan kurumlar doğurmuştur (Foucault, 2000). Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin bu katı mimarisinin ilk ne şartlarda ortaya çıktığına bakıldığında karşılaşılan bu durum, hastane binasının hastaları iyileştirme adına mı yoksa “anormal” kabul edilen bir grup insanı gözetim altına almak için mi ortaya çıktığı sorusunu akıllara getirmektedir.

Sommer (1974) katı mimariyi, binaların toplumsal bağları kısıtlayacak biçimde planlanması ve toplumsal normların işlevlerinin mekanik ve elektronik araç-gereçlerle gördürülmesi olarak tanımlamaktadır. Toplumsal sistemi oluşturan normlar özetle, belirli davranışlara izin vermekte diğerlerini ise yasaklamaktadır (Çakın, 1988). Bu katı mimarinin sebebi veya sonucu, güçlü bir toplumsal denetim sağlamak ise, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri hasta için mi vardır yoksa toplum için mi sorusu alan çalışmasından önce bu bölümde, Hasta - Toplum - Hastane etkileşimi ile ilgili farklı kaynaklardaki görüşler ve yapılan araştırmalar ile incelenmiştir. Ruh ve Sinir Hastaları, Toplum ve Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin birbirleriyle sürekli bir etkileşim döngüsü içinde oldukları düşünülmektedir. Bu etkileşim döngüsüne ait basit bir model Şekil 3.5'te verilmiştir:



Şekil 3.5 : Hasta – Toplum – Hastane İlişkisi.

Bu döngüye göre, “Hasta – Toplum”, “Toplum – Hastane” ve “Hasta-Hastane” ilişkileri alt başlıklarda detaylı incelenmiştir.

3.2.1 Hasta – Toplum ilişkisi

Birçok kültür, ruhsal hastalıkları dini bir cezalandırma ya da şeytani bir durum olarak görmüştür. Eski Mısır, Yunan, Hint ve Roma yazılarında, akıl hastalığı, dini ya da kişisel bir sorun olarak kategorize edilmiştir (Unite for Sight, 2000-2013). İnsan bir kez “akıl hastası” olarak etiketlendiğinde, toplum önceden belirlenmiş basmakalıp bir anlayışla karşılık verir ve birey kurtulma şansının çok düşük olduğu süregelen akıl hastalığı rolüne itilir (WPA, 2006). Ruhsal bozukluklara yönelik damgalama, ruhsal bozukluklara yönelik efsanelerin, yanlış anlamaların, negatif tutumların sonucudur. Ruhsal bozukluğu olan insanlar tehlikeli, saldırgan olarak kavranıldığından dolayı onlardan korkulur, hatta hastalıklarından dolayı suçlanır. Bu nedenle ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olarak ayırım ve soyutlama görülür (Bostancı, 2005). Ruh hastaları ve hastalıklarına ilişkin tutumlar, giderek artan biçimde araştırma konusu olmuştur. Araştırmaların çoğu, halkın tutumları üstünde yoğunlaşmıştır.

1950’lerden bu yana ABD’de yapılan araştırmalarda, toplumun akıl hastalarına dair en yaygın tutumlarının nefret ve korku olduğu görülmüştür (Küey, 1995). Nunnally, halkın ruh sağlığı ve hastalıkları hakkındaki bilgisini araştırmak amacıyla 400 yetişkin üzerinde 6 yıl boyunca yaptığı araştırmayla, halkın ruh sağlığı konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğunu, ruh hastasını korku, güvensizlik ve hoşnutsuzlukla karşıladıklarını ortaya koymuştur. Bu çalışmada yaşlılar ve gençler (eğitim durumu ne olursa olsun) ruh hastalarını oldukça tehlikeli, pis, güvenilmez ve değersiz olarak tanımlamışlardır. Bu çalışmadan 23 yıl sonra Ahmed ve Vishmanathan aynı skalayı kullanarak yaptıkları araştırmada, halkın ruhsal hastalıklar konusunda hala eğitimsiz olduklarını bulmuşlardır (Dündar, 1999).

Akıl hastalarından daha az hoşgörü görenlerin kimler olduğuna bakıldığında ise; erkek hastaların, herhangi bir azınlık grubunda olanların, gözlenebilir bozukluğu olanların, davranışları önceden kestirilemeyenlerin, toplumla bağları çok zayıflamış olanların, özel tedavi kurumlarından çok Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nde yatanların, psikoterapiden çok somatik tedavi (ilaç, EKT gibi) görenlerin daha olumsuz tutumlara maruz kaldıkları anlaşılıyor (Küey, 1995).

Arkar'ın, 1991 yılında Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi'nde yayınlanan Psikiyatri Hastasının Sosyal Reddedilimi konulu araştırmasında katılımcıların, evlilik, işyerinde aynı odayı paylaşma, saçını kestirme, ev kiralama ve dertleşme gibi maddeleri; bakkal dükkanından alışveriş yapma, aynı işyerinde ama farklı odalarda çalışma, belediye otobüsünde yan yana oturma gibi maddelere göre daha az kabul ettikleri görülmüştür (Dündar, 1999).

Türkiye'deki araştırmalara bakıldığında, çare olarak geleneksel/dinsel/tıp dışı yollara tıbbi yollardan daha çok başvurulduğu; bireylerin olumlu, yardımcı ve tıbbi tutumlarını abartma, olumsuz ve dinsel tutumlarını ise gizleme eğilimleri gösterdikleri görülmektedir. Sosyal ilişkilerde akıl hastasının ne ölçüde kabul gördüğünün derecesini ölçmeye yönelik sosyal mesafe kavramını temel alan bir araştırmada, orta derecede kabul gördükleri bulunmuştur (Küey, 1995).

Ülkemizde ruhsal bozukluğu ya da hastalığı olanlara yönelik atasözlerimiz bu bireylere yönelik toplumsal inanç ve tutumlarımızı özetler niteliktedir. Çizelge 3.2'de bu atasözlerinden bazıları sıralanmıştır:

Çizelge 3.2 : Ruh Hastalığı Olanlara Yönelik Türkiye'de Kullanılan Atasözleri.
(Bostancı'dan uyarlama, 2005)

1. Akıllı olsun, düşman olsun.	5. Delinin sözü kaleme alınmaz.
2. Çok gülen deli akıllanmaz.	6. Deliyi sevmektense, akıllıyı döv.
3. Deliden deli doğar.	7. Ölü ile delinin hatırı sayılmaz.
4. Deliden dost olmaz.	8. Akli başında olmayanın evinde aşı olmaz.

Yapılan deneysel araştırmalar, tutumların rasyonel açıklama ve tartışmalarla kolayca değiştirilemediğini göstermektedir. Ancak, ruhsal hastalığı bulunanlarla kişisel ilişkide bulunmanın bireylerin tutumlarını olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Önceden hasta olan bir kişiyi yeterince “normal” bir rolde görmek tutumları yumuşatmakta önemli bulunmuştur (Küey, 1995). Araştırmacılar, ruh hastasına karşı, olumsuz, itici ve reddedici bu tutumların hastaların damgalanmasına yol açtığı görüşünde birleşmektedir (Işık, 2010).

Çok sayıda aile, hastaları artık taburcu olduğunda, onları durumları olmadığından ya da istemediklerinden aile ferdi olarak kabul etmemişlerdir. Hastane'den çıkan hastanın, toplumda hiç ailesinin kalmaması ve tek başına dışarıda yaşam mücadelesi vermesi çok sık rastlanan bir durum olmuştur (Bristow, 2009). Küey (1995), ruhsal

bozukluklara ilişkin halkın gösterdiği tutum ve davranışların bilinmesinin, özellikle bu tür bozukluğu olanların tedavilerinin büyük akıl hastaneleri, depo kurumlar yerine toplum içinde/yaşadıkları yerde yürütülmesi gerektiği biçimindeki çağdaş yönelimler sonucunda giderek daha da önem kazandığını söylemektedir (Küey, 1995).

Damgalama pek çok olgu ve durum için görülse de, ilk çağlardan bu yana damgalama ve ayrımcılığa en fazla maruz kalan kesim ruhsal hastalığı olan kişilerdir (Taşkın, 2004; Işık, 2010). Desiderius Erasmus (1509), “Deliliğe Övgü” adlı kitabında, bir delinin ağzından topluma şu sözlerle seslenir:

Evet, şu insan soyu bana çok nankörce davranıyor! Onlar en sadık uyruklarım; ama adımı herkesin içinde taşımaktan öyle utanır onu diğerlerinde bir onursuzluk ve alçaklık belirtisi gibi öyle kınarlar ki! Fakat neredeyse Thales kadar bilge olduklarının sanılmasını isteyen o kusursuz deliler, kendilerine *Morosophe*: deli-bilge adının verilmesini hak etmezler mi(s.18)?

3.2.2 Toplum – Hastane ilişkisi

2.3.2 no’lu Mekansal Gelişim Süreci bölümü altında da bahsedildiği gibi (s.20); 1657 yılında Paris’te başlayan tüm çalışamayan ya da çalışmak istemeyen “farklı” kimselerin tek bir bina içinde kapatılması, 18. yüzyıl sonuna gelindiğinde yerini kapatılanlar içinde de ayrımların yapılmasına bırakmıştır. Foucault (2000), 1793 yılında Pinel’in Fransa’da delileri zincirlerinden kurtardığının söylendiğini; ancak onun özgür bıraktıklarının sadece sakatlar, yaşlılar, aylaklar, eşcinseller olduğunu söylemektedir. Aynı dönemlerde Tuke’nin bir psikiyatri hastanesi kurduğu, delilerin “akıl hastaları” olarak kabul edilip kapatılmalarının bu tarihlere denk geldiğine değinmektedir. 17. yüzyıldan 19. yüzyıla kadar bir delinin kapatılmasını isteme hakkının ailede bulunuyor olması, delileri önce ailenin dışladığına dikkati çekmektedir. 19. yy’dan sonra ise bu öncelik ailelerden hekimlere geçmiştir (Foucault, 2000). Foucault’nun söz ettiği tarihlere bakıldığında, Toplum’un Hastane ile olan ilişkisinin 17. yüzyılda başladığı ve bu kapatılmanın toplumun –ya da toplumun en küçük birimi olarak ailenin- akıl hastalarına karşı edinmiş olduğu yeni tutumu ile süregeldiği görülmektedir.

1840 yılında, Dorothea Dix birçok hastanın yaşadığı tehlikeli ve sağlıksız koşullara tanık olduktan sonra, akıl hastalarına daha iyi yaşam koşulları sağlamak için, ABD hükümetini fon sağlamaya ikna ederek 32 psikiyatri hastanesi açmıştır (Unite for Sight, 2013). Dorothea Dix, akıl hastaneleri mimari tasarımında ve yönetiminde etkin rol oynayan Psikiyatr Thomas Kirkbride’la birlikte de çalışmıştır.

Bristow'a göre Kirkbride'in ortaya attığı Kirkbride Akıl Hastanesi planı, 1800'lerin sonunda Amerika'da gizemli büyük hastane binalarının ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Buna rağmen, neredeyse bir yüzyıl boyunca bu hastaneler hastaları ağırlamışlardır (Bristow, 2009). Uzun bir süre memnuniyetle karşılanan bu hastaneler, daha sonra kötü yaşam koşulları ve insan hakları ihlali gibi sert eleştiriler almış ve 1950'lerin ortalarından itibaren, anti-psikotik ilaç kullanımının da tüm dünyada artması ile, hastanelerin dışına taşma ve ayaktan tedavi başlamıştır (Unite for Sight, 2013). Günümüzde bu hastanelerin bir çoğu terk edilmiştir; ancak akıl hastalığı tedavisindeki zorlukları hatırlatırçasına ayakta durmaktadır. Hatta bazıları, turistlere “perili köşk” adı altında gezdirilmektedir (Bristow, 2009). Toplum, bu yüksek duvarlı hastanelerin içinde ne olduğunu bilmemekte ve onlar için bu durum büyük bir gizem oluşturmaktadır. Çoğu hastanenin terk edildikten sonra “Perili köşk” olarak ilan edilmesinin sebebi budur.

Tuke; “Eğer akıl hastalığı topluluk hayatının zorluklarından kaynaklanıyorsa, akıl hastaları topluluktan uzaklaştırılmalı” demektedir (Bristow, 2009). Tuke ve Pinel'in düşüncelerinden etkilenecek bu düşünceleri geliştirme amacıyla yola çıkan Kirkbride'in niyeti bir depo hastane yaratmak olmasa da, bu hastaneler ruh sağlığı tedavisinden çok, gözetim sağlamıştır. Kirkbride, hastaların kısa bir süre hastanede yatıp, bu yatıştırıcı yaşam şartlarında iyileşerek tekrar topluma döneceklerini düşünmüştür; ancak bir çok hasta ihmal edilen bir sistemin kronik mağdurları olarak yıllarını bu binalarda geçirmişlerdir (Bristow, 2009). Bu durum, sorun toplumun zor şartlarıysa, tedavi bu şartlardan kaçarak mı sağlanabilir; yoksa bu şartlarla baş etmenin yollarını öğrenerek mi sorusunu akıllara getirmektedir.

Butler ve Olmsted'in önerdiği Cottage Planı için de durumun çok farklı olmadığı düşünülmektedir. Bazı kaynaklara göre, Cottage Planı; Kirkbride Planı'nın sadece form değiştirmiş halidir. Ana fikir yine şehirden uzak hastaneler kurmaktır (Yanni, 2007).

Ruh ve sinir hastalarının izolasyonu, kronik hastaların hastaneden ayrıldıktan sonra toplum tarafından bir damgalanmaya maruz kalmalarına sebep olmuştur. Hasta, bir kez içinde ne olduğu bilinmeyen hapisane görünümlü hastaneye girdiğinde, toplum onu “farklı” kabul etmektedir. Ruh hastalarının, tipik fiziksel hastalıkları tedavi eden hastanede kalan hastalardan daha uzun süre yatılı tedavi görüyor olmaları ve hastanenin bu kadar gizemli ve تنها olması, toplumun bu hastanelerde yanlış bir

şeylerin olduğunu düşünmesine sebep olmaktadır (Evans, 1978). Toplum'un Hastane olan ilişkisinin bu denli kopuk olduğu bir mimaride, hasta ile arasındaki mesafenin gitgide açılacağı düşünülmektedir.

Ruh ve sinir hastalarının aile, yakın çevre ve toplumdan ayrı düşünülemeyeceği, yaşadığı yerde tedavi ve kabul görmeleri ve topluma yeniden kazandırılmaları 1960'lı yıllarda gündeme getirilmiştir (Arkar, 1991). Geçmişte yaşanan, hastanenin toplumdan kopuk mimarisinin ve içeride ne olduğunu bilmemenin vermiş olduğu gizem ve önyargı ile eski hastane binalarının terk edilişi de, ruh ve sinir hastalarının toplumdan koparılmadan tedavi edilmeleri gerektiğini göstermektedir.

3.2.3 Hasta – Hastane ilişkisi

T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2005-2009 yılları arasında başhekimliğini yapmış olan İstanbul Şehir Üniversitesi Psikoloji Bölüm Başkanı Prof. Dr. Medaim Yanık ile yapılan kişisel görüşmede üzerinde durulan akut vaka, kronik vaka ve adli psikiyatri vakaları, üç farklı mimari konseptte binalara ihtiyaç duymaktadır.

Akut vakalarda, hedeflenen 16-18 günlük tedavi süresi, Dünya genelinde bazı hastanelerde sağlanmış, Türkiye'de de bu süre mümkün olduğunca azaltılmıştır. Akut vakalarda, hastalık şiddetine göre hastalar; kapalı, yarı-açık ve açık koşullarda tedavi edilmektedirler. Kapalı koşul, hastalığın şiddeti çok yüksek ise hastanın hastaneye ilk yattığında müşahade altına alınıp izlendiği koşullardır. Hasta, hastanede kaldığı süre boyunca kapalıdan yarı-açık ve açık koşullara geçer ve taburcu olur. Bazı hastalar, hastalığın şiddetine göre direkt açık koşula alınarak tedavi edilebilirler (Yanık, 2012).

Kronik vakaların, bir hastane ortamından çok günlük yaşamlarını kontrol altında sürdürebilecekleri bakımevlerine ihtiyaçları bulunmaktadır. Bu nedenle tedavi-taburcu akışı olan bir hastane binası dışında farklı bir mimari konseptte ihtiyaç duymaktadırlar (Yanık, 2012).

Suç işlemiş ya da suça eğilimli Adli Psikiyatri hastaları için ise yüksek güvenli bir hastane tasarımı gerekmektedir. Bu hastalar ve hastaneler tezin kapsamı dışında bırakılmıştır. Tüm bu gruplar için, bir ruh ve sinir hastalığına sahip hastanın ihtiyaçları Çizelge 3.3'teki gibi sıralanabilir:

Çizelge 3.3 : Hastanın İhtiyaçları. (Yanık'tan uyarlama, 2011b)

İlaç Tedavisi Hastane	Psikoterapi Rehabilitasyon	Barınma Bakım	İş Meşguliyet
--------------------------	-------------------------------	------------------	------------------

Herhangi bir ruh ve sinir hastalığı bulunan tüm hastaların, toplumda hakim olan düşüncenin aksine mekansal algısı vardır. Prof Dr. Medaim Yanık, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Hastanesi'nde yapılmış ancak yayınlanmamış araştırmalara göre, mekanda yapılan iyileştirmelerin hastanın tedavisinde olumlu etkisi olduğuna, iyileşme ihtimali düşük olan hastaların ise davranışlarında iyileşme olduğunun görüldüğüne değinmiştir (Yanık, 2012).

3.3 Bölüm Sonucu

Bu bölümde, İnsan'ın Çevresi ile ilişkisi, çevrenin fiziksel ve sosyal boyutları ve Çevresel Algı – Biliş - Değerlendirme kuramı incelenmiştir. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde, Hasta'nın sosyal çevresi olan toplum ile ve fiziksel çevresi olan hastane ile ilişkisi bu bağlamda ele alınmıştır. Diğer bir yönden, insanın çevresini sürekli etkileyen ve çevresi tarafından etkilenen bir varlık olduğu teorisi ile, hastane tasarımının hasta ile toplum arasındaki ilişkiyi koparıp koparmadığı İnsan-Çevre başlığı altında incelenmiştir. İncelenen bu kavramlar, bir sonraki bölüm olan Alan Çalışması'nda değerlendirilmek üzere ele alınacaktır.

4. ALAN ÇALIŞMASI: HASTA, TOPLUM VE HASTANE İLİŞKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölüm, çalışmanın kapsamı dahilinde seçilen hastaneler üzerinden inceleme, hastane sağlık personeli ve uzmanlar ile görüşmeler ve seçilen kullanıcı gruplarına yapılan anket çalışmaları ile araştırmayı somutlaştırmak adına oluşturulmuştur.

4.1 Çalışmanın Amacı ve Kapsamı

Araştırma Kapsamında,

- T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ve
- Özel Fransız La Paix (Lape) Hastanesi çalışma alanı olarak belirlenmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, bulunduğu ilçe olan Bakırköy'ün isminin dahi toplumdaki imajına etki etmiş olması; Özel Fransız La Paix (Lape) Hastanesi ise, İstanbul'un en merkezi ilçelerinden biri olan Şişli'de bulunması sebebiyle seçilmiştir.

Çalışmanın ilk adımında, Hasta, Toplum ve Hastane ilişkisini görebilmek amacıyla hazırlanan anketler yapılmıştır. Anket yapılan katılımcılar;

- A Grubu: Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde çalışanlar;
- B Grubu: Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ni ziyaret edenler;
- C Grubu: Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ni dışarıdan deneyimlemiş olanlar (Hastası olmayan; Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi çevresinde oturan, çalışan ya da o güzergahı her gün kullananlar) ve;
- D Grubu: Hastası olmayan, hiç Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde bulunmayanlar olarak gruplandırılmıştır.

Bu gruplar, hastaneyi içeriden deneyimlemiş, hastaneyi dışarıdan deneyimlemiş ve hastanede hiç bulunmamış insanlar arasındaki kabulleri karşılaştırabilmek için

oluşturulmuştur. A ve B grupları, hastaneleri içeriden deneyimlemiş; C grubu hastaneleri dışarıdan deneyimlemiş, D grubu ise hastaneyi hiç deneyimlememiş katılımcılardır. A, B, C ve D gruplarına herhangi bir hastane kısıtlaması getirilmemiş; ancak Genel Hastane içinde bir Psikiyatri kliniğinden değil; Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi olarak hizmet veren hastanelerden bahsedildiği katılımcılara açıkça belirtilmiştir. D grubu için, sonuçların çeşitli olabilmesi ve tek yanlı olmaması adına; cinsiyet, yaş ve meslek gruplarının orantılı olmasına özen gösterilmiş; katılımcıların eğitim seviyesi lisans ve üzeri olarak belirlenmiştir.

Çalışmanın ikinci adımında, yapılan anket sonuçları göz önüne alınarak, seçilen hastanelerde gözlem ve mimari planlar üzerinden okuma yapılmış, tarihsel ve mekansal gelişim süreçleri incelenmiştir.

4.2 Anket Çalışmaları

Bu bölümde yapılan anket çalışmaları, toplamda 230 katılımcıyı içeren A, B, C ve D gruplarına yapılmıştır.

4.2.1 Yöntem

Lindberg ve Hellberg'in (1975) önerdiği değerlendirme yöntemlerinden biri olan "Çevresel verileri dışardan veya yaşayarak kaydetme" yönteminde; insan ve çevresinin karşılıklı olarak çeşitli mesajlar alıp veren olgular olduğu gerçeği, aynı fiziksel çevre bileşenlerinin farklı kişilere neden farklı görüldüğünü kısmen açıklamaktadır. Bu farklılıkların nedenleri arasında kültürel farklar, toplumsal konum farkları, duyulara, zekaya, fiziksel ve bedensel yeteneklere veya geçmiş deneyimlere ilişkin farklar sayılabilir (Çakın, 1988). Bu bağlamda, hasta ve hastaneler ile ilgili toplumla yapılan anket çalışmasında, cinsiyet, yaş, meslek, hastane ile mevcut ilişki ve hastane geçmiş deneyimleri gibi verilerin de toplanması önemli görülmüştür.

Anket sorularının bir bölümü, Likert ölçeği ile sorulan formları içermektedir. Bu ölçek 1932'de Rensis Likert tarafından geliştirilmiş, cümle serilerini içermektedir. Bu ölçeklerde, olumlu ve olumsuz yapıda kurulan cümle tipleri bulunmaktadır. Bireye bir cümle sunulmakta ve onun üç, beş ya da yedi seçeneği olan ölçekte bu cümleye katılıp katılmadığı ölçülmektedir (Köklü, 1995). Alan çalışmasında katılımcılara hasta ve hastaneler ile ilgili kurulan bir takım cümlelere katılıp katılmadıkları sorulmuştur.

Anket sorularının diğ er bir bölümünde, “Anlamsal Farklılıklar Tekniğ i” kullanılmış tır. Bu teknikte, kullanıcıların belirli çevreleri zıt anlamlı isim veya sıfat çiftlerinden oluşan öznel ölçeklere göre değ erlendirmeleri amaçlanmaktadır. Öznel değ erlendirmeye esas olan sıfat çiftlerinden oluşan ölçüt sayısının çokluğ u tekniğ in yararlı yönlerinden biridir. Bir grup kullanıcının belirli bir çevreye ilişkin yanıtlarının aritmetik ortalamasının oluşturduğ u değ er profilleri, baş ka grupların değ er profilleri ile karşılaştırılabilir (Çakın, 1988). Bu teknik ile sorulan sıfat çiftleri için, A, B, C ve D gruplarının verdiğ i cevaplar karşılaştırılarak değ erlendirilmiştir.

Anketin en son bölümü, seçmeli sorulardan oluşmaktadır. Katılımcılardan, sorulan soruların altında verilen cevaplardan birini seçmeleri istenmiştir. Verilen cevaplar da diğ er soru değ erlendirmelerinde olduğ u gibi yüzdeler halinde incelenmiş ve karşılaştırılmış tır.

4.2.2 Bulguların elde edilmesi

Anket çalışmasında bulgular elde edilirken, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’ni içeriden deneyimlemiş, dışarıdan deneyimlemiş ve bu hastanelerde hiç bulunmamış insanlar arasındaki kabulleri karşılaştırabilmek amacıyla gruplandırmalar yapılmıştır. Bu gruplandırmalara göre katılımcı sayıları Çizelge 4.1’de verilmiştir.

Çizelge 4.1 : Katılımcı Verileri.

KATILIMCI VERİLERİ		KATILIMCI SAYISI
A Grubu Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nde Çalışanlar		12
B Grubu Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’ni Ziyaret Edenler	B1 (3 ve üzeri)	20
	B2 (1-2 kere)	36
C Grubu Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’ni dışarıdan deneyimlemiş olanlar (hastası olmayan; Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi çevresinde oturan, çalışan, o güzergahı her gün kullanlar vb.)		22
D Grubu Hastası olmayan, hiç Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde bulunmayanlar		140
TOPLAM		230

Hastaneyi içeriden deneyimlemiş A ve B grupları, hastaneyi dışarıdan deneyimlemiş C grubu ve hiç hasta/hastane deneyimi olmayan D grubu, kendi içlerinde orantılı bir

dağılım ile değerlendirilmiş; D grubundan 29 katılımcı elenerek değerlendirmeye alınmamıştır.

A Grubu, herhangi bir hastane kısıtlaması getirilmeden, yalnızca Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi olarak hizmet veren hastanelerde çalışan kişiler ile yapılan anket çalışmalarını kapsamaktadır. B Grubu ise, hastaneyi 1-2 kere ziyaret edenler ve hastaneyi 3 ve üzeri sayıda ziyaret edenler olarak, alınan cevapların farklılığı sonucu ikiye ayrılmıştır.

C Grubu, hastanelerin çevresinde oturan, çalışan ya da o güzergahı her gün kullanan insanların dışarıdan deneyimlerini ölçmek adına, hiçbir hastane kısıtlaması getirilmeden, yalnızca Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi olarak hizmet veren hastanelerde çalışan kişiler ile yapılan anket çalışmalarını kapsamaktadır. D grubu ise, hastası olmayan ve hastaneyi içeriden veya dışarıdan hiç deneyimlememiş 140 kişilik bir grubu oluşturmaktadır.

D Grubu katılımcıları ile anket çalışmaları yapılırken, sonuçların çeşitli olabilmesi ve tek yanlı olmaması amacıyla; farklı yaş ve meslek gruplarındaki insanların seçilmesine ve kadın-erkek katılımcı yüzdesinin dengeli olmasına özen gösterilmiştir. Katılımcıların eğitim statüsü ise, lisans ve üzeri olarak belirlenmiştir. Çizelge 4.2’de katılımcıların yaş verileri görülmektedir:

Çizelge 4.2 : D Grubu Katılımcılarının Yaş Verileri.

YAŞ VERİLERİ	KATILIMCI KİŞİ SAYISI	KATILIM YÜZDESİ
23-45	70	%50
46-68	70	%50
TOPLAM	140	%100

D Grubu katılımcıların yaş aralıklarına göre dağılımları 45 yaş altı ve 45 yaş üstü olarak ayrılarak eşit tutulmuştur. D grubunda anket yapılan en genç katılımcı 23, en yaşlı katılımcı ise 68 yaşındadır. Çizelge 4.3’te bu katılımcıların kadın-erkek yüzde oranları görülmektedir:

Çizelge 4.3 : D Grubu Katılımcılarının Cinsiyet Verileri.

CİNSİYET VERİLERİ	KATILIMCI KİŞİ SAYISI	KATILIM YÜZDESİ
Kadın	70	%50
Erkek	70	%50
TOPLAM	140	%100

En son TÜİK verilerine göre, Türkiye’de 2012 yılındaki erkek nüfusu %50,2, kadın nüfusu ise %49,8’dir. Bu nedenle anket yapılırken, kadın erkek nüfusundaki bu orana uyumlu olacak şekilde, 140 kişilik D Grubu katılımcılarının 70’i erkek, 70’i kadın olarak belirlenmiştir.

4.2.3 Bulguların değerlendirilmesi

Bu bölümde, A, B, C ve D gruplarının anket sonuçları ayrı ayrı değerlendirilmiş ve karşılaştırılmıştır.

A, B, C ve D Grubu katılımcılarına, Ruh ve Sinir Hastaları ve Hastaneleri ile ilgili olumlu yapıda kurulmuş cümleler verilmiştir. Bu cümleler ile ilgili düşüncelerini skala üzerinde cevaplamaları istenmiştir. Çizelge 4.4’te A Grubu, Çizelge 4.5’te B1 Grubu, Çizelge 4.6’da B2 Grubu, Çizelge 4.7’de C Grubu ve Çizelge 4.8’de D Grubu’nun cevap veren kişi sayıları ve verilen cevapların yüzdeleri bulunmaktadır. Katılımcıların verdikleri cevaplar aşağıdaki skalaya göre renklendirilmiştir:

□ %0-10 □ %10-20 □ %20-30 □ %30-40 □ %40-50 □ %50+

Çizelge 4.4 : A Grubu - Olumlu Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu.

ANKET SORULARI	Kesinlikle Katılıyor	Katılıyor	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Ruhsal hastalıklar da diğer hastalıklar gibidir.	4 %33,33	2 %16,67	2 %16,67	3 %25,00	1 %8,33
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’ndeki hastaların çoğu tehlikeli değildir.	7 %58,33	3 %25,00	-	2 %16,67	-
Ruhsal hastalığı olanlar bedensel hastalığı olanlarla aynı hastanede tedavi edilebilir.	-	1 %8,33	4 %33,33	4 %33,33	3 %25,00
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nde hastalara daha fazla özgürlük tanınmalıdır.	2 %16,67	5 %41,66	3 %25,00	2 %16,67	-
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, hastanın kendisini evindeymiş gibi hissedeceği şekilde düzenlenmelidir.	5 %41,66	4 %33,33	1 %8,33	2 %16,67	-

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nde çalışan A Grubu’nda, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’ndeki hastaların çoğunun tehlikeli olmadığına katılımcıların %58,33’ü kesinlikle katılmaktadır.

Çizelge 4.5 : B1 Grubu - Olumlu Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu.

ANKET SORULARI	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Ruhsal hastalıklar da diğer hastalıklar gibidir.	9 %45,00	5 %25,00	2 %10,00	3 %15,00	1 %5,00
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ndeki hastaların çoğu tehlikeli değildir.	10 %50,00	6 %30,00	1 %5,00	3 %15,00	-
Ruhsal hastalığı olanlar bedensel hastalığı olanlarla aynı hastanede tedavi edilebilir.	-	4 %20,00	5 %25,00	7 %35,00	4 %20,00
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde hastalara daha fazla özgürlük tanınmalıdır.	2 %10,00	10 %50,00	5 %25,00	3 %15,00	-
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, hastanın kendisini evindeymiş gibi hissedeceği şekilde düzenlenmelidir.	9 %45,00	8 %40,00	1 %5,00	2 %10,00	-

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ni, 3 ve üzeri sayıda ziyaret eden B1 Grubu'nda, hastaların çoğunun tehlikeli olmadığına katılımcıların %50'si kesinlikle katılmaktadır. Hastalara daha fazla özgürlük sağlanmasına ise katılımcıların %50'si katılmakta; ancak kesinlik belirtmemektedirler.

Çizelge 4.6 : B2 Grubu - Olumlu Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu.

ANKET SORULARI	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Ruhsal hastalıklar da diğer hastalıklar gibidir.	10 %27,77	13 %36,11	2 %5,56	7 %19,45	4 %11,11
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ndeki hastaların çoğu tehlikeli değildir.	5 %13,89	17 %47,22	10 %27,77	4 %11,11	-
Ruhsal hastalığı olanlar bedensel hastalığı olanlarla aynı hastanede tedavi edilebilir.	1 %2,78	2 %5,56	9 %25,00	21 %58,33	3 %8,33
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde hastalara daha fazla özgürlük tanınmalıdır.	5 %13,89	10 %27,77	16 %44,45	4 %11,11	1 %2,78
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, hastanın kendisini evindeymiş gibi hissedeceği şekilde düzenlenmelidir.	19 %52,78	12 %33,33	4 %11,11	-	1 %2,78

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ni, 1-2 kere ziyaret eden B2 Grubu'nda, hastanın kendisini evindeymiş gibi hissedeceği düzenin sağlanması gerekliliğine katılımcıların %52,78'i kesinlikle katılmakta; Ruhsal hastalığı olanlarla bedensel

hastalığı olanların aynı hastanede tedavi edilebilirliğine ise katılımcıların %58,33'ü katılmamakta, ancak bir kesinlik belirtmemektedirler.

Çizelge 4.7 : C Grubu - Olumlu Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu.

ANKET SORULARI	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Ruhsal hastalıklar da diğer hastalıklar gibidir.	7 %31,82	9 %40,91	-	4 %18,18	2 %9,09
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ndeki hastaların çoğu tehlikeli değildir.	2 %9,09	11 %50,00	4 %18,18	5 %22,73	-
Ruhsal hastalığı olanlar bedensel hastalığı olanlarla aynı hastanede tedavi edilebilir.	5 %22,73	2 %9,09	6 %27,27	5 %22,73	4 %18,18
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde hastalara daha fazla özgürlük tanınmalıdır.	2 %9,09	8 %36,36	11 %50,00	1 %4,55	-
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, hastanın kendisini evindeymiş gibi hissedeceği şekilde düzenlenmelidir.	10 %45,45	10 %45,45	2 %9,09	-	-

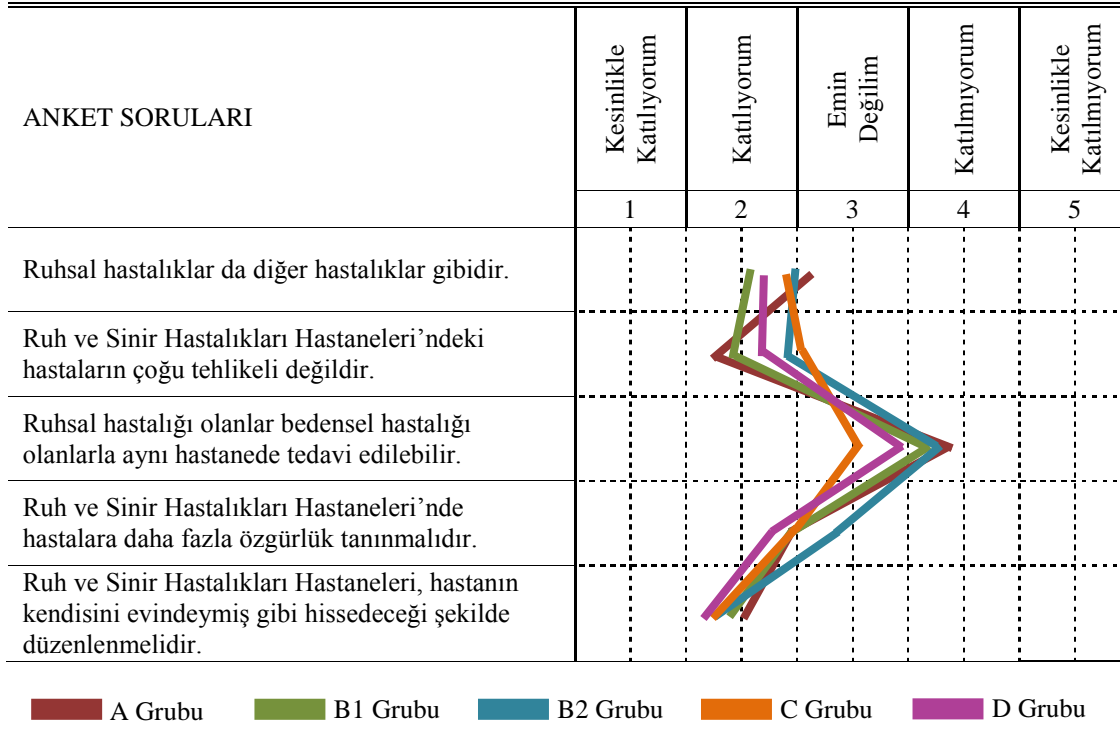
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin çevresinde oturan, çalışan ya da o güzergahı her gün kullanarak hastaneyi dışarıdan deneyimleyen C Grubu'nda, hastaların çoğunun tehlikeli olmadığına katılımcıların %50'si katılmakta, ancak kesinlik belirtmemektedir. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde hastalara daha fazla özgürlük tanınması konusunda ise katılımcıların %50'si emin değildir.

Çizelge 4.8 : D Grubu - Olumlu Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu.

ANKET SORULARI	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Ruhsal hastalıklar da diğer hastalıklar gibidir.	57 %40,72	38 %27,14	16 %11,43	22 %15,71	7 %5,00
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ndeki hastaların çoğu tehlikeli değildir.	35 %25,00	62 %44,29	30 %21,43	12 %8,57	1 %0,71
Ruhsal hastalığı olanlar bedensel hastalığı olanlarla aynı hastanede tedavi edilebilir.	5 %3,57	17 %12,14	58 %41,43	45 %32,14	15 %10,72
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde hastalara daha fazla özgürlük tanınmalıdır.	23 %16,43	61 %43,57	50 %35,71	4 %2,86	2 %1,43
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, hastanın kendisini evindeymiş gibi hissedeceği şekilde düzenlenmelidir.	80 %57,14	41 %29,29	10 %7,14	6 %4,29	3 %2,14

Ruh ve Sinir Hastalıkları'na sahip bir hastası olmayan ve bu hastaneleri hiç deneyimlememiş olan D Grubu'nda, hastanın kendisini evindeymiş gibi hissedeceği düzenin sağlanması gerekliliğine katılımcıların %57,14'ü kesinlikle katılmaktadır.

A, B1, B2, C ve D gruplarının olumlu yapıdaki sorulara verdikleri cevaplar Likert ölçeği ile hesaplanarak **Şekil 4.1**'de üstüste karşılaştırılmıştır:



Şekil 4.1 : Tüm Gruplar - Olumlu Yapı Cümleleri Sonuç Karşılaştırma Tablosu.

Katılımcıların olumlu yapıda kurulan cümlelere benzer bir doğrultuda yanıtlar verdikleri görülmektedir. Şekilde görüldüğü gibi, hastanede çalışan A ve hastaneyi 3 ve üzeri sayıda ziyaret eden B1 gruplarının, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ndeki hastaların çoğunun tehlikeli olmadığına, B2, C ve D gruplarından daha çok katılım gösterdikleri dikkat çekmektedir.

A, B, C ve D Grubu katılımcılarına, Ruh ve Sinir Hastaları ve Hastaneleri ile ilgili olumsuz yapıda kurulmuş cümleler verilmiştir. Bu cümleler ile ilgili düşüncelerini, skalada cevaplamaları istenmiştir. Çizelge 4.9'da A Grubu, Çizelge 4.10'da B1 Grubu, Çizelge 4.11'de B2 Grubu, Çizelge 4.12'de C Grubu ve Çizelge 4.13'te D Grubu'nun cevap veren kişi sayıları ve verilen cevapların yüzdeleri bulunmaktadır. Katılımcıların verdikleri cevaplar aşağıdaki skalaya göre renklendirilmiştir:



Çizelge 4.9 : A Grubu - Olumsuz Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu.

ANKET SORULARI	Kesinlikle Katılıyor	Katılıyor	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde yatmış olanlar bir daha asla eskisi gibi olamazlar.	-	1 %8,33	1 %8,33	4 %33,33	6 %50,00
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, ruhsal hastalığı olanların bakılacağı yerlerden çok hapisanelere benzer.	-	3 %25,00	1 %8,33	4 %33,33	4 %33,33
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin etrafında yüksek duvarlar ve nöbetçiler olmalıdır.	-	-	3 %25,00	2 %16,67	7 %58,33
Kapılar kilitli olmasa bile, pek çok hasta iyileşmedikçe hastaneden dışarı çıkarılmamalıdır.	-	3 %25,00	1 %8,33	6 %50,00	2 %16,67

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde çalışan A Grubu'nda, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde yatmış olan hastaların bir daha asla eskisi gibi olamayacaklarına katılımcıların %50'si; hastanelerin çevresinde yüksek duvarların ve nöbetçilerin olması gerekliliğine ise katılımcıların %58,33'ü kesinlikle katılmamaktadır. Kapılar kilitli olmasa bile, pek çok hastanın iyileşmedikçe hastaneden dışarı çıkarılmamasına ise katılımcıların %50'si katılmamakta; ancak bir kesinlik belirtmemektedirler.

Çizelge 4.10 : B1 Grubu - Olumsuz Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu.

ANKET SORULARI	Kesinlikle Katılıyor	Katılıyor	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde yatmış olanlar bir daha asla eskisi gibi olamazlar.	-	2 %10,00	2 %10,00	10 %50,00	6 %30,00
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, ruhsal hastalığı olanların bakılacağı yerlerden çok hapisanelere benzer.	-	7 %35,00	2 %10,00	7 %35,00	4 %20,00
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin etrafında yüksek duvarlar ve nöbetçiler olmalıdır.	1 %5,00	2 %10,00	4 %20,00	5 %25,00	8 %40,00
Kapılar kilitli olmasa bile, pek çok hasta iyileşmedikçe hastaneden dışarı çıkarılmamalıdır.	2 %10,00	5 %25,00	2 %10,00	9 %45,00	2 %10,00

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ni, 3 ve üzeri sayıda ziyaret eden B1 Grubu'nda, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde yatmış olan insanların bir daha asla eskisi gibi olamayacaklarına katılımcıların %50'si katılmakta; ancak kesinlik belirtmemektedirler.

Çizelge 4.11 : B2 Grubu - Olumsuz Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu.

ANKET SORULARI	Kesinlikle Katılıyor	Katılıyor	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde yatmış olanlar bir daha asla eskisi gibi olamazlar.	2 %5,56	3 %8,33	8 %22,22	17 %47,22	6 %16,67
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, ruhsal hastalığı olanların bakılacağı yerlerden çok hapisanelere benzer.	6 %16,67	13 %36,11	2 %5,56	12 %33,33	3 %8,33
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin etrafında yüksek duvarlar ve nöbetçiler olmalıdır.	4 %11,11	2 %5,56	4 %11,11	17 %47,22	9 %25,00
Kapılar kilitli olmasa bile, pek çok hasta iyileşmedikçe hastaneden dışarı çıkarılmamalıdır.	7 %19,45	14 %38,88	10 %27,77	4 %11,11	1 %2,78

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ni, 1-2 kere ziyaret eden B2 Grubu'nda, olumsuz yapıda sorulan sorularda %50'nin üzerinde bir yanıt verilmemiştir. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde yatmış olanların bir daha asla eskisi gibi olamayacağı ve hastanelerin etrafında yüksek duvarların ve nöbetçilerin olması gerekliliğine %47,22 katılmamakta; ancak bir kesinlik belirtmemektedirler.

Çizelge 4.12 : C Grubu - Olumsuz Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu.

ANKET SORULARI	Kesinlikle Katılıyor	Katılıyor	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde yatmış olanlar bir daha asla eskisi gibi olamazlar.	-	3 %13,64	4 %18,18	8 %36,36	7 %31,82
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, ruhsal hastalığı olanların bakılacağı yerlerden çok hapisanelere benzer.	1 %4,55	12 %54,54	3 %13,64	5 %22,73	1 %4,55
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin etrafında yüksek duvarlar ve nöbetçiler olmalıdır.	-	2 %9,09	2 %9,09	11 %50,00	7 %31,82
Kapılar kilitli olmasa bile, pek çok hasta iyileşmedikçe hastaneden dışarı çıkarılmamalıdır.	1 %4,55	9 %40,91	5 %22,73	5 %22,73	2 %9,09

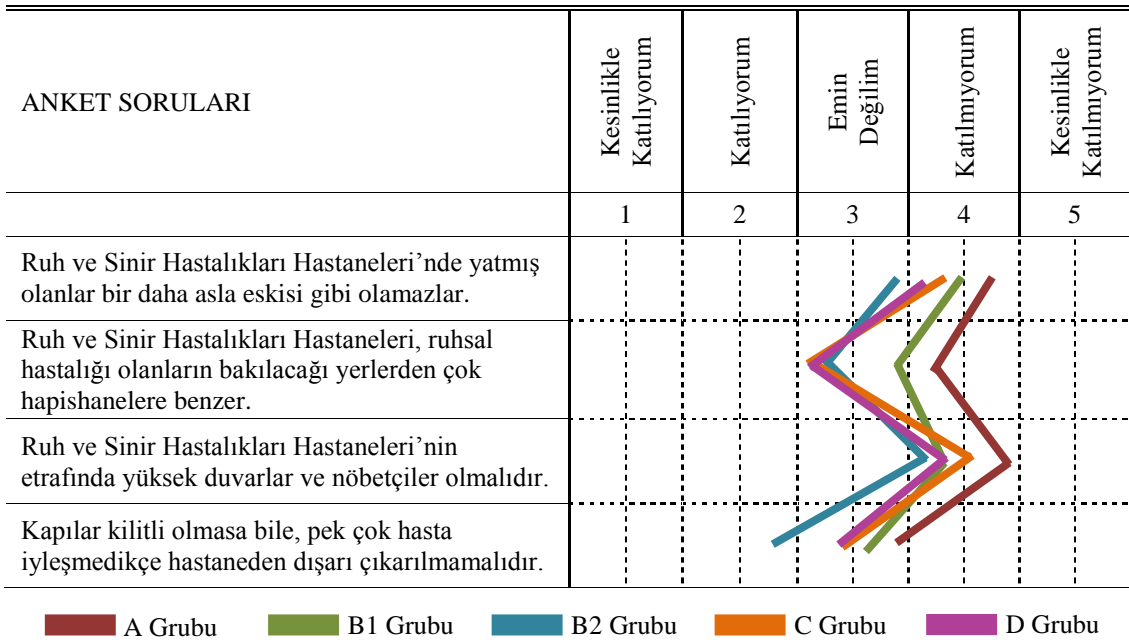
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin çevresinde oturan, çalışan ya da o güzergahı her gün kullanarak hastaneyi dışarıdan deneyimleyen C Grubu'nda, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin ruhsal hastalığı olanların bakılacağı yerlerden çok hapisanelere benzediğine %54,54 katılmakta; Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin etrafında yüksek duvarlar ve nöbetçiler olması gerekliliğine %50,00 katılmamakta; ancak bir kesinlik belirtmemektedirler.

Çizelge 4.13 : D Grubu - Olumsuz Yapıda Kurulan Cümleler Sonuç Tablosu.

ANKET SORULARI	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde yatmış olanlar bir daha asla eskisi gibi olamazlar.	4 %2,86	13 %9,29	30 %21,43	64 %45,71	29 %20,71
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, ruhsal hastalığı olanların bakılacağı yerlerden çok hapisanelere benzer.	16 %11,43	47 %33,57	44 %31,43	24 %17,14	9 %6,43
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin etrafında yüksek duvarlar ve nöbetçiler olmalıdır.	4 %2,86	7 %5,00	26 %18,57	67 %47,86	36 %25,71
Kapılar kilitli olmasa bile, pek çok hasta iyileşmedikçe hastaneden dışarı çıkarılmamalıdır.	9 %6,43	45 %32,14	42 %30,00	31 %22,14	13 %9,29

Ruh ve Sinir Hastalıkları'na sahip bir hastası olmayan ve bu hastaneleri hiç deneyimlememiş olan D Grubu'nda, olumsuz yapıda sorulan sorularda %50'nin üzerinde bir yanıt verilmemiştir. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde yatmış olanların bir daha asla eskisi gibi olamayacağına %45,71, hastanelerin etrafında yüksek duvarların ve nöbetçilerin olması gerekliliğine %47,86 katılmamakta; ancak bir kesinlik belirtmemektedirler.

A, B1, B2, C ve D gruplarının olumsuz yapıdaki sorulara verdikleri cevaplar Likert ölçeği ile hesaplanarak **Şekil 4.2**'de üstüste çakıştırılmıştır:



Şekil 4.2 : Tüm Gruplar - Olumsuz Yapı Cümleleri Sonuç Karşılaştırma Tablosu.

Katılımcıların olumsuz yapıda kurulan cümlelere verdikleri cevaplarda farklılıklar görülmektedir. Özellikle, hastanede çalışan A ve hastaneyi 3 ve üzeri sayıda ziyaret eden B1 gruplarının, B2, C ve D gruplarından kopuk bir doğrultuda, verdikleri cevapların kesinliğe daha yakın olduğu dikkat çekmektedir.

Tüm gruplara, hastanenin mevcut durumunu nasıl gördükleri “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” kullanılarak sorulmuştur. Verilen cevapların dağılımı ve yüzdeleri aşağıdaki skala ile renklendirilmiş olarak Çizelge 4.14-18’de A, B1, B2, C ve D grupları için yer almaktadır:

□ %0-10 □ %10-20 □ %20-30 □ %30-40 □ %40-50 □ %50+

Çizelge 4.14 : A Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan Mevcut Durum Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu.

	çok	biraz	çekimsiz	biraz	çok	
samimi	3 %25,00	4 %33,33	5 %41,67	-	-	uzak
huzurlu	-	8 %66,67	3 %25,00	1 %8,33	-	huzursuz
konforlu	1 %8,33	5 %41,67	3 %25,00	2 %16,67	1 %8,33	konforsuz
hoş	1 %8,33	6 %50,00	4 %33,33	1 %8,33	-	hoş değil
bakımlı	2 %16,67	5 %41,67	2 %16,67	2 %16,67	1 %8,33	bakımsız
renkli	1 %8,33	6 %50,00	2 %16,67	2 %16,67	1 %8,33	renksiz
hareketli	4 %33,33	5 %41,67	3 %25,00	-	-	durağan
alışılmış	1 %8,33	8 %66,67	3 %25,00	-	-	farklı
yalın	1 %8,33	3 %25,00	6 %50,00	2 %16,67	-	karmaşık
insancıl	4 %33,33	5 %41,67	2 %16,67	-	1 %8,33	mekanik
gelişmiş	1 %8,33	5 %41,67	5 %41,67	1 %8,33	-	ilkel
ferah	2 %16,67	4 %33,33	4 %33,33	1 %8,33	1 %8,33	kasvetli
şeffaf	-	6 %50,00	5 %41,67	1 %8,33	-	içe dönük
çeşitli	4 %33,33	3 %25,00	3 %25,00	2 %16,67	-	tekdüze
geniş	5 %41,67	3 %25,00	2 %16,67	-	2 %16,67	dar
özel	-	-	4 %33,33	5 %41,67	3 %25,00	genel

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin mevcut durumunu, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde çalışan A Grubu katılımcılarının %66,67'si biraz huzurlu, %50'si biraz hoş, %50'si biraz renkli, %66,67'si biraz alışılmış, %50'si ise biraz şeffaf bulmaktadır. Katılımcıların %50'si ise yalın-karmaşık sıfat çiftinde emin değillerdir. A Grubu katılımcılarının, %41,67'si hastaneyi biraz konforlu, biraz bakımlı, biraz hareketli, biraz insancıl, çok geniş, biraz genel olarak tanımlamaktadır. Gelişmiş-ilkel sıfat çiftinde ise, %41,67 biraz gelişmiş derken, %41,67 ise gelişmiş mi ilkel mi olduğundan emin olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.15 : B1 Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan Mevcut Durum Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu.

	çok	biraz	çekimsiz	biraz	çok	
samimi	4 %20,00	4 %20,00	6 %30,00	5 %25,00	1 %5,00	uzak
huzurlu	-	9 %45,00	5 %25,00	6 %30,00	-	huzursuz
konforlu	1 %5,00	6 %30,00	3 %15,00	7 %35,00	3 %15,00	konforsuz
hoş	2 %10,00	6 %30,00	5 %25,00	3 %15,00	4 %20,00	hoş değil
bakımlı	2 %10,00	7 %35,00	3 %15,00	6 %30,00	2 %10,00	bakımsız
renkli	1 %5,00	7 %35,00	3 %15,00	6 %30,00	3 %15,00	renksiz
hareketli	4 %20,00	6 %30,00	5 %25,00	4 %20,00	1 %5,00	durağan
alışılmış	2 %10,00	12 %60,00	4 %20,00	2 %10,00	-	farklı
yalın	2 %10,00	6 %30,00	9 %45,00	3 %15,00	-	karmaşık
insancıl	5 %25,00	7 %35,00	2 %10,00	3 %15,00	3 %15,00	mekanik
gelişmiş	1 %5,00	6 %30,00	7 %35,00	6 %30,00	-	ilkel
ferah	3 %15,00	6 %30,00	5 %25,00	4 %20,00	2 %10,00	kasvetli
şeffaf	1 %5,00	7 %35,00	5 %25,00	6 %30,00	1 %5,00	içe dönük
çeşitli	4 %20,00	3 %15,00	5 %25,00	6 %30,00	2 %10,00	tekdüze
geniş	7 %35,00	4 %20,00	3 %15,00	2 %10,00	4 %20,00	dar
özel	1 %5,00	-	6 %30,00	8 %40,00	5 %25,00	genel

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin mevcut durumunu, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ni, 3 ve üzeri sayıda ziyaret eden B1 Grubu katılımcılarının

%60'ı biraz alışılmış bulmaktadır. Bu sıfat dışında, %50'nin üzerinde bir sonuç bulunmamaktadır. Katılımcıların, %45'i hastanelerin mevcut durumunu biraz huzurlu, %40'ı biraz genel bulmakta; %45'i ise yalın-karmaşık sıfat çiftinde emin değillerdir.

Çizelge 4.16 : B2 Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan Mevcut Durum Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu.

	çok	biraz	çekimsiz	biraz	çok	
samimi	1 %2,78	2 %5,56	6 %16,67	13 %36,11	14 %38,89	uzak
huzurlu	1 %2,78	3 %8,33	6 %16,67	13 %36,11	13 %36,11	huzursuz
konforlu	1 %2,78	1 %2,78	5 %13,89	16 %44,45	13 %36,11	konforsuz
hoş	-	-	1 %2,78	19 %52,78	16 %44,45	hoş değil
bakımlı	2 %5,56	5 %13,89	4 %11,11	16 %44,45	9 %25,00	bakımsız
renkli	1 %2,78	1 %2,78	2 %5,56	13 %36,11	19 %52,78	renksiz
hareketli	5 %13,89	6 %16,67	7 %19,44	10 %27,78	8 %22,22	durağan
alışılmış	7 %19,44	10 %27,78	4 %11,11	6 %16,67	9 %25,00	farklı
yalın	3 %8,33	13 %36,11	4 %11,11	10 %27,78	6 %16,67	karmaşık
insancıl	1 %2,78	6 %16,67	5 %13,89	14 %38,89	10 %27,78	mekanik
gelişmiş	1 %2,78	2 %5,56	7 %19,44	16 %44,45	10 %27,78	ilkel
ferah	1 %2,78	1 %2,78	8 %22,22	8 %22,22	18 %50,00	kasvetli
şeffaf	-	3 %8,33	4 %11,11	14 %38,89	15 %41,67	içe dönük
çeşitli	-	1 %2,78	5 %13,89	14 %38,89	16 %44,45	tekdüze
geniş	5 %13,89	4 %11,11	9 %25,00	12 %33,33	6 %16,67	dar
özel	5 %13,89	3 %8,33	4 %11,11	15 %41,67	9 %25,00	genel

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin mevcut durumunu, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ni, 1-2 kere ziyaret eden B2 Grubu katılımcılarının %52,78'i biraz hoş olmayan, %52,78'i çok renksiz, %50'si ise çok kasvetli bulmaktadır. B2 Grubu katılımcılarının %44,45'i hastaneyi biraz konforsuz, çok hoş olmayan, biraz

bakımsız, biraz ilkel çok tekdüze olarak tanımlarken; %41, 67 ise çok içedönük ve biraz genel mekanlar olduklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.17 : C Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan Mevcut Durum Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu.

	çok	biraz	çekimsiz	biraz	çok	
samimi	-	1 %4,55	3 %13,64	10 %45,45	8 %36,36	uzak
huzurlu	-	1 %4,55	5 %22,73	7 %31,82	9 %40,91	huzursuz
konforlu	1 %4,55	1 %4,55	9 %40,91	6 %27,27	5 %22,73	konforsuz
hoş	1 %4,55	1 %4,55	5 %22,73	9 %40,91	6 %27,27	hoş değil
bakımlı	1 %4,55	4 %18,18	8 %36,36	5 %22,73	4 %18,18	bakımsız
renkli	-	1 %4,55	3 %13,64	7 %31,82	11 %50,00	renksiz
hareketli	2 %9,09	4 %18,18	3 %13,64	7 %31,82	6 %27,27	durağan
alışılmış	6 %27,27	5 %22,73	2 %9,09	4 %18,18	5 %22,73	farklı
yalın	4 %18,18	5 %22,73	6 %27,27	4 %18,18	3 %13,64	karmaşık
insancıl	1 %4,55	2 %9,09	5 %22,73	8 %36,36	6 %27,27	mekanik
gelişmiş	1 %4,55	2 %9,09	12 %54,54	4 %18,18	3 %13,64	ilkel
ferah	1 %4,55	-	5 %22,73	7 %31,82	9 %40,91	kasvetli
şeffaf	-	1 %4,55	2 %9,09	7 %31,82	12 %54,54	içe dönük
çeşitli	1 %4,55	2 %9,09	3 %13,64	9 %40,91	7 %31,82	tekdüze
geniş	3 %13,64	2 %9,09	11 %50,00	2 %9,09	4 %18,18	dar
özel	5 %22,73	3 %13,64	4 %18,18	5 %22,73	5 %22,73	genel

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin mevcut durumunu, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin çevresinde oturan, çalışan ya da o güzergahı her gün kullanarak hastaneyi dışarıdan deneyimleyen C Grubu katılımcılarının %50'si çok renksiz, %54,54'ü çok içe dönük bulmaktadır. C Grubu katılımcılarının, %54,54'ü gelişmiş-ilkel sıfat çiftinde emin değillerken, %50'si ise geniş-dar sıfat çiftinde emin olmadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %45,45'i hastanelerin mevcut durumunu biraz uzak bulmakta, %40,91'i biraz hoş olmayan, biraz kasvetli, biraz

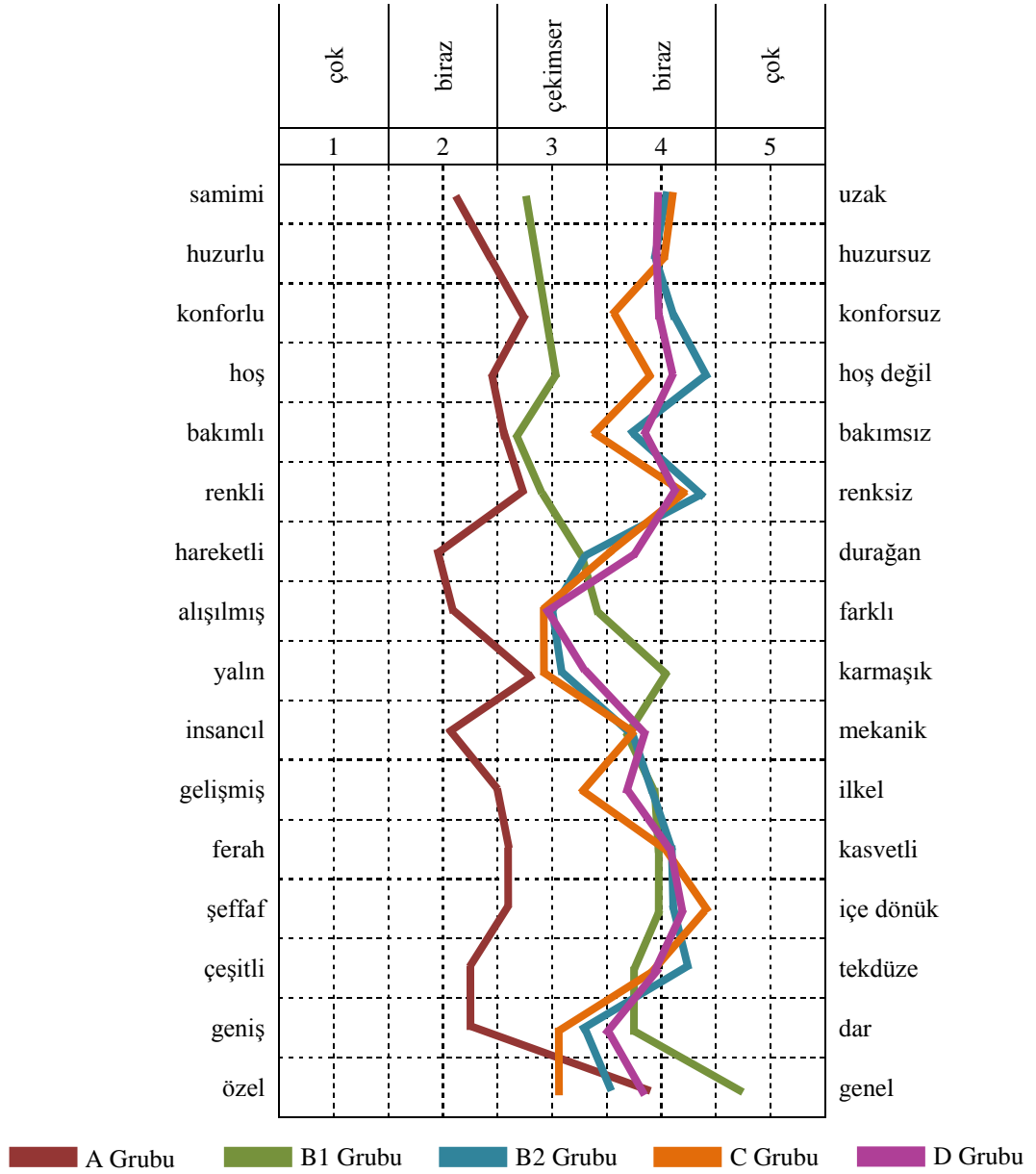
tekdüze olarak tanımlamaktadırlar. Katılımcıların %40,91'i ise, konforlu-konforsuz sıfat çiftinde emin olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.18 : D Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan Mevcut Durum Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu.

	çok	biraz	çekimsiz	biraz	çok	
samimi	-	9 %6,43	40 %28,57	46 %32,86	45 %32,14	uzak
huzurlu	1 %0,71	8 %5,72	35 %25,00	51 %36,43	45 %32,14	huzursuz
konforlu	1 %0,71	6 %4,29	37 %26,42	48 %34,29	48 %34,29	konforsuz
hoş	1 %0,71	4 %2,86	29 %20,71	48 %34,29	58 %41,43	hoş değil
bakımlı	2 %1,43	12 %8,57	38 %27,14	48 %34,29	40 %28,57	bakımsız
renkli	1 %0,71	5 %3,57	26 %18,57	49 %35,00	59 %42,15	renksiz
hareketli	5 %3,57	11 %7,86	39 %27,86	43 %30,71	42 %30,00	durağan
alışılmış	20 %14,28	25 %17,86	51 %36,43	26 %18,57	18 %12,86	farklı
yalın	10 %7,14	17 %12,14	59 %42,15	30 %21,43	24 %17,14	karmaşık
insancıl	3 %2,14	8 %5,72	40 %28,57	51 %36,43	38 %27,14	mekanik
gelişmiş	2 %1,43	13 %9,28	45 %32,14	46 %32,86	34 %24,29	ilkel
ferah	2 %1,43	5 %3,57	27 %19,29	56 %40,00	50 %35,71	kasvetli
şeffaf	2 %1,43	2 %1,43	27 %19,29	56 %40,00	53 %37,85	içe dönük
çeşitli	3 %2,14	6 %4,29	34 %24,29	52 %37,14	45 %32,14	tekdüze
geniş	5 %3,57	13 %9,28	60 %42,87	37 %26,42	25 %17,86	dar
özel	8 %5,72	16 %11,43	52 %37,13	34 %24,29	30 %21,43	genel

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin mevcut durumunu, Ruh ve Sinir Hastalıkları'na sahip bir hastası olmayan ve bu hastaneleri hiç deneyimlememiş olan D Grubu katılımcılarından %50'nin üzerinde verilen bir cevap bulunmamaktadır. D Grubu Katılımcılarının, %41,43'ü hastaneleri çok hoş olmayan, %42,15'i çok renksiz, %40'ı biraz kasvetli ve biraz içedönük bulmaktadır. Katılımcıların %42,15'i yalın-karmaşık, %42,87'i ise geniş-dar sıfat çiftlerinde emin olmadıklarını ifade etmişlerdir.

A, B1, B2, C ve D gruplarının “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile sorulan Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nin mevcut durumunu değerlendirme sorularına verdikleri cevapları Şekil 4.3’te üstüste çakıştırılmıştır. Cevapların aritmetik ortalamalarındaki sapmalar şekilde okunabilir:



Şekil 4.3 : Tüm Gruplar - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan Mevcut Durum Değerlendirme Soruları Sonuç Tabloları Karşılaştırması.

Katılımcıların hastanelerin mevcut durumunu değerlendirdikleri sıfat çiftlerine verdikleri yanıtların aritmetik ortalamaları çakıştırıldığında, hastanede çalışan A Grubu’nun B1, B2, C ve D gruplarından daha olumlu yanıtlar verdiği görülmektedir. Özellikle B2, C ve D gruplarının renkli-renksiz, alışılmış-farklı, insancıl-mekanik, ferah-kasvetli çiftlerindeki yanıtlarının aynı noktada çıktığı dikkati çekmektedir.

Tüm gruplara, hastanenin nasıl olması gerektiğini düşündükleri “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” kullanılarak aynı sıfat çiftleri ile sorulmuştur. Verilen cevapların dağılımı ve yüzdeleri aşağıdaki skala ile renklendirilmiş olarak Çizelge 4.19-23’te A, B1, B2, C ve D grupları için yer almaktadır:

□ %0-10 □ %10-20 □ %20-30 □ %30-40 □ %40-50 □ %50+

Çizelge 4.19 : A Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan İdeal Hastane Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu.

	çok	biraz	çekimsiz	biraz	çok	
samimi	7 %58,33	4 %33,33	1 %8,33	-	-	uzak
huzurlu	10 %83,33	1 %8,33	1 %8,33	-	-	huzursuz
konforlu	9 %75,00	2 %16,67	1 %8,33	-	-	konforsuz
hoş	8 %66,67	2 %16,67	2 %16,67	-	-	hoş değil
bakımlı	10 %83,33	1 %8,33	1 %8,33	-	-	bakımsız
renkli	5 %41,67	4 %33,33	3 %25,00	-	-	renksiz
hareketli	3 %25,00	6 %50,00	2 %16,67	1 %8,33	-	durağan
alışılmış	-	-	6 %50,00	4 %33,33	2 %16,67	farklı
yalın	1 %8,33	6 %50,00	4 %33,33	1 %8,33	-	karmaşık
insancıl	9 %75,00	1 %8,33	1 %8,33	1 %8,33	-	mekanik
gelişmiş	8 %66,67	1 %8,33	3 %25,00	-	-	ilkel
ferah	11 %91,67	-	1 %8,33	-	-	kasvetli
şeffaf	5 %41,67	2 %16,67	5 %41,67	-	-	içe dönük
çeşitli	9 %75,00	1 %8,33	2 %16,67	-	-	tekdüze
geniş	10 %83,33	-	2 %16,67	-	-	dar
özel	4 %33,33	1 %8,33	5 %41,67	-	2 %16,67	genel

İdeal Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri tercihlerini, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nde çalışan A Grubu katılımcılarının %91,67’si çok ferah, %83,33’ü çok huzurlu, çok bakımlı ve çok geniş, %75’i çok konforlu, çok insancıl ve çok çeşitli, %66,67’si çok hoş ve çok gelişmiş, %58,33’ü çok samimi, %50’si biraz hareketli ve

biraz yalın olarak tanımlamaktadırlar. Katılımcıların %50'si ise, hastaneleri alışılmış-farklı sıfat çiftinde tanımlamakta kararsız olduklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.20 : B1 Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan İdeal Hastane Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu.

	çok	biraz	çekimser	biraz	çok	
samimi	10 %50,00	9 %45,00	1 %5,00	-	-	uzak
huzurlu	16 %80,00	3 %15,00	1 %5,00	-	-	huzursuz
konforlu	16 %80,00	3 %15,00	1 %5,00	-	-	konforsuz
hoş	12 %60,00	6 %30,00	2 %10,00	-	-	hoş değil
bakımlı	17 %85,00	2 %10,00	1 %5,00	-	-	bakımsız
renkli	10 %50,00	7 %35,00	3 %15,00	-	-	renksiz
hareketli	5 %25,00	11 %55,00	2 %10,00	2 %10,00	-	durağan
alışılmış	1 %5,00	4 %20,00	7 %35,00	6 %30,00	2 %10,00	farklı
yalın	3 %15,00	12 %60,00	4 %20,00	1 %5,00	-	karmaşık
insancıl	16 %80,00	2 %10,00	1 %5,00	1 %5,00	-	mekanik
gelişmiş	14 %70,00	3 %15,00	3 %15,00	-	-	ilkel
ferah	18 %90,00	1 %5,00	1 %5,00	-	-	kasvetli
şeffaf	9 %45,00	6 %30,00	5 %25,00	-	-	içe dönük
çeşitli	12 %60,00	5 %25,00	3 %15,00	-	-	tekdüze
geniş	15 %75,00	2 %10,00	3 %15,00	-	-	dar
özel	8 %40,00	3 %15,00	7 %35,00	1 %5,00	1 %5,00	genel

İdeal Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri tercihlerini, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’ni 3 ve üzeri sayıda ziyaret eden B1 Grubu katılımcılarının %90’ı çok ferah, %85’i çok bakımlı, %80’i çok huzurlu, çok konforlu ve çok insancıl, %75’i çok geniş, %70’i çok gelişmiş, %60’ı çok hoş, biraz yalın ve çok çeşitli, %55’i biraz hareketli ve %50’si çok samimi ve çok renkli olarak tanımlamaktadırlar. Katılımcıların %45’i hastanelerin çok şeffaf olması gerektiğini, %40’ı ise özel mekanlar olması gerektiğini ifade etmektedirler.

Çizelge 4.21 : B2 Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan İdeal Hastane Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu.

	çok	biraz	çekimsiz	biraz	çok	
samimi	22 %61,11	12 %33,33	1 %2,78	1 %2,78	-	uzak
huzurlu	31 %86,11	4 %11,11	-	1 %2,78	-	huzursuz
konforlu	26 %72,22	9 %25,00	1 %2,78	-	-	konforsuz
hoş	29 %80,56	6 %16,67	1 %2,78	-	-	hoş değil
bakımlı	33 %91,67	2 %5,56	-	-	1 %2,78	bakımsız
renkli	21 %58,33	9 %25,00	5 %13,89	-	1 %2,78	renksiz
hareketli	8 %22,22	10 %27,78	9 %25,00	7 %19,44	2 %5,56	durağan
alışılmış	4 %11,11	5 %13,89	7 %19,44	10 %27,78	10 %27,78	farklı
yalın	18 %50,00	8 %22,22	8 %22,22	1 %2,78	1 %2,78	karmaşık
insancıl	33 %91,67	2 %5,56	1 %2,78	-	-	mekanik
gelişmiş	33 %91,67	1 %2,78	1 %2,78	1 %2,78	-	ilkel
ferah	34 %94,44	1 %2,78	-	1 %2,78	-	kasvetli
şeffaf	15 %41,67	15 %41,67	3 %8,33	2 %5,56	1 %2,78	içe dönük
çeşitli	17 %47,22	14 %38,89	4 %11,11	1 %2,78	-	tekdüze
geniş	26 %72,22	6 %16,67	3 %8,33	1 %2,78	-	dar
özel	17 %47,22	10 %27,78	4 %11,11	2 %5,56	3 %8,33	genel

İdeal Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri tercihlerini, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’ni 1-2 kere ziyaret eden B2 Grubu katılımcılarının %94,44’ü çok ferah, %91,67’si çok bakımlı, çok insancıl ve çok gelişmiş, %86,11’i çok huzurlu, %80,56’sı çok hoş, %72,22’si çok konforlu ve çok geniş, %61,11’i çok samimi, %58,33’ü çok renkli ve %50’si çok yalın olarak tanımlamaktadırlar. Katılımcıların %47,22’si hastanelerin çok özel mekanlar olması gerektiğini düşünürken, şeffaflık konusunda ise %41,67 çok şeffaf, %41,67 biraz şeffaf olması gerektiğini ifade etmektedir.

Çizelge 4.22 : C Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan İdeal Hastane Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu.

	çok	biraz	çekimsiz	biraz	çok	
samimi	15 %68,18	5 %22,73	1 %4,55	1 %4,55	-	uzak
huzurlu	20 %90,91	2 %9,09	-	-	-	huzursuz
konforlu	19 %86,36	3 %13,64	-	-	-	konforsuz
hoş	12 %54,54	4 %18,18	6 %27,27	-	-	hoş değil
bakımlı	18 %81,82	2 %9,09	2 %9,09	-	-	bakımsız
renkli	9 %40,91	8 %36,36	5 %22,73	-	-	renksiz
hareketli	5 %22,73	7 %31,82	8 %36,36	1 %4,55	1 %4,55	durağan
alışılmış	3 %13,64	6 %27,27	3 %13,64	4 %18,18	6 %27,27	farklı
yalın	12 %54,54	7 %31,82	3 %13,64	-	-	karmaşık
insancıl	18 %81,82	4 %18,18	-	-	-	mekanik
gelişmiş	18 %81,82	3 %13,64	1 %4,55	-	-	ilkel
ferah	20 %90,91	2 %9,09	-	-	-	kasvetli
şeffaf	13 %59,09	6 %27,27	3 %13,64	-	-	içe dönük
çeşitli	10 %45,45	6 %27,27	5 %22,73	1 %4,55	-	tekdüze
geniş	16 %72,73	4 %18,18	2 %9,09	-	-	dar
özel	12 %54,54	6 %27,27	2 %9,09	1 %4,55	1 %4,55	genel

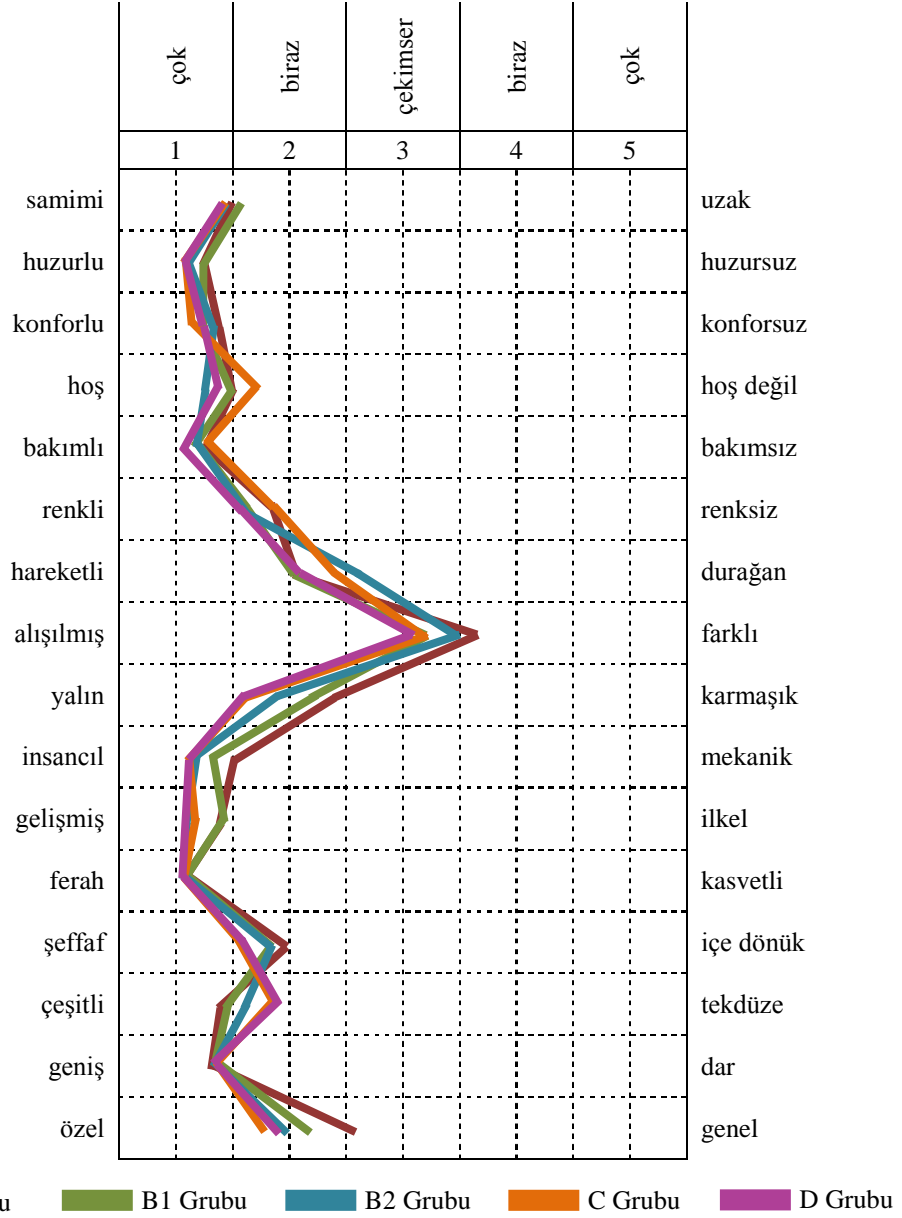
İdeal Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri tercihlerini, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin çevresinde oturan, çalışan ya da o güzergahı her gün kullanarak hastaneyi dışarıdan deneyimleyen C Grubu katılımcılarının %90,91'i çok huzurlu ve çok ferah, %86,36'sı çok konforlu, %81,82'si çok bakımlı, çok insancıl ve çok gelişmiş, %72,73'ü çok geniş, %68,18'i çok samimi, %59,09'u çok şeffaf, %54,54'ü çok hoş, çok yalın ve çok özel olarak tanımlamaktadır. Katılımcıların %45,45'i hastanelerin çok çeşitli olması gerektiğini düşünürken, %40,91'i ise çok renkli olması gerektiğini ifade etmektedir.

Çizelge 4.23 : D Grubu - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan İdeal Hastane Değerlendirme Soruları Sonuç Tablosu.

	çok	biraz	çekimsiz	biraz	çok	
samimi	91 %65,00	43 %30,72	5 %3,57	1 %0,71	-	uzak
huzurlu	118 %84,29	19 %13,57	2 %1,43	1 %0,71	-	huzursuz
konforlu	110 %78,58	26 %18,57	3 %2,14	1 %0,71	-	konforsuz
hoş	103 %73,57	29 %20,72	6 %4,29	1 %0,71	1 %0,71	hoş değil
bakımlı	126 %90,00	11 %7,86	2 %1,43	1 %0,71	-	bakımsız
renkli	80 %57,14	41 %29,29	17 %12,14	2 %1,43	-	renksiz
hareketli	53 %37,86	40 %28,57	31 %22,14	14 %10,00	2 %1,43	durağan
alışılmış	22 %15,71	28 %20,00	35 %25,00	23 %16,43	32 %22,86	farklı
yalın	83 %59,29	39 %27,86	13 %9,28	4 %2,86	1 %0,71	karmaşık
insancıl	124 %88,58	12 %8,57	3 %2,14	-	1 %0,71	mekanik
gelişmiş	124 %88,58	10 %7,14	5 %3,57	-	1 %0,71	ilkel
ferah	127 %90,73	10 %7,14	1 %0,71	1 %0,71	1 %0,71	kasvetli
şeffaf	88 %62,86	36 %25,71	9 %6,43	6 %4,29	1 %0,71	içe dönük
çeşitli	60 %42,86	44 %31,43	32 %22,86	3 %2,14	1 %0,71	tekdüze
geniş	107 %76,43	26 %18,57	6 %4,29	1 %0,71	-	dar
özel	69 %49,29	26 %18,57	33 %23,57	7 %5,00	5 %3,57	genel

İdeal Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri tercihlerini, Ruh ve Sinir Hastalıkları'na sahip bir hastası olmayan ve bu hastaneleri hiç deneyimlememiş olan D Grubu katılımcılarının %90,73'ü çok ferah, %90'ı çok bakımlı, %88,58'i çok insancıl ve çok gelişmiş, %84,29'u çok huzurlu, %78,58'i çok konforlu, %76,43'ü çok geniş, %73,57'si çok hoş, %65'i çok samimi, %62,86'sı çok şeffaf, %59,29'u çok yalın ve %57,14'ü çok renkli olarak tanımlamaktadır. Katılımcıların %49,29'u hastanelerin çok özel mekanlar olması gerektiğini düşünürken, %42,86'sı çok çeşitli olması gerektiğini ifade etmektedir.

A, B1, B2, C ve D gruplarının “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile sorulan ideal Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri değerlendirme sorularına verdikleri cevapları Şekil 4.4’te üstüste çakıştırılmıştır. Cevapların aritmetik ortalamalarındaki sapmalar şekilde okunabilir:

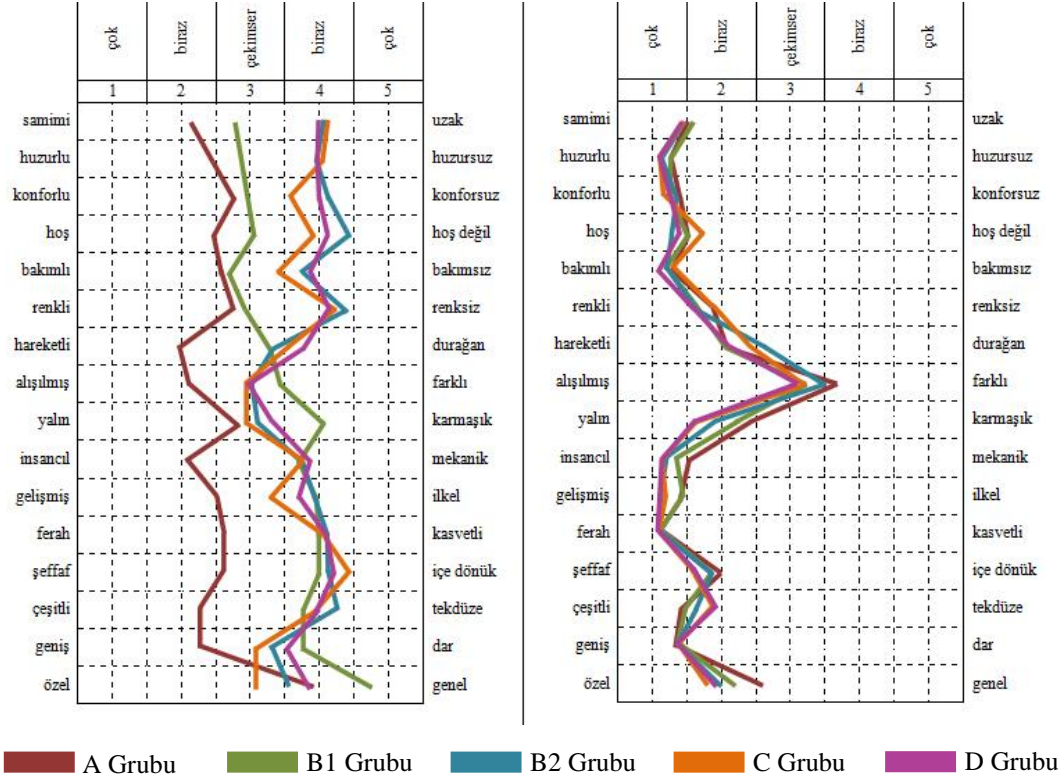


Şekil 4.4 : Tüm Gruplar - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan İdeal Hastane Değerlendirme Soruları Sonuç Tabloları Karşılaştırması.

Katılımcıların hastanelerin nasıl olması gerektiğini değerlendirdikleri sıfat çiftlerine verdikleri yanıtların aritmetik ortalamaları çakıştırıldığında, tüm grupların benzer doğrultuda cevaplar verdiği görülmektedir.

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nin mevcut durumunu ölçmeye yönelik sorulan sıfat çiftlerine verilen cevaplar ile (Şekil 4.3), bir Ruh ve Sinir Hastalıkları

Hastanesi'nin nasıl olması gerektiğinin ölçüldüğü cevaplar (Şekil 4.4) karşılaştırıldığında, dağılımın çoğunlukla olumlu sıfat çiftlerinin olduğu yöne doğru yer değiştirdiği Şekil 4.5'te görülmektedir:



Şekil 4.5 : Tüm Gruplar - “Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile Sorulan Mevcut Durum ve İdeal Hastane Soruları Sonuç Tabloları Karşılaştırması.

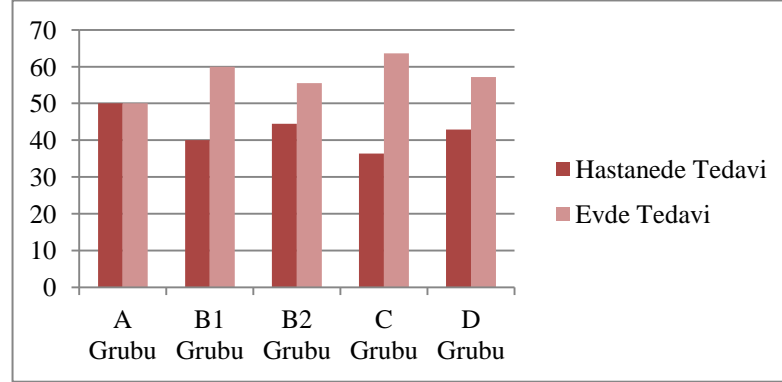
Karşılaştırmaya göre, mekan deneyiminin o mekanı tanımlarken etkili olduğu; katılımcı gruplarının farklı cevaplar verebildiği görülmekte; “ideal” tanımının ise tüm gruplar için aynı olduğu dikkati çekmektedir.

Katılımcılara, ailelerinde bir ruh ve sinir hastalığına sahip hastaları olsaydı, tüm şartları sağlayabilselerdi evde mi yoksa hastanede mi tedavi olmasını tercih edecekleri sorulmuştur. Alınan yanıtlar ve yüzdeleri Çizelge 4.24'te görülmektedir:

Çizelge 4.24 : Katılımcıların Tedavi Yeri Tercihleri.

KATILIMCILAR	HASTANEDE TEDAVİ	EVDE TEDAVİ	TOPLAM
A Grubu	6 (%50,00)	6 (%50,00)	12 (%100)
B1 Grubu	8 (%40,00)	12 (%60,00)	20 (%100)
B2 Grubu	16 (%44,45)	20 (%55,55)	36 (%100)
C Grubu	8 (%36,36)	14 (%63,64)	22 (%100)
D Grubu	60 (%42,86)	80 (%57,14)	140 (%100)

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde çalışan A Grubu'nun, %50'si hastane %50'si ise evde tedaviyi tercih etmişlerdir. B1, B2, C ve D gruplarının ise, %50'nin üzerinde, şartlar sağlanırsa evde tedaviyi hastanede tedaviye göre tercih ettikleri; ancak yüzdelerin birbirine yakın olduğu görülmektedir. Hastaneyi deneyimlemek ile tedavide ev-hastane seçimleri yapmak arasında, Şekil 4.6'da görüldüğü gibi yüzdelerle bakıldığında anlamlı bir bağıntı bulunmamıştır:



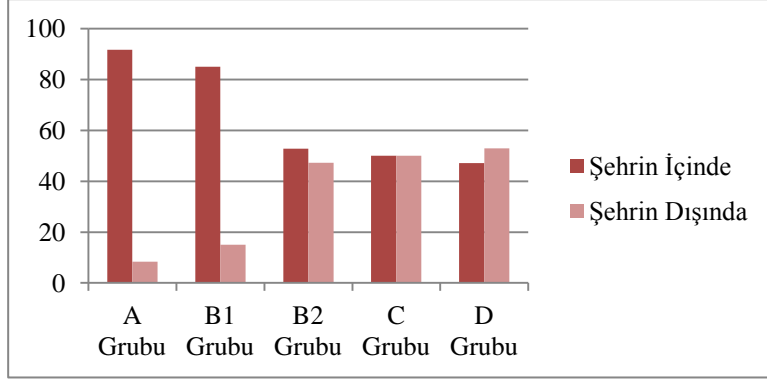
Şekil 4.6 : Katılımcıların Tedavi Yeri Tercihleri.

Bu cevaplardan yola çıkarak, katılımcılara hastanenin aynı şartlarda şehrin içinde mi yoksa şehrin dışında mı olmasını tercih ettikleri sorulmuştur. Alınan yanıtlar ve yüzdeleri Çizelge 4.25'te verilmektedir:

Çizelge 4.25 : Katılımcıların Hastane Yeri Tercihleri.

KATILIMCILAR	ŞEHRİN İÇİNDE	ŞEHRİN DIŞINDA	TOPLAM
A Grubu	11 (%91,67)	1 (%8,33)	12 (%100)
B1 Grubu	17 (%85,00)	3 (%15,00)	20 (%100)
B2 Grubu	19 (%52,78)	17 (%47,22)	36 (%100)
C Grubu	11 (%50,00)	11 (%50,00)	22 (%100)
D Grubu	66 (%47,14)	74 (%52,86)	140 (%100)

Yüzdelerle bakıldığında, hastaneyi deneyimlemek ile hastane yeri tercihi arasında anlamlı bir bağıntı görülmektedir. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde çalışan A Grubu'ndan, hiç hasta/hastane deneyimi olmayan D Grubu'na doğru, şehrin içini tercih eden yüzdenin azaldığı, katılımcıların şehrin dışında tedaviyi tercih ettikleri görülmektedir. Bu durum, bilinmeyen şehrin dışına itildiğini göstermektedir. Şekil 4.7'de bağıntı grafik üzerinden okunmaktadır:



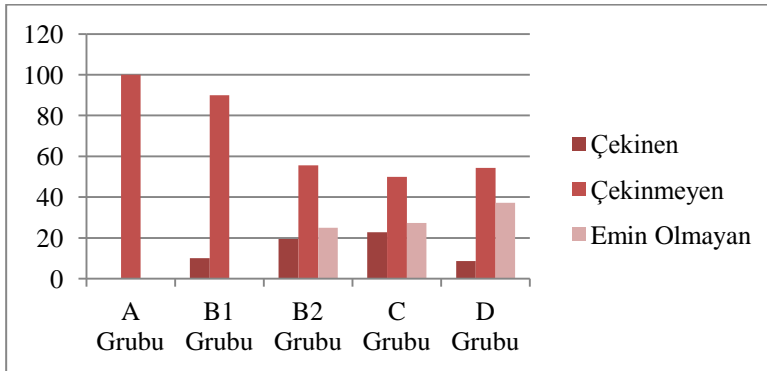
Şekil 4.7 : Katılımcıların Hastane Yeri Tercihleri.

Katılımcılara, bir ruh ve sinir hastalığına sahip aile bireyine sahip olmaları durumunda, çevrelerine söylemekten çekinip çekinmeyecekleri sorulmuştur. Alınan yanıtlar ve yüzdeleri Çizelge 4.26’da verilmektedir:

Çizelge 4.26 : Katılımcıların Hastası Olduğunu Söyleme Tercihleri.

KATILIMCILAR	ÇEKİNEREN	ÇEKİNMEYEN	EMİN OLMAYAN	TOPLAM
A Grubu	-	12 (%100,00)	-	12 (%100)
B1 Grubu	2 (%10,00)	18 (%90,00)	-	20 (%100)
B2 Grubu	7 (%19,45)	20 (%55,55)	9 (%25,00)	36 (%100)
C Grubu	5 (%22,73)	11 (%50,00)	6 (%27,27)	22 (%100)
D Grubu	12 (%8,57)	76 (%54,29)	52 (%37,14)	140 (%100)

Yüzdelerine bakıldığında, tüm gruplarda hastası olduğunu söylemekten çekinmeyenlerin %50’nin üzerinde olduğu görülmektedir. Hastane içini en çok deneyimleyen, hastanede çalışanların oluşturduğu A Grubu’nun %100, B Grubu’nun %90 hastası olduğunu söylemekten çekinmediği; B2, C ve D gruplarında da çekinmeyenlerin %50’nin üzerinde olduğu görülmektedir. Emin olmayanların yüzdelerine bakıldığında ise, hastane deneyimi ile anlamlı bir bağlantı olduğu dikkati çekmektedir (Şekil 4.8).



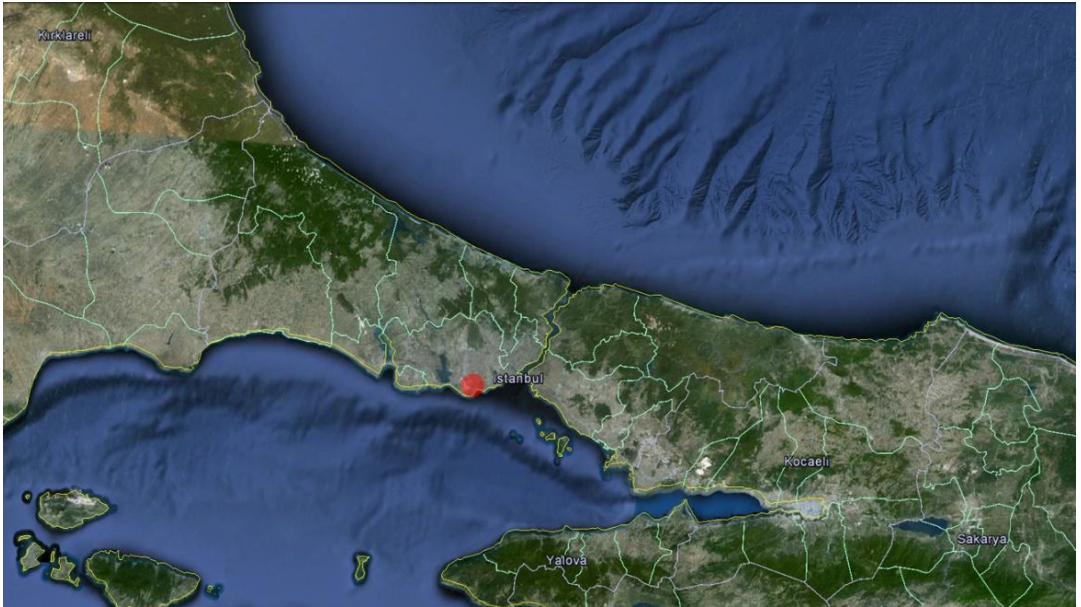
Şekil 4.8 : Katılımcıların Hastası Olduğunu Söyleme Tercihleri.

4.3 Anket Çalışmalarının Seçilen Hastaneler Üzerinden Değerlendirilmesi

Bu bölümde, yapılan anket çalışmalarından ulaşılan sonuçlar, seçilen T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Özel Fransız La Paix (Lape) Hastanesi üzerinden, plan okuma ve gözlem yöntemleri ile incelenecektir.

4.3.1 Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Hastanesi

Bir eğitim ve araştırma hastanesi olan T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Hastanesi, Türkiye'de en çok bilinen Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nden biridir. Bu hastane, Üsküdar'da Atik Valide Külliyesi'nde yer alan Toptaşı Bimarhanesi'nin devamı olarak, 1924 yılında başlayan taşınma süreci ile 1927 yılında Reşadiye Kışlası arazisine kurulmuştur. Hastane'nin ilk adı, İstanbul Emraz-ı Akliye ve Asabiye'dir ve Türkiye'deki modern psikiyatrinin kurucusu olarak kabul edilen Dr. Mazhar Osman (1884-1951) ve öğrencilerinin desteği ile kurulmuş ve geliştirilmiştir. Şekil 4.9'da Bakırköy Hastanesi'nin, İstanbul Şehri sınırları içerisindeki konumu görülmektedir:



Şekil 4.9 : Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Hastanesi'nin İstanbul'daki Konumu.

Hastane, İstanbul'un güneyinde, Marmara Denizi'ne yakın bir arazide konumlanmaktadır. Şekil 4.10'da T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin sınırları görülmektedir:



Şekil 4.10 : Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Hastanesi Sınırları.

1940'lı yıllarda, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'deki ekonominin de bozulması, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ne yeterli olmayan devlet yardımlarını daha da azaltmıştır. Aynı dönem, hastanedeki hasta sayısı 3000'den 5000'lere kadar çıkmıştır. Yeni kurumların açılmaması ve yatak sayısının arttırılamaması o dönem Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Hastanesi'nde şartların kötüleşmesine ve ölüm sayısının da artmasına neden olmuştur (BRSHH, t.y.).

Ekonomi düzelme gösterdiğinde, devletin yardımları ile, hastanenin çevre düzenlemesine ve binaların yenilenmesine katkıda bulunulmuştur. Hastanenin kurulduğu "İç Bahçe" olarak adlandırılan alan 4000 metre uzunluğunda duvarlarla çevrilmiştir. Reşadiye Kışlası binalarının restorasyonu yapılmış ve bazı pavyonlar iki katlı hale getirilmiştir. Hastanenin simgesi olan "Düşünen Adam" heykelinin de bu dönemde açılışı gerçekleştirilmiştir (Erkoç ve diğ., 2009).

1960'lı yıllarda, hastanede bir tedavi yöntemi olarak çok sayıda atölye hizmete sokulmuştur. Nakış, dikiş, çiçek, marangoz ve maket atölyeleri açılmış, ilk defa açık havada bine yakın hastanın hep birlikte spor aktivitelerine katılması sağlanmıştır. Aynı yıllarda, hastanede Açık Kapı, Yarı Açık Kapı ve Kapalı olarak üç bölüm

oluşturulmuştur; ancak bu dönemlerde de yaşanan en büyük sorun yatak kapasitesinin üzerinde hasta olmasıdır (Erkoç ve diğ., 2009).

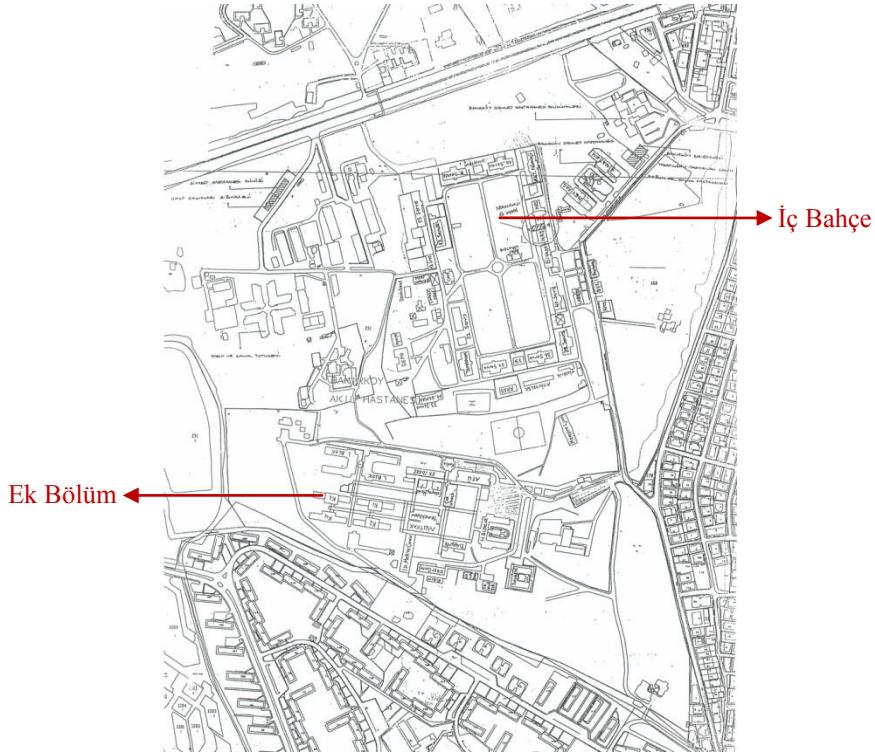
1980'li yıllarda, yatan hasta sayısını en aza indirmek için Ayakta Psikiyatri Tedavi Ünitesi (ATÜ) kurularak poliklinik hizmetlerine ağırlık verilmiştir. Yatırılan hastaların, sürekli tetkik ve etkin tedavi ile yatış süreleri kısaltılmış; uzun süredir yatmakta olan hastalardan uygun durumda olanlar taburcu edilmiştir. Koşulların düzeltilebilmesi amacıyla, bu yıllarda Bakırköy Akıl Hastanesi Vakfı Kurulmuştur (BRSHH, t.y.).

T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, doğal ve tarihi sit alanı üzerinde, 780 dönüm arazide 80000 m² kapalı yatay yerleşim ile kurulmuştur. Hastanede 1 yılda hizmet verilen yaklaşık hasta sayısı ayakta tedavide 564.150, yataklı tedavide ise 24.480'dir. 1631 yatak kapasitesi olan hastane, 161 uzman doktor, 605 hemşire, 183 asistan, 32 psikolog, 10 sosyal hizmet uzmanı olmak üzere yaklaşık 2000 kişiden oluşan bir kadroya sahiptir. Hastanenin içinde bulunan Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi, yatarak tedavi gören hastaların yanı sıra, dışarıdan gelen hastalara da gün boyu hizmet vermektedir (BRSHH, t.y.).

Hastanede, Acil Psikiyatrik Hizmet Bölümü, Yetişkin Psikiyatrisi Birimleri ve Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Birimleri bulunmaktadır. Psikotik, Duygudurum, Anksiyete, Kişilik Bozukluğu, Evlilik ve İlişki Sorunları birimlerinde de tanı ve tedavi hizmetleri verilmektedir. Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) de hastane içinde destek sunmaktadır. Çocuk ve Ergenler için ise, aynı hizmet ÇEMATEM adlı merkezde verilmektedir (Erkoç ve diğ., 2009).

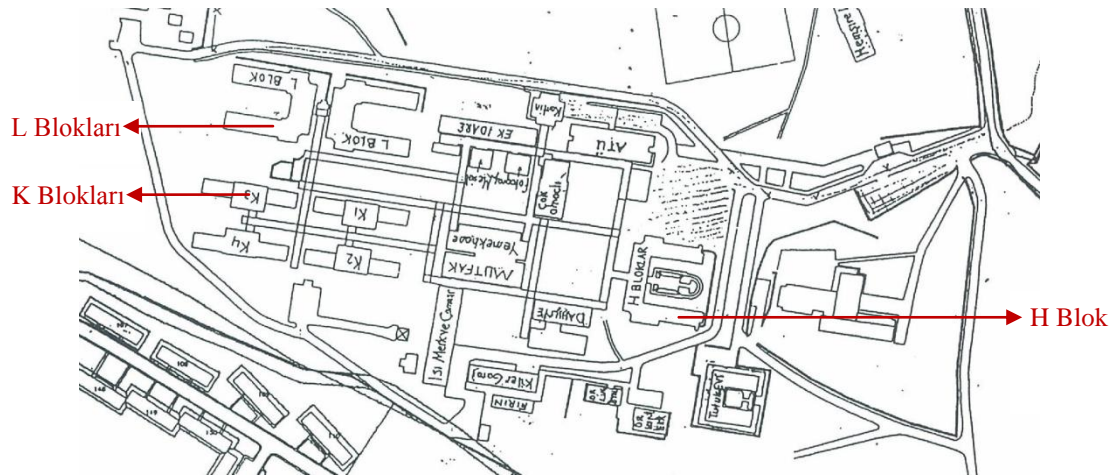
Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı olarak çalışan, kendi bölgesindeki ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastalara ve ailelerine ayakta tedavi ve takip hizmetleri veren "Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri" bulunmaktadır (BRSHH, t.y.). Bu merkezler, henüz hastaneye yakın bölgelerde, Zeytinburnu ve Bakırköy'de hizmet vermektedirler. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ile, hastanın toplum içinde yaşama becerilerinin artırılması hedeflenmektedir.

Şekil 4.11'de T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin vaziyet planı bulunmaktadır:



Şekil 4.11 : Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Hastanesi Vaziyet Planı.

Vaziyet planında görüldüğü gibi, Reşadiye Kışlası'ndan devralınan İç Bahçe bölümüne, Prof. Dr. Yıldırım Aktuna döneminde ek binalar yapılmıştır. Yatılı hasta blokları bu bölümde bulunmaktadır. Ek Bölümün vaziyet planı ve blok isimleri Şekil 4.12'de görülmektedir:



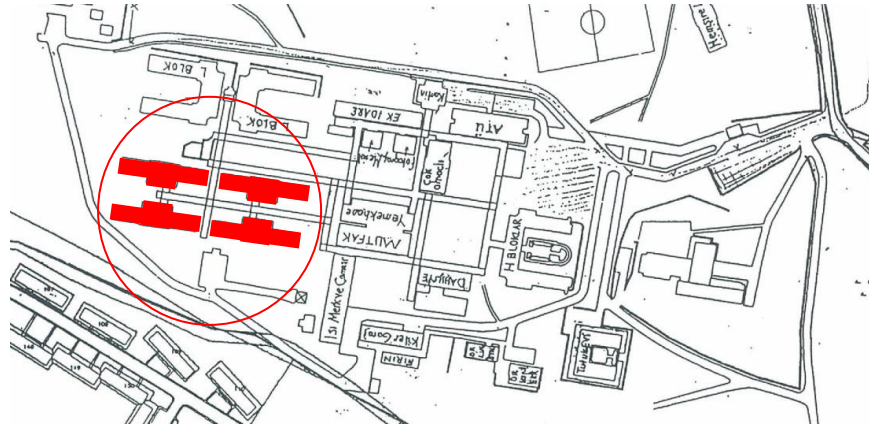
Şekil 4.12 : Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Hastanesi Ek Bölüm Vaziyet Planı.

Hastanede akut ve kronik hastalar cinsiyete göre ve açık/yarı-açık/kapalı olmak üzere farklı katlarda ya da aynı katta binanın farklı iki kolunda tedavi görmektedirler. K, H ve L Blokları, akut ve kronik hastalara hizmet veren bloklardır. K Bloklar; K1, K2, K3 ve K4 olmak üzere dört farklı bloktan oluşur ve akut erkek hastalara hizmet verir.

H Blok, her bir katı H1, H2 ve H3 olarak isimlendirilmiş olan 3 katı ile akut kadın hastalara hizmet veren bloktur. L Blokları ise, L1 ve L2 olmak üzere iki bloktan oluşur ve kronik hastalara hizmet vermektedir (Yalçiner ve diğ., 2009).

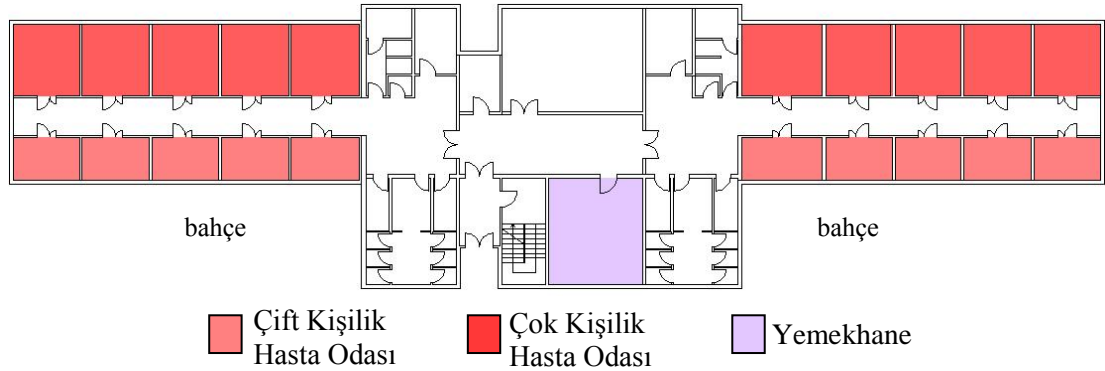
K Blok

Akut erkek hasta servislerinin bulunduğu K1, K2, K3 ve K4 bloklarının arazi içindeki konumu Şekil 4.13'te gösterilmektedir:



Şekil 4.13 : BRSHH - K Blokları Konumu.

K Blokları, yüksek teller ile çevrili bahçeleri olan, aynı plana sahip dört bloktan oluşmaktadır. Şekil 4.14'te K Blok plan tipi bulunmaktadır:



Şekil 4.14 : BRSHH - K Blok Planı.

K Bloklarda, tek yemekhane ve tek hemşire ofisinin hizmet verdiği 2 servis bulunmaktadır. 2'şer ve 5'er kişilik olmak üzere hasta odaları mevcuttur. Akut erkek hastalara servis veren bu bloklarda, kapalı herhangi bir aktivite odası bulunmamaktadır. Yemekhane, yalnızca yemek servisi verildiği zamanlarda açılmakta; diğer zamanlarda kilitli durmaktadır. Şekil 4.15'te, 5'er kişilik hasta odalarından bir fotoğraf bulunmaktadır:



Şekil 4.15 : BRSHH - K Blok - 5 Kişilik Hasta Odası.

Hasta odalarında, hastaların hiçbir kişisel eşyaları bulunmamakta, odalarda yalnızca duvara monte küçük dolaplar bulunmaktadır. Odalar, hastaların bireysel alanlarını yaratabilecekleri ortamlar da sunmamaktadır. Şekil 4.16’da Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Hastanesi’ndeki K Blokların dışarıdan bir fotoğrafı bulunmaktadır:



Şekil 4.16 : BRSHH - K Blok - Dış Mekan.

Fotoğrafta görüldüğü gibi, servislerin dışında bulunan yüksek tellerin içinde, hastalar doktor kontrolünde kendi servislerine ait bahçeleri kullanabilmektedirler. Şekil 4.17’de K Blok’un içinden, koridor bölümünden bir fotoğraf bulunmaktadır:

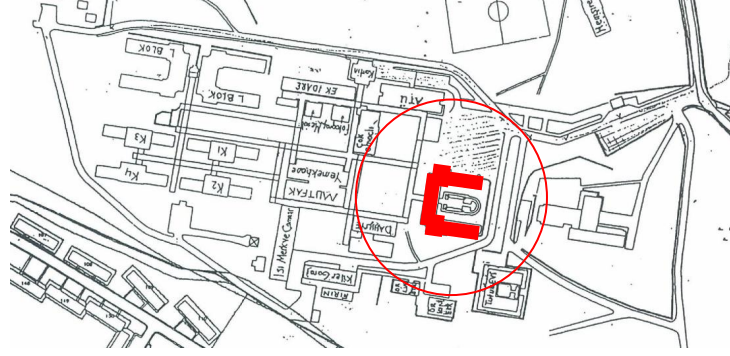


Şekil 4.17 : BRSHH - K Blok - Koridor.

Fotoğrafta görüldüğü gibi, koridorlarda herhangi bir oturma alanı veya eşya bulunmamakta; hastalar taşınabilir plastik sandalyeler ile kendilerine birlikte vakit geçirebilecekleri alanlar yaratmaktadırlar.

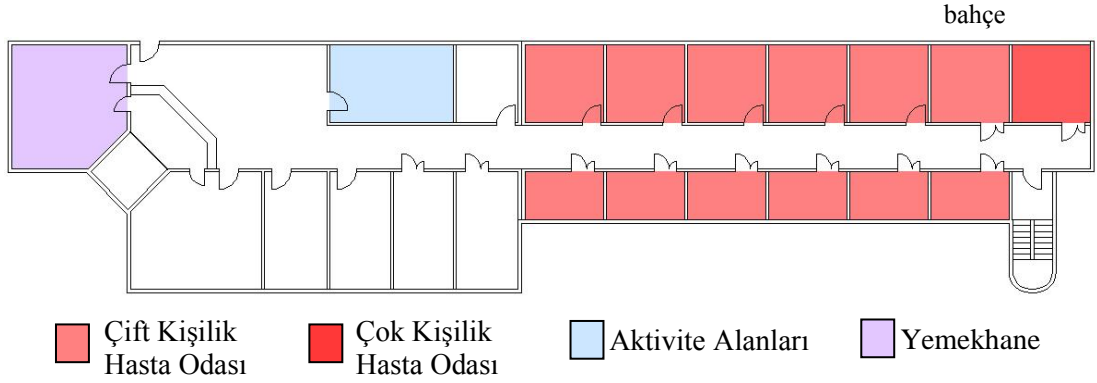
H Blok

Akut kadın hasta servislerinin bulunduğu 3 katlı H Blok'un arazi içindeki konumu, Şekil 4.18'de gösterilmektedir:



Şekil 4.18 : BRS HH - H Blok Konumu.

H Blok; H1, H2 ve H3 olarak adlandırılan 3 kattan oluşmaktadır. Giriş "U" düzenindeki bloğun orta bölümünden yapılmaktadır. Hasta servisleri ise, "U" düzeninin iki kolunda bulunmakta ve bu bölümlere kontrollü bir şekilde girilmektedir. Odaların biri 4 kişilik, diğerleri ise 2'şer kişiliktir. Şekil 4.19'da H Blok'un her katta tekrar eden bir kolunun planı bulunmaktadır:



Şekil 4.19 : BRS HH – H Blok Kısmi Planı.

K servislerinden farklı olarak, H servislerinde bir televizyon odası bulunmaktadır; ancak Şekil 4.20'de görüldüğü gibi, oda aktiviteye çok açık bir alan değildir:



Şekil 4.20 : BRS HH - H Blok – TV Odası.

H Blok'un Şekil 4.21'de avlusundan bir fotoğraf görülmektedir. Avluda, hastaların ve çalışanların oturması için banklar konulduğu gibi; yeşil alanda çardak mevcuttur:



Şekil 4.21 : BRSHH - H Blok - Dış Mekan.

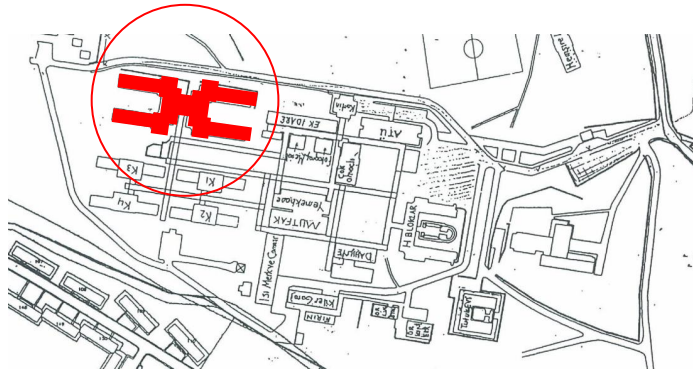
H Blok'un giriş kapısına bakıldığında ise, diğer bloklarda olduğu gibi demirlerle kapalı giriş ve güvenlik dikkati çekmektedir (Şekil 4.22).



Şekil 4.22 : BRSHH - H Blok - Giriş.

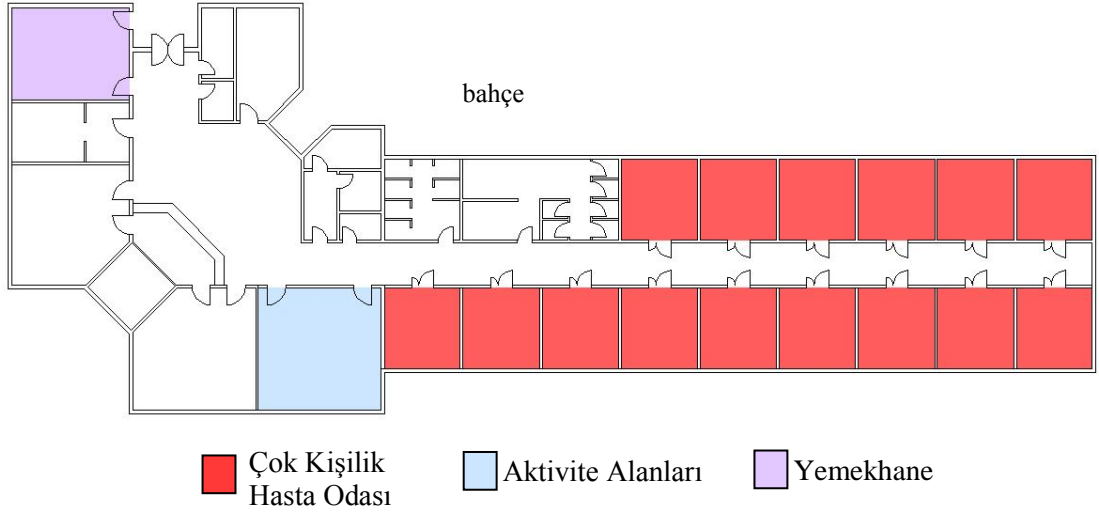
L Blok

Kronik hasta servislerinin bulunduğu L1 ve L2 Bloklarının arazi içindeki konumu Şekil 4.23'te gösterilmektedir:



Şekil 4.23 : BRSHH - L Blokları Konumu.

L Blokları, aynı plana sahip dört servisten oluşmaktadır. İki "U" şeklinde sırt sırta konumlanmış bloğun, ortasında dikdörtgen bir giriş bölümü bulunmaktadır. Bu alandan, her bir "U", ikiye ayrılarak "L" planlı servisler oluşturmaktadır. Şekil 4.24'te L Blok'un tekrar eden bir "L" kolunun planı bulunmaktadır:



Şekil 4.24 : BRSHH –L Blok Kısmi Planı.

L servislerinde, 4'er kişilik odalardan oluşan serviste, yalnızca bir aktivite odası bulunmaktadır. Şekil 4.25'te görüldüğü gibi, kronik servisteki hasta odalarının da, akut servislerinden bir tasarım farkı bulunmamakta, odalar hastaların bireysel alanlarını yaratabilecekleri ortamlar sunmamaktadır:



Şekil 4.25 : BRSHH –L Blok – Hasta Odası.

L Blok'un Şekil 4.26'da dışarıdan bir fotoğrafı bulunmaktadır. Blok'un ortasında bir avlusu bulunmaktadır. Bu avlunun yarısı sert zemin, diğer yarısı ise çimen ile kaplıdır. Sert zeminde, hastaların ve çalışanların oturması için banklar konulduğu gibi; yeşil alanda da çardak ve banklar mevcuttur.



Şekil 4.26 : BRSHH - L Blok - Dış Mekan.

4.3.2 Özel Fransız Lape Hastanesi

Kırım Harbi'nde (1854-1856) yaralı ve hasta askerlere yardım etmek için Fransa'dan gönderilen “*Filles de la Charité*” rahibelerine, savaşın sonunda ordu hizmetlerine karşılık 20 baraka ve 300 yataklı bir hastaneye yetecek miktarda tıbbi malzeme bırakmıştır. Lape Hastanesi'nin öncüsü olan ilk faaliyetler bu şekilde başlamış olarak kabul edilir (Lape, t.y.).

Sultan Abdülmecit, orduya hizmetlerinden ötürü minnet borcunu ödemek istemiş; bu nedenle o zamanlar şehrin dışında kalan Şişli'deki bu araziye onlara tahsis etmiştir. Böylece rahibeler, “*La Paix*” (Barış) adını verdikleri hastaneyi 1858 yılında her türlü hayır işi için açmışlardır (Lape, t.y.).

Başlangıçta hastaneye akıl hastaları ve yetimler kabul edilir. Hastanenin akıl hastaları için ilk faaliyetleri kısıtlı imkanlarla 1862 yılında başlamıştır. Prof. Dr. Mazhar Osman, Lape Hastanesi'nde de başhekimlik yapmış; bu dönemde hasta bakımının yanısıra eğitim faaliyetlerine de önem verilmiştir (Lape, t.y.). Şekil 4.27'de Özel Fransız Lape Hastanesi'nin İstanbul Şehri sınırları içerisindeki konumu görülmektedir:



Şekil 4.27 : Özel Fransız Lape Hastanesi'nin İstanbul'daki Konumu.

Hastane, İstanbul'un en merkezi ilçelerinden biri olan Şişli'de bulunmaktadır. Bu arazi, hastane ilk kurulduğunda şehir merkezinin dışında kalmakta iken; Şişli, günümüzde en yoğun yerleşim ve ticari merkezlerden biridir. Şekil 4.28'de Özel Fransız Lape Hastanesi'nin sınırları görülmektedir:



Şekil 4.28 : Özel Fransız Lape Hastanesi Sınırları.

Özel Fransız Lape Hastanesi 6 bloğun bir araya geldiği bir Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi kompleksidir. Kompleksin bir fotoğrafı Şekil 4.29’da görülmektedir:



Şekil 4.29 : Özel Fransız Lape Hastanesi. (Lape, t.y.)

Bu bloklar araştırma kapsamında Şekil 4.30’da görüldüğü gibi isimlendirilmiştir:



Şekil 4.30 : Özel Fransız Lape Hastanesi Blokları.

Hastane'ye giriş Büyükdere Caddesi'nden A Blok üzerinden yapılmaktadır. Dışarıyla tek ilişki halinde olan bu blokta, hiç hasta odası bulunmamaktadır. Bu blokta, idari ofisler, personel alanları, mutfak, depolar, eczane, tiyatro salonu gibi alanlar mevcuttur. F Blok ise, hastane kurulduğunda Lape'ye ait olarak inşa edilmiştir; ancak günümüzde Fizik Tedavi Merkezi olarak Lape'den bağımsız çalışmakta; Lape'nin 19 Mayıs Caddesi ile olan dış bağlantısına da bir tampon olmaktadır.

Hastane'nin diğer bir cephesi olan B Blok tarafında ise, Şekil 4.31'de görüldüğü gibi, yüksek duvarlar, duvar üzerinde teller bulunmaktadır. Dışarıdan bakıldığında duvarın önünde ise sıra sıra ağaçlar dikilmiştir.



Şekil 4.31 : Özel Fransız Lape Hastanesi'nin Yan Yoldan Görünümü.

Hastane'nin F Bloğun arka tarafında kalan bölümünde ise günümüzde yüksek katlı plaza ve rezidanslar bulunmaktadır. Hastane arazisindeki bahçe ile plazalar ve rezidansların açık alan aktivite bölümleri binalar arasında tampon bölge niteliği taşımaktadır. Şekil 4.32'de Özel Fransız Lape Hastanesi'nin sağında bulunan

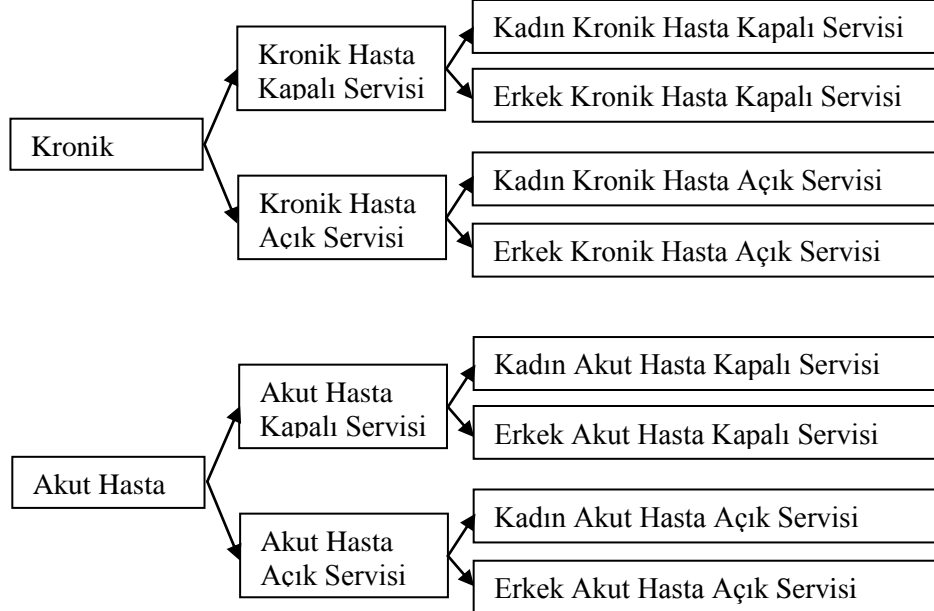
Cevahir Alışveriş Merkezi'nden çekilen fotoğrafta, plazalara ait spor sahaları ve hastane arazisindeki yeşil alanlar ve yüksek ağaçlar görülebilir:



Şekil 4.32 : Özel Fransız Lape Hastanesi'nin Cevahir AVM'den Görünümü.

Hasta odaları, B, E ve G bloklarında bulunmakta, C blokta ise poliklinikler bulunmaktadır. D blok günümüzde faaliyette değildir.

Hastanede akut ve kronik olmak üzere iki farklı hasta grubu bulunmaktadır ve bu hastalar cinsiyete göre ve açık/kapalı olmak üzere farklı servislerde tedavi görmektedirler. Şekil 4.33'de bu gruplama görülmektedir:



Şekil 4.33 : Özel Fransız Lape Hastanesi Servisleri.

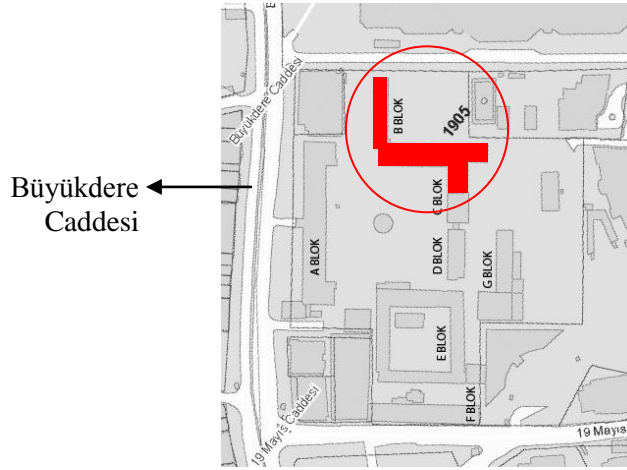
Kronik Açık Servisi hastaları, 3 katlı olan B blokta bulunmaktadır. Bu blok, L şeklinde bir yapıdır ve hastalar L şemasının oluşturduğu bahçeyi ve tüm blokların arasındaki ortak iç bahçeyi kullanabilmektedirler. Bu hastalar, aynı zamanda doktor izniyle hastaneden dışarı çıkıp girebilmektedirler.

Kronik Hasta Kapalı Servisi ve Akut Hasta Kapalı Servisi hastaları, E blokta bulunmaktadır. Bu blok avlulu bir yapıdır ve hastalar bahçeye çıkmak istediklerinde yalnızca E bloğun avlusunu kullanabilmektedirler.

Akut Açık Servisi hastaları ise, G blokta bulunmaktadır. Bu hastalar da tüm bahçeleri kullanabildikleri gibi, C bloktaki polikliniklerde tedavi görmektedirler. Bu bölümde, bloklar ayrı ayrı incelenecek ve değerlendirilecektir.

B Blok

Kronik Hasta Açık Servisinin bulunduğu B Blok'un arazi içindeki konumu Şekil 4.34'te gösterilmektedir:



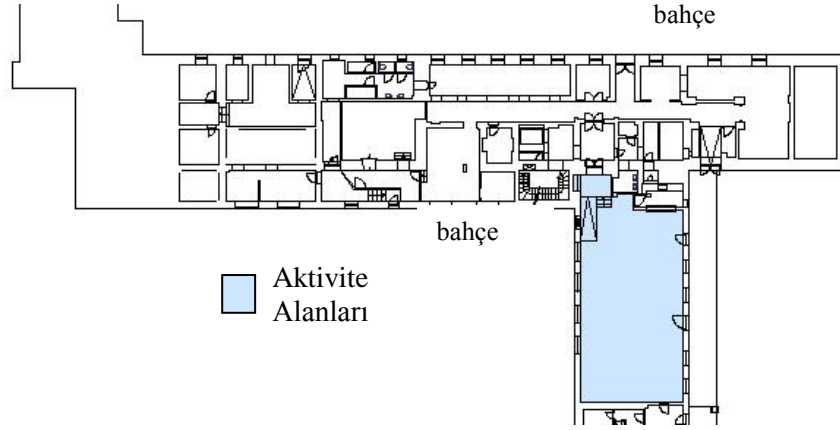
Şekil 4.34 : Özel Fransız Lape Hastanesi - B Blok Konumu.

B Blok, Hastane kompleksine Büyükdere Caddesi'ndeki hastanenin tek girişi olan A Blok üzerinden giriş yapıldıktan sonra, iç bahçeye çıkıldığında sol tarafta bulunmaktadır. Şekil 4.35'te B Blok'un dışarıdan fotoğrafı bulunmaktadır:



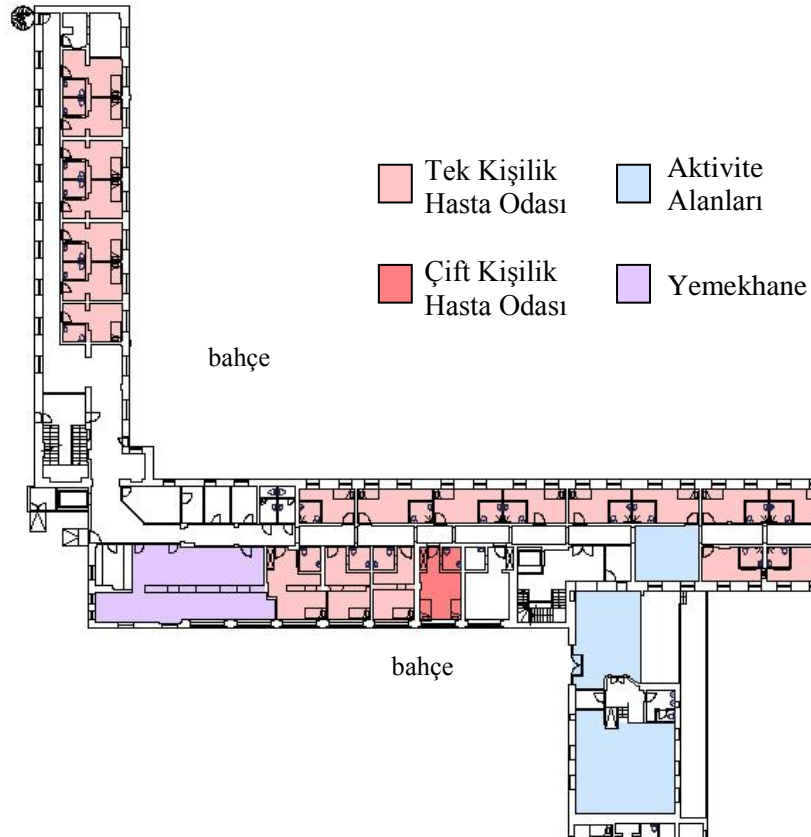
Şekil 4.35 : Özel Fransız Lape Hastanesi - B Blok.

Şekil 4.36'da, B Bloğun bodrum kat planı görülmektedir. B Bloğun bodrum katında, hastaların kullanabileceği aktivite alanı olarak spor salonu bulunmaktadır. Diğer alanlar, personel kullanımı için ayrılmıştır.



Şekil 4.36 : Özel Fransız Lape Hastanesi - B Blok Bodrum Kat Planı.

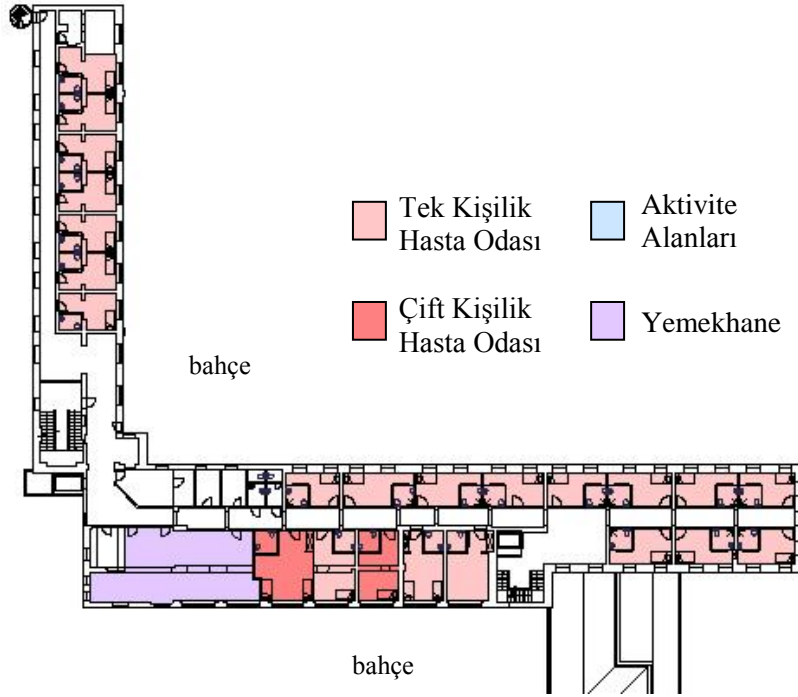
Şekil 4.37’de B Blok Zemin Kat Planı bulunmaktadır. B Blok Zemin Katta, hastaların kullanabildiği aktivite alanı olarak; Televizyon Odası, Dinleti Holü ve Etkinlik Odası bulunmaktadır. Dinleti holü, normal zamanda yalnızca bir geçiş bölgesidir; ancak özel günlerde bu alandaki piyanoda hastalara müzik dinletisi verilmektedir. B Blok’taki hasta odalarını çoğu ise tek kişiliktir.



Şekil 4.37 : Özel Fransız Lape Hastanesi - B Blok Zemin Kat Planı.

Şekil 4.38’de B Bloğun 1. ve 2. kat planında görüldüğü gibi, her katta ayrı bir yemekhane bulunmaktadır; bu katlarda aktivite alanı ise bulunmamaktadır. Yemekhane,

diğer aktivite alanlarından ayrı tutulmuş; ancak bir sosyalleşme mekanı olduğu düşünülerek incelemeye alınmıştır.



Şekil 4.38 : Özel Fransız Lape Hastanesi - B Blok 1. ve 2. Kat Planı.

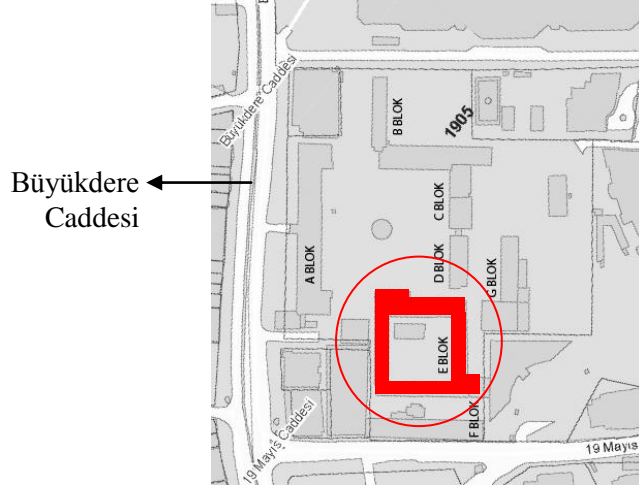
B Bloktaki hastalar, istedikleri zaman doktor izniyle hastaneden çıkıp tekrar girebilmektedirler; ancak bu hastalar için bir gizleme ve gizlenmeye ihtiyaç olmasa da, B Bloкта hasta odalarının yalnızca iç bahçelere bakmakta olduğu görülmektedir. Hastanenin inşa edildiği dönemde, A bloğun yanında Büyükdere Caddesi'ne bakan bir bina olmadığı düşünüldüğünde, bu caddeye bakacağı düşünülen üst kolun, cadde tarafında koridor tasarlanmış, hasta odaları iç bahçeye bakan cephede planlanmıştır. B Blok hastaları, istediklerinde iç bahçeyi kullanabilmektedirler. İç bahçe Şekil 4.39'da görülmektedir; ancak, açık bir servis de olsa hastane içe dönük bir şemaya sahiptir.



Şekil 4.39 : Özel Fransız Lape Hastanesi - İç Bahçe.

E Blok

Kronik Hasta Kapalı Servisi ve Akut Hasta Kapalı Servislerinin bulunduğu E Blok'un arazi içindeki konumu Şekil 4.40'da gösterilmektedir:



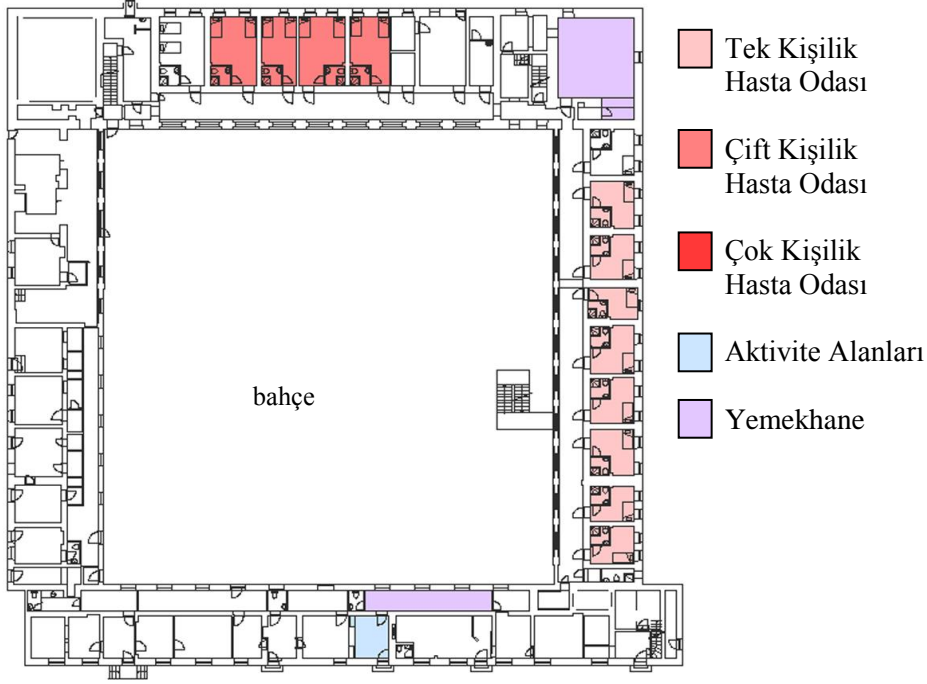
Şekil 4.40 : Özel Fransız Lape Hastanesi - E Blok Konumu.

E Blok, Hastane kompleksine Büyükdere Caddesi'ndeki hastanenin tek girişi olan A Blok üzerinden giriş yapıldıktan sonra, iç bahçeye çıkıldığında sağ tarafta bulunmaktadır. Şekil 4.41'de E Blok'un dışarıdan bir fotoğrafı bulunmaktadır:



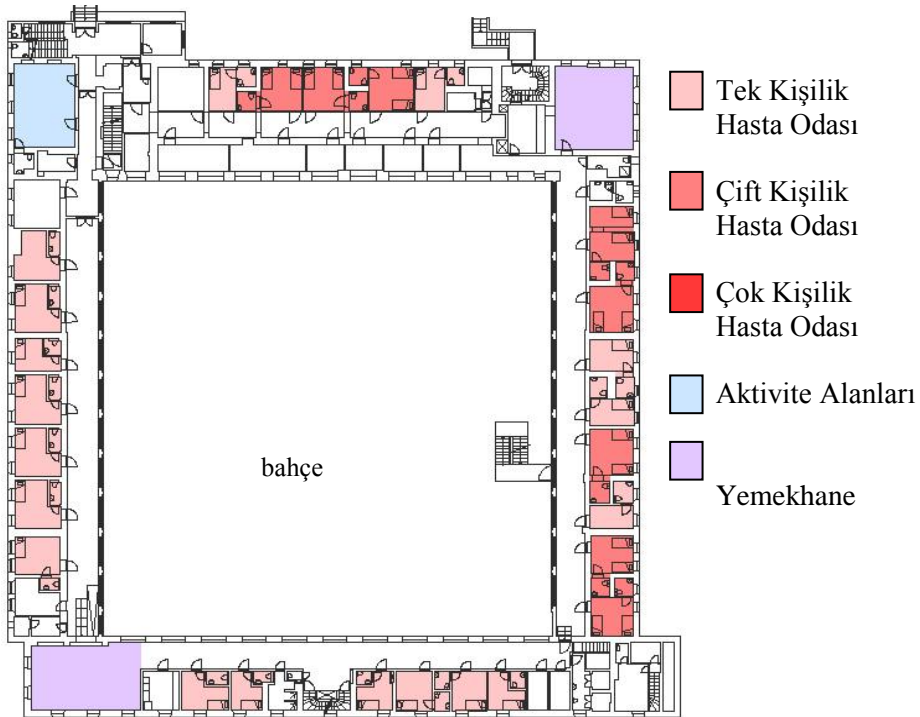
Şekil 4.41 : Özel Fransız Lape Hastanesi - E Blok.

E Blok, hastalığın şiddetli seyrettiği durumlarda yüksek güvenliğini gerektiren vakalara hizmet vermektedir. Şekil 4.42'de E Blok Bodrum Kat Planı verilmektedir. Bodrum katta, tek ve çift kişilik hasta odaları bulunduğu gibi, yemekhaneler ve bir adet aktivite odası bulunmaktadır. Servisler birbirinden ayrılmıştır ve kapıları kilitli tutulmaktadır. Her serviste hastalar kendi yemekhanelerinde yemek yemekte dirler. Bodrum kattaki aktivite odasının ise, hasta odalarının ve kilitli kapıların dışında olması nedeniyle hastalara hizmet vermediği görülmektedir.

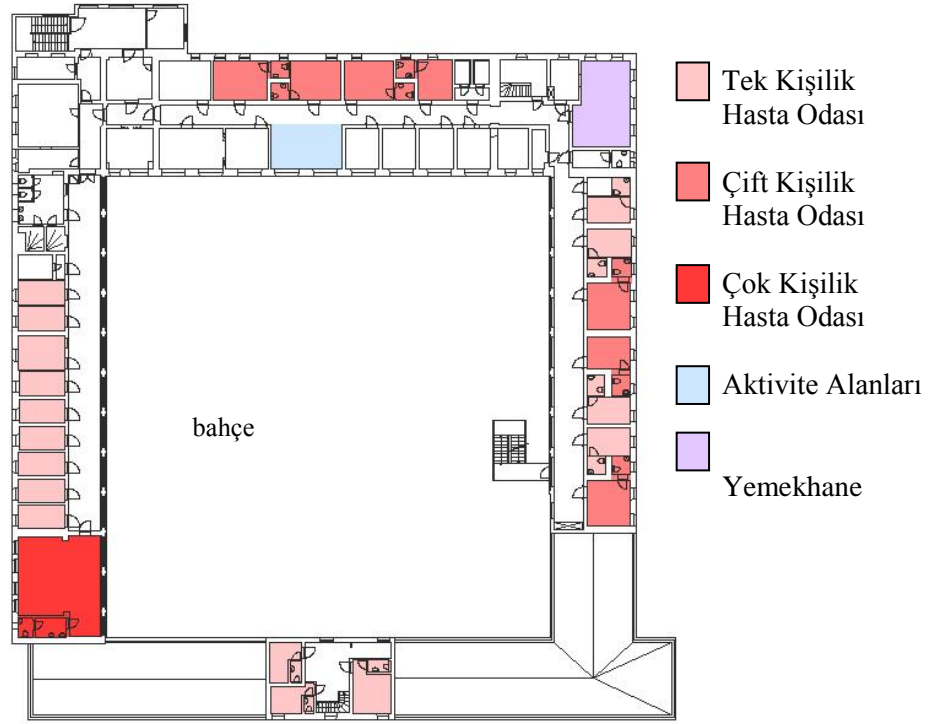


Şekil 4.42 : Özel Fransız Lape Hastanesi - E Blok Bodrum Kat Planı.

Şekil 4.43'te Zemin Kat, Şekil 4.44'te ise 1. Kat Planı bulunmaktadır. Planlara bakıldığında, her katta birer adet aktivite odası bulunduğu görülmektedir. Hastalar için kişi başına düşen kapalı aktivite alanının ise oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. Bu planlarda da, her servisin iki yandan kilitli kapılarla diğer servislerden ayrıldığı görülmektedir.



Şekil 4.43 : Özel Fransız Lape Hastanesi - E Blok Zemin Kat Planı.

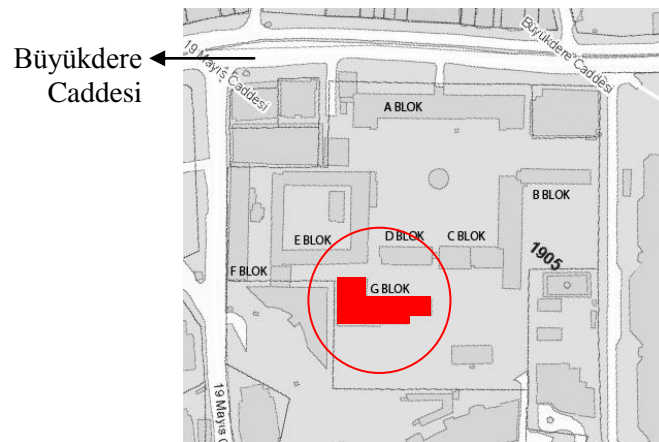


Şekil 4.44 : Özel Fransız Lape Hastanesi - E Blok 1. Kat Planı.

E Bloкта, bloğun dört cephesine de bakan odalar bulunmaktadır; ancak cephelerin hiç biri direkt sokağa bakmamaktadır. Hastalar, yalnızca kendi avlularını kullanmaktadırlar. Blok, içe dönük kurgulanmıştır.

G Blok

Akut Açık Servisi hastalarının bulunduğu G Blok'un arazi içindeki konumu Şekil 4.45'te gösterilmektedir:



Şekil 4.45 : Özel Fransız Lape Hastanesi - G Blok Konumu.

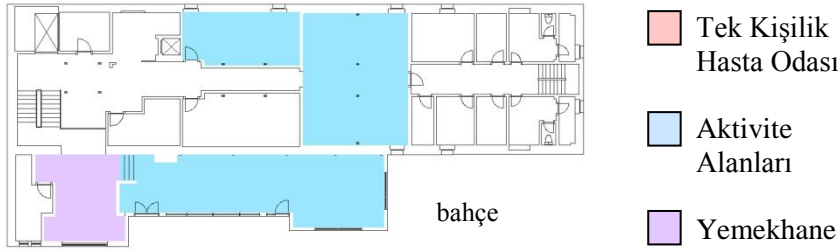
G Blok, Hastane kompleksine Büyükdere Caddesi'ndeki hastanenin tek girişi olan A Blok üzerinden giriş yapıldıktan sonra, iç bahçeye çıkıp, C ve D Bloğu geçtikten

sonra arkada kalan bloktur. Şekil 4.46'da G Bloğun dışarıdan bir fotoğrafı bulunmaktadır:



Şekil 4.46 : Özel Fransız Lape Hastanesi - G Blok.

Şekil 4.47'de G Blok Bodrum Kat Planı verilmektedir. G Bloğun bodrum katında, hastaların kullanabileceği aktivite alanları ve yemekhane bulunmaktadır. Aktivite alanları; oyun salonu, spor salonu ve kütüphaneden oluşmaktadır. Aynı zamanda, Akut açık servis hastaları da, hastanenin tüm bahçelerini kullanabilmektedirler.



Şekil 4.47 : Özel Fransız Lape Hastanesi - G Blok Bodrum Kat Planı.

Şekil 4.48'de G Blok Zemin Kat Planı bulunmaktadır. Zemin ve 1. Kat'ta bulunan, G Blok Akut Açık Servisi odalarının hepsi tek kişiliktir. 1. Kat, hasta odalarının bulunduğu kolun tekrarıdır. Bu iki katta da aktivite alanı bulunmamaktadır.



Şekil 4.48 : Özel Fransız Lape Hastanesi - G Blok Zemin Kat Planı.

4.4 Alan Çalışmasının Sonuçları

Alan çalışması, farklı gruplara yapılan anketler ve anket sonuçlarının örnek hastaneler üzerinde incelenmesini kapsamaktadır. Anketlerin yapıldığı Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’ni içeriden deneyimleyenler, dışarıdan deneyimleyenler ve hiç hasta/hastane deneyimi olmayan katılımcılar, verdikleri cevaplar ile önyargıyı, bu hastalara ve hastanelere karşı yapılan ötekileştirmeyi ve insan beyninde yer etmiş Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi imajını okumayı sağlamıştır.

Özellikle, olumlu yapıda kurulmuş cümlelerde benzer yönde cevaplar var iken; olumsuz yapıda sorulan sorulara verilen cevapların, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nde çalışan A Grubu’ndan, hiç hasta/hastane deneyimi olmayan D grubuna doğru farklılaşması, içeride ne olup bittiğini bilmeyen bir toplumu ve önyargıyı göstermektedir.

Olumlu yapıda kurulmuş cümlelerde katılımcılar, Ruhsal hastalıkların diğer hastalıklar gibi olduğuna, hastaların çoğunun tehlikeli olmadığına, hastalara daha fazla özgürlük tanınması gerektiğine ve hastanelerin ev düzeninde kurgulanması gerektiğine kesinlik belirtmemekle birlikte çoğunlukla katılmakta iken; ruh hastalığı olanların bedensel hastalığı olanlarla aynı hastanede tedavi edilmesine sıcak bakmamaktadırlar. Olumsuz yapıda kurulan cümlelerde ise, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nde yatmış olanların bir daha eskisi gibi olamayacağı, bu hastanelerin daha çok hapishanelere benzediği ve hastaların iyileşmedikçe hastaneden çıkarılmaması gerektiği konusunda, hastane deneyimi düşük olan B2, C ve D gruplarının çoğunlukla emin olmadıkları görülmektedir. Hastanelerin çevresinde yüksek duvarların ve nöbetçilerin olması gerektiğine ise çoğunluk katılmamaktadır.

“Anlamsal Farklılıklar Tekniği” ile sorulan, katılımcıların hastanenin mevcut durumunu ve nasıl olması gerektiğini tanımladıkları sıfat çiftlerinde ise; mevcut durum tanımlarının deneyime göre oldukça farklılaşabildiği; ancak yapılan “ideal hastane” tanımının paralellik gösterdiği görülmektedir. Bu bağlamda, katılımcılar bir hastanenin; çok huzurlu, çok konforlu, çok hoş, çok bakımlı, çok insancıl, çok gelişmiş, çok ferah, biraz samimi, biraz renkli, biraz hareketli, biraz yalın, biraz şeffaf, biraz çeşitli, biraz geniş, biraz özel olduğunu düşünürken; alışılmış mı yoksa farklı mı yapılar olması gerektiğinden emin değillerdir.

Katılımcılara ailelerinde bir ruh ve sinir hastalığına sahip hastaları olsaydı, tüm şartları sağlayabilselerdi evde mi yoksa hastanede mi tedavi olmasını tercih ettikleri sorulduğunda, alınan cevaplar çoğunlukla evde tedavi istemekte; hastası olduğunu söylemekten ise çoğunluk çekinmeyeceğini belirtmektedir. Bir Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin, aynı şartları sağlayabilecek şekilde, şehrin içinde mi yoksa dışında mı konumlanmasını, çoğunluk şehrin içi olarak belirtmiş ve hastane deneyimi ile hastane yeri tercihi arasında anlamlı bir bağıntı bulunmuştur. Hastaneleri'nde çalışan A Grubu'ndan, hiç hasta/hastane deneyimi olmayan D grubuna doğru, hastane yerini şehrin içinde tercih edenlerin yüzdesi azalmakta, şehrin dışında tercih edenlerin yüzdesi ise artmaktadır. Bu durum, bilinmeyenin ötekileştirilerek kendinden uzaklaştırılması olarak yorumlanmıştır.

Anketlerin sonuçları, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Özel Fransız La Paix (Lape) Hastanesi üzerinde incelenmiş ve uzmanlarla yapılan görüşmeler ile yorumlanmıştır.

Uzmanlar, ruhsal hastalığı olanların bedensel hastalığı olanlarla aynı hastanede tedavi edilebileceğini düşünmekte, Sağlık Bakanlığı bu konuda düzenlemeler yapmakta; ancak katılımcıların çoğunluğu buna katılım göstermemekte veya emin olmamaktadır. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde hastalara daha fazla özgürlük tanınması gerekliliği ise, uzmanlar tarafından olumlu görülmekte; yine de hastanın durumuna göre kontrol edilmesi gerektiği düşünülmektedir. Lape ve Bakırköy'de, açık servis hastaları, hastane içinde daha özgür iken; kapalı servis hastalarının dışarı çıkmaları uygun görülmemektedir.

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin hastanın kendisini evindeymiş gibi hissedeceği şekilde düzenlenmesi gereği tartışılmakta olan bir konudur. Bir görüş, ev düzeninin hastanın iyileşmesine etkisi olacağını düşünürken; bir görüş ise hastanın hastanenin bir ev değil, bir hastane olduğunun farkında olması gerektiğini düşünmektedir. Lape'de ve Bakırköy'de, yıllardır orada kalan hastalar mevcuttur. Bu konuda, iki görüşün arasında dengeli olarak hastaların iyileşmesine katkıda bulunacak mekanlar tasarlanmalıdır.

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin, ruhsal hastalığı olanların bakılacağı yerlerden çok hapishanelere benziyor oluşu, iki hastane için de arada kalmış bir

durumdur. Lape'nin, toplum için dışarıdan hiç gözükmeyen iç mekanları ve Bakırköy'ün, hasta için içeriden bakıp tellerden dolayı çıkamadığı dış mekanların doğru olup olmadığı bir tartışma konusudur. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin etrafında yüksek duvarların ve nöbetçilerin olması ise, Lape'de gözlemlenmekte iken, Bakırköy'de yüksek duvarların yerine yüksek teller bulunmaktadır.

Hastane planları incelendiğinde ve hastaneler gözlemlendiğinde; iki hastanenin de renksiz, durağan, farklı, karmaşık, içe dönük bir mimariye sahip olduğu görülmektedir. Lape, özel hastane olmasının getirdiği bir samimiyet, huzur, konfor ve bakıma, Bakırköy Hastanesi'nden daha çok sahiptir. Lape'nin mimari plan tipleri, hastalığa göre farklılık gösterirken, Bakırköy Hastanesi'nde planlar oldukça tekdüzedir; ancak ikisi de Hastane Yönetimi ve Başhekimleri ile yapılan görüşmelerde yetersiz görülmektedir. Lape Hastanesi, dışarıdan bakıldığında tek bir blok gibi gözükmesinin verdiği bir kasvete sahiptir; ancak iç bahçesi oldukça ferahdır. Bakırköy Hastanesi'nde ise, geniş bahçeler ve yeşillikler vardır; ancak bu yeşilliğin hastalar ve toplum için ne kadar ferahlık getirdiği ve ne kadar kullanıldığı tartışılır. Lape, oldukça özel bir kurumdur ve dışarıdan gelen bir insanın içeri girmesi zor gözükmektedir; Bakırköy'de ise dışarıdan birinin içeriye girmesi kolay olsa da, hastaların olduğu bölümlerin tellerle çevrili olması hastanenin özel mi genel mi olduğu ve ne kadar olması gerektiği konusunda düşündürmektedir.

İki hastane de, kuruldukları yıllarda şehrin dışında iken; günümüzde şehrin içinde kalmışlardır; ancak şehrin içinde de olsalar, şehirden kopuk ve içe dönük bir tasarımları vardır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, ruh veya akıl rahatsızlıkları olan insanların tedavisi için açılan hastanelerdir. Kimi hastaneler kısa süreli tedavi hizmeti sunarken kimi hastanelerin yataklı servislerinde psikolojik rahatsızlıklar sürekli olarak izlenebilirler. Bu bağlamda, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri tasarımının, Genel Hastaneler'den farklılık gösterdiği, ve bu farklılığın esas nedeninin ruh ve sinir hastalıklarının diğer hastalıklardan farklı olmasından ve tedavi edildikleri mekanın genel hastane düzeninden farklı olması gerekliliğinden olduğu yapılan anketler ile ve anket sonuçlarının seçilen hastane planları üzerinden okunması ile ortaya konulmuştur.

Araştırmaya başlamadan önce, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri ile ilgili, bir görüşün, hastanelerin toplumdan uzak, günlük hayattan kopuk, şehrin dışında vb. şekillerde tasarlanmasının hastayı daha iyi şartlarda tedavi etmek için olduğunu savunduğu; diğer bir görüşün ise, bu uzaklaştırmanın “ideal insan” kavramına uymadığı düşünülen bu hastaların “ötekileştirildiği” ve hastanelere görülmemek üzere kapatıldığına inandığı görülmüştür. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri tasarımı ile ilgili savunulan bu iki görüşü araştırmak ve hastanelerin hasta için mi yoksa toplum için mi yapıldığına bir cevap bulabilmek araştırmanın çıkış noktalarındandır. Bu bağlamda, Hasta – Toplum ilişkisinin hastane tasarımını direkt etkilediği, geçmişten bugüne Dünya genelinde ve Türkiye’de yapılmış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nin araştırılması ile ortaya konulmuş; Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nin hasta için de toplum için de yapılmış olsa, tasarımında eksiklikler olduğu görülmüştür.

Yakın tarihte Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) Ruh Sağlığı politikalarında ve yasalarında düzenleme yapılmasını şart koşması ile, Türkiye’de T.C. Sağlık Bakanlığı’nın 2011 yılında yayınladığı “Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)” ve “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge”nin, yapılan araştırma sonucunda Türkiye genelinde henüz etkili bir uygulamasının olmadığı söylenebilir.

Yapılan anket çalışmaları sonucunda, alınan cevaplar ile önyargı, bu hastalara ve hastanelere karşı yapılan ötekileştirme ve insan beyninde yer etmiş Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi imajı görülmüştür. Bu bağlamda, hastane deneyiminin ve sosyal ve fiziksel çevre faktörlerinin katılımcıların düşüncelerinde değişiklikler oluşturduğu; ancak hastane mekanının nasıl olması gerektiği konusunda katılımcıların hemfikir oldukları görülmektedir. Buna göre, anket çalışması sonucunda da değinildiği gibi, katılımcılar bir hastanenin; çok huzurlu, çok konforlu, çok hoş, çok bakımlı, çok insancıl, çok gelişmiş, çok ferah, biraz samimi, biraz renkli, biraz hareketli, biraz yalın, biraz şeffaf, biraz çeşitli, biraz geniş, biraz özel olduğunu düşünürken; alışılmış mı yoksa farklı mı yapılar olması gerektiğinden emin değillerdir. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin mevcut durumunda ise, bu özelliklerin çoğu görülmemektedir.

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, çeşitli ruhsal hastalıklara hizmet vermektedir. Tüm ruh ve sinir hastalıklarında iyileştirmenin uzun süreli olabilmesi için, kişiyi topluma kazandıracak en doğru şekilde tedavi edilmesi gerekmektedir. Bu tedavinin ise, kişiyi toplumdan kopararak değil, kontrollü bir şekilde günlük hayat ile içiçe yapılması sağlanmalıdır.

Akut ve kronik vakalar, farklı tip tedavi biçimlerini gerektirir. Akut vakalarda hastalar, hastalığın şiddetli seyri sırasında hastanede tedavi edilerek taburcu olmaktadır. Kronik vakalar ise, hastaneden taburcu edilse bile dışarıda yaşamaya adapte olamayan, ailesi tarafından geri alınmayan vb. hastalar olarak açıklanabilir. Bu bağlamda, hastaların hastanede geçirdikleri zamandaki davranışları ve tedavi yöntemleri farklılık göstermektedir. Bu farklı davranışlar ve tedavi yöntemleri, farklı mimari şekillenmeyi gerektirir.

Ruh ve Sinir hastalarının topluma kazandırılması ne kadar önemli ise, toplum da bu hastalara kazandırılmalıdır. Hastane tipolojisinin, bu hastaların izole edilmesini destekleyecek şekilde kurgulanması durumu aşılmalı, hastalar ile birlikte hastane de saydamlaştırılmalıdır.

Günümüze kadar yapılmış araştırmalar sonucu, ruh ve sinir hastalarından toplumun büyük bir kısmının çekindiği, hatta korktuğu görülmektedir. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin mimarisi de, kabul edilmiş olan bu negatif imajı pozitif çevirecek bir görsellik taşımamakta, hastane ve toplum keskin bir çizgi ile

ayrılmaktadır. Hasta ile toplumu birbirine kazandırabilmek için, bu geçiş yumuşatılmalı ve Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri imajını iyileştirmek için öneriler sunulmalıdır. Bir yapı için söylenebilecek iyi- kötü, güzel-çirkin kavramları göreceli olabilir; ancak bazı standartlar yakalanabilir. Hastane mimarisinin saydamlaştırılmasının ve hastane-şehir arasındaki geçişin yumuşatılmasının gerekliliği gözardı edilmemelidir. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, ancak şehir için yaşamın işleyişinin bir parçası olduğunda normalize edilebilir.

Bir hasta, eğer günlük hayatın karmaşasından dolayı sorunlar yaşamaktaysa, onu günlük hayatın karmaşasından koparan bir mimari uzun süreli bir tedavi getirmez. Hastanın, günlük hayatın karmaşasına geri döndüğünde, tekrar aynı sorunları yaşadığı görülmektedir. Bu nedenle kişi, sorunun içinde, günlük hayatından kopmadan ve sosyal ve fiziksel çevresinden uzaklaşmadan tedavi edilmelidir. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin mimarisi, bu tedaviye destek olacak yapıda, yer yer toplum ile içiçe geçmiş mekanlar ile tasarlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Adler, A.**, (1994). İnsan Tabiatını Tanıma / Understanding Human Nature, çev: Ayda Yörükan, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul
- Ankara İl Sağlık Md.**, (t.y.). Ruh Sağlığımız, Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü, Ankara. Alındığı tarih: 26.01.2012, adres: <<http://www.asm.gov.tr/>>
- Appleyard, D.**, (1973). Professional Priorities for Environmental Psychology. Architectural Psychology: Proceedings of the Lund Conference 1973, R. Küller, Hutchinson and Ross Inc., Pennsylvania.
- Arkar, H.**, (1991). Akıl Hastalarının Sosyal Reddedilimi. Düşünen Adam, 4(3): s6-9
- Aydınlı, S.**, (1986). Mekansal Değerlendirmede Algısal Yargılara Dayalı Bir Model, Doktora Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, İstanbul
- Aydınlı, S.**, (1996). Türkiye’de Mimarlık ve İdeoloji: Ontolojik Sorgulama ve Sempozyum: İdeoloji, Erk ve Mimarlık, s.24-32. Dokuz Eylül Üniversitesi, 11-13 Nisan, İzmir
- Ayyıldız, A.**, (2000). İnsan – Çevre Diyalektiğinin Duyusal – Zihinsel – Duygusal Süreçleri: Çevresel Algı – Bilişim – Anlam, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, İstanbul
- Baker, A., Davies, R. L. ve Sivadon, P.**, (1959). Psychiatric Services and Architecture
- Benson, N.C.**, (2007). Psikoloji – Zihin ve Davranışlarımızı Anlamak için Çizgibilim Cep Kaynağı. Çeviri: Aysun Yavuz, NTV Yayınları
- Berry, J.W., Segall, M.H. ve Kagitçibasi, C.**, (1980). Handbook of Cross-Cultural Psychology Volume 3 Social Behavior and Applications
- Bingöl, Y.**, (2004). Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumların Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Erzurum
- Bostancı, N.**, (2005). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar. Düşünen Adam, 18(1): s.32-38
- Bristow, D.**, (2009). Kirkbride’s Architectural Stigma of Mental Illness. Priory Education Limited, November 2009. Adres: <http://www.priory.com/history_of_medicine/Kirkbride.htm>
- BRSHH.**, (t.y.). T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Alındığı tarih: 26.02.2013, adres: <<http://www.bakirkoyruhsinir.gov.tr/>>
- Cüceloğlu, D.**, (1991). İnsan ve Davranışı
- Çakın, Ş.**, (1988). Mimari Tasarım, İnsan, Toplum ve Çevre İlişkileri

- Demir, L.**, (2010). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri, Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Meslek Liseleri Hemşirelik Bölümü Müfredat Kitabı, Ankara
- DSM-IV-TR.**, (2000). Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Çeviren: Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara
- Dündar, D.**, (1999). Duygu Durum Bozukluğu ve Psikotik Hastalarda Aile Ortamı ve Bu Ortamın Hastaneye Yatış Sıklığına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
- E-Psikiyatri Portalı.**, (t.y.). Alındığı tarih: 18.04.2013, adres: <<http://www.e-psikiyatri.com/>>
- Erasmus, D.**, (1509). Deliliğe Övgü. *Encomium Moriae*. Türkçe Çeviri yılı:2010, Çeviren: Cengiz, E.M. Oda Yayınları, İstanbul.
- Erdönmez, M.E.**, (2005). Açık Kamusal Kent Mekanlarının Toplumsal İlişkileri Yapılandırmadaki Rolü, Büyükdere-Levent-Maslak Aksı, Doktora Tezi, YTÜ Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Erkan, N.Ç.**, (2002). Kastamonu Örneğinde Anadolu Kenti İmaj Öğeleri ve Değişim Süreci, Doktora Tezi, YTÜ Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Erkman, U.**, (1982). Mimari Tasarım için Bir Veri Üretim Yöntemi Olarak Çevre Analizi, İstanbul Teknik Üniversitesi Matbaası, İstanbul
- Erkoç, Ş.**, (2011). Türk Psikiyatri Tarihi. PEAK - Psikiyatri Eğitimi Asistan Kılavuzu Eğitimleri. BRSHH. Adres: <<http://www.bakirkoyruhsinir.gov.tr/egitim/>>
- Erkoç, Ş., Kardeş, F. ve Artvinli, F.**, (2009). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Kısa Tarihi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 25. Yıl Özel Sayı.
- Evans, D.M.**, (1978). Alienation, Mental Illness and the Partitioning of Space
- Foucault, M.**, (2000). Büyük Kapatılma. Seçme Yazılar-3. *Dits et écrits (1954-1988)* Çevirenler: Işık Ergüven ve Ferda Keskin. Ayrıntı Yayınları, İstanbul
- Foucault, M.**, (2013). Deliliğin Tarihi. Çeviren: Mehmet Ali Kılıçbay. 5. Baskı, İmge Kitabevi, İstanbul
- Gökalp, P.G.**, (2011). Psikoterapiler – Genel Bilgiler. PEAK - Psikiyatri Eğitimi Asistan Kılavuzu Eğitimleri. BRSHH. Adres: <<http://www.bakirkoyruhsinir.gov.tr/egitim/>>
- Gür, Ş.Ö.**, (1996). Mekan Örgütlenmesi, Gür Yayıncılık, Trabzon
- Gürkaynak, İ.**, (1988). Çevresel Psikoloji: Doğası, Tarihçesi, Yöntemleri. Vol.21 Issue.1 Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, Ankara

- Hart, R.A. ve Moore, G.T.,** (1976). Extracts from The Development of Spatial Cognition: A Review, An Introduction to Environmental Psychology, Individual Development and The Environment, Part IV, New York.
- Hasol, D.,** (1993). Ansiklopedik Mimarlık Sözlüğü, Yapı Endüstrü Merkezi Yayınları, İstanbul
- Hesselgren, S.,** (1960). The Language of Architecture, Applied Science Publishers Ltd., London
- HH Yönetmeliği.,** (1998). Hasta Hakları Yönetmeliği, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara
- ICD-10.,** (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Volume 2 Instruction Manual. World Health Organization
- Işık, S.,** (2010). Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere İlişkin Görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
- İncekara, F.B.T.,** (1999). Mimari Mekanın Algılanmasında Fizyolojik ve Psikolojik Etmenler, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Edirne
- JDS.,** (t.y.). Helsingor Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Projesi, Danimarka. Alındığı tarih: 08.06.2013, adres: <<http://jdsa.eu/psy/>>
- Kancioğlu, M.,** (2001). Çevresel İmaj, Kimlik, Anlam Bağlamında Akdeniz Bölgesindeki Turizm Binalarının İncelenmesi, Tez
- Kaplan, S. ve Kearney, A.,** (1997). Toward a Methodology for the Measurement of Knowledge Structures of Ordinary People, Environment and Behavior, Vol.29, No.5, Sage Publications.
- Keleş, R. ve Hamamcı, C.,** (1993). Çevrebilim, İmge Kitabevi Yayınları, Ankara
- Kocatürk, U.,** (2005). Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü – İngilizce, Latince, Grekçe Tıp Terimlerinin Dilimizdeki Açıklamalı Karşılıkları, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul
- Küey, L.,** (1995). Ruhsal Bozukluklara İlişkin Halkın Tutum ve Davranışları. Kriz Dergisi 3 (1-2) 172-174
- Kürkçüoğlu, İ.E.,** (2009). Kentsel Açık Mekanlarda Yapay Su Elemanı Tasarım İlkelerinin Mekansal Algı ve Çevre Psikolojisi Bağlamında İrdelenmesi
- Lang, J.T.,** (1974). Designing for Human Behavior: Architecture and Behavioral Sciences, Edited by Land, Dowden and Rose.
- Lang, J.T.,** (1987). Creating Architectural Theory: The Role of the Behavioral Sciences in Environmental Design
- Lape.,** (t.y.). Özel Fransız Lape Hastanesi. Adres: <<http://www.fransizlape.com/>>
- Moore, G.T.,** (1986). Environment and Behavior Research in North America: History, Development and Future Prospects
- Mutlu, A.,** (1973). Sağlık Binaları ve Hastaneler, DGSA, İstanbul

- Ocaktan, M. E., Özdemir, O. ve Akdur, R.,** (2004). Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri, *Kriz Dergisi* 12 (2): 63-73, Ankara
- Özdoğan, B.,** (1976). Birey, Toplum ve Ruh Sağlığı
- Özkarakoç, Y.,** (1981). İnsan-Çevre Etkileşim Sistemi Bakış Açısından Uyumlu Mimari Çevrenin Estetik Öge ve İlkeleri, Doçentlik Tezi, İTÜ Mimarlık Fakültesi, İstanbul
- Özsoy, A.,** (1998). Mimarlıkta Psikoloji Ders Notları, İstanbul Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi, İstanbul
- Öztürk, D.,** (2010). Psikiyatri Mimarisi. *Arkitera E-Bültenleri*, adres: <<http://v3.arkitera.com/h54781-psikiyatri-mimarisi.html>>, alındığı tarih: 15.12.2012
- Proshansky, H.M., Ittelson, W.H. ve Rivlin, L.G.,** (1976). *Environmental Psychology: People and Their Physical Settings*. Holt, Rinehart and Winston Inc., New York, USA
- Rapoport, A.,** (1977). *Human Aspects of Urban Form: Towards a Man-Environment Approach to Urban Form and Design*
- Ruh Sağlığı Politikası.,** (2006). Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Sakallı, N.,** (2001). *Sosyal Etkiler Kimi Nasıl Etkiler?*, İmge Kitapevi, İstanbul
- Saltık, A.,** (2012). *Toplumsal Ruh Sağlığı*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara
- Schulze, B. ve Angermeyer, M.C.,** (2003). Subjective Experiences of Stigma. A Focus Group Study of Schizophrenic Patients, Their Relatives and Mental Health Professionals
- Sherif, M. ve Sherif, C.W.,** (1996). *Sosyal Psikolojiye Giriş II*, Çev: M. Atalay ve A. Yılmaz, Sosyal Yayınlar, İstanbul
- SOA.,** (t.y.). *Claude Monet Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Tasarımı*, Fransa. Alındığı tarih: 20.06.2013, adres: <<http://soa-architectes.fr/fr/projects/show/87>>
- Şemin, S. ve Aras, Ş.,** (2004). *Temel Yönleriyle Psikiyatride Etik*, s.45-62, Dokuz Eylül Yayınları, İzmir
- Şengül, E.,** (2008). *Kültür Tarihi İçinde Müzikle Tedavi ve Edirne Sultan II. Bayezid Darüşşifası*, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne
- Şentürer, A.,** (1995). *Mimaride Estetik Olgusu*, İstanbul Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Baskı Atölyesi, İstanbul
- Tapan, M. ve Sey, Y.,** (1976). *Değerlendirmede Temel Sorunlar ve Mimarlıkta Değerlendirme*, İstanbul Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Baskı Atölyesi, İstanbul
- Taşerimez, M. B.,** (2008). *Hastane Genel Kullanım Alanları ve Hasta Yatak Odalarında Kullanıcı Mekan İlişkisi: İzmit Seka Devlet Hastanesi ve İzmit Özel Konak Hastanesi Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Mimari Tasarım Programı, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Baskı Atölyesi, İstanbul

- Taşkın, O.,** (2004). Damgalama, Ayrımcılık ve Ruhsal Hastalık. 3P Dergisi, 12(3): s.5-12
- Tekin, A.,** (2007). Sağlık – Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Sosyoloji Anabilim Dalı, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta
- Toplum Ruh S. M.,** (2011). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge
- TPD.,** (2008). Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni. ISSN 1308-3279. Cilt 11, Sayı 2.
- Tunalı, İ.,** (1984). Estetik, Cem Yayınevi, İstanbul
- Unite for Sight.,** (2013). Mental Health Online Course, Module 2: A Brief History of Mental Illness and the US Mental Health Care System, Unite for Sight, Inc. <<http://www.uniteforsight.org/mental-health>>, alındığı tarih: 11.02.2013.
- Url-1** <<http://studymore.org.uk/asyarc.htm>>, alındığı tarih: 22.04.2013. *A Middlesex University Resource.*
- Url-2** <<http://www.istanbulkulturenvanteri.gov.tr/>>, alındığı tarih: 28.04.2013. *İstanbul Kültür Mirası ve Kültür Ekonomisi Envanteri.*
- URSEP.,** (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023
- Ünlü, A.,** (1998). Çevresel Tasarımda İlk Kavramlar, İstanbul Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Baskı Atölyesi, İstanbul
- Wapner, S. ve Demick, J.,** (2002). The Increasing Contexts of Context in the Study of Environment Behavior Relations. Handbook of Environmental Psychology, Chapter 1. John Wiley & Sons, Inc.
- WPA.,** (1996). World Psychiatric Association. The WPA Global Programme Against Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia. The Global Burden of Disease, 270, Genova
- Yalçın, B., Gökalp, P. ve Mumcu, C.,** (2009). Bakırköy Akıl Hastanesi'nin Gizli Tarihi
- Yanık, M.,** (2011a). Psikiyatri Hastanelerinde ve Kliniklerinde Mimari Konsept. PEAK - Psikiyatri Eğitimi Asistan Kılavuzu Eğitimleri. BRSHH. Adres: <<http://www.bakirkoyruhsinir.gov.tr/egitim/>>
- Yanık, M.,** (2011b). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri. PEAK - Psikiyatri Eğitimi Asistan Kılavuzu Eğitimleri. BRSHH. Adres: <<http://www.bakirkoyruhsinir.gov.tr/egitim/>>
- Yanık, M.,** (2012). Kişisel Görüşme
- Yanni, C.,** (2007). The Architecture of Madness: Insane Asylums in United States
- YTKİ Yönetmeliği.,** (2005, 1982). 1982 Tarihli Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara

EKLER
EK A: Anket Formları

EK A: ANKET FORMU

1. Yaş:

2. Cinsiyet: () Kadın () Erkek

3. Eğitim Durumu:

() İlköğretim Mezunu () Üniversite Mezunu
() Lise Mezunu () Diğer:

4. Meslek:

5. Hiçbir Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde bulundunuz mu?

() Evet () Hayır

Evet ise, kaç kere? () 1-2 () 3 ve üzeri

6. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ile başka bir yakınlığınız var mı?

() Var () Yok

Var ise,

() Evime Yakın () Her gün kullandığım güzergahta
() İşyerime Yakın () Diğer:

7. Aşağıdaki soruları verilen skalaya göre cevaplayınız:

- (1) Kesinlikle Katılıyorum
- (2) Katılıyorum
- (3) Emin Değilim
- (4) Katılmıyorum
- (5) Kesinlikle Katılmıyorum

- Ruhsal hastalıklar da diğer hastalıklar gibidir. (1) (2) (3) (4) (5)
- Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'ndeki hastaların çoğu tehlikeli değildir. (1) (2) (3) (4) (5)
- Ruhsal hastalığı olanlar bedensel hastalığı olanlarla aynı hastanede tedavi edilebilir. (1) (2) (3) (4) (5)
- Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde hastalara daha fazla özgürlük tanınmalıdır. (1) (2) (3) (4) (5)
- Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri hastanın kendisini evindeymiş gibi hissedecek şekilde düzenlenmelidir. (1) (2) (3) (4) (5)

8. Aşağıdaki soruları verilen skalaya göre cevaplayınız:

- (1) Kesinlikle Katılıyorum
(2) Katılıyorum
(3) Emin Değilim
(4) Katılmıyorum
(5) Kesinlikle Katılmıyorum

- Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde yatmış olan insanlar bir daha asla eskisi gibi olamazlar. (1) (2) (3) (4) (5)
- Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri ruhsal hastalığı olanların bakılacağı yerlerden çok hapisanelere benzer. (1) (2) (3) (4) (5)
- Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin etrafında yüksek duvarlar ve nöbetçiler olmalıdır. (1) (2) (3) (4) (5)
- Kapılar kilitli olmasa bile, pek çok hasta iyileşmedikçe hastaneden dışarı çıkarılmamalıdır. (1) (2) (3) (4) (5)

9. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin size göre mevcut durumunun nasıl olduğunu aşağıdaki sıfat çiftlerine göre belirleyiniz:

	çok	biraz	çekimsiz	biraz	çok	
samimi						uzak
huzurlu						huzursuz
konforlu						konforsuz
hoş						hoş değil
bakımlı						bakımsız
renkli						renksiz
hareketli						durağan
alışılmış						farklı
yalın						karmaşık
insancıl						mekanik
gelişmiş						ilkel
ferah						kasvetli
şeffaf						içe dönük
çeşitli						tekdüze
geniş						dar
özel						genel

10. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin size göre nasıl olması gerektiğini aşağıdaki sıfat çiftlerine göre belirleyiniz:

	çok	biraz	çekimsiz	biraz	çok	
samimi						uzak
huzurlu						huzursuz
konforlu						konforsuz
hoş						hoş değil
bakımlı						bakımsız
renkli						renksiz
hareketli						durağan
alışılmış						farklı
yalın						karmaşık
insancıl						mekanik
gelişmiş						ilkel
ferah						kasvetli
şeffaf						içe dönük
çeşitli						tekdüze
geniş						dar
özel						genel

11. Ruh ve Sinir Hastalığına sahip bir hastanız olsaydı, tüm şartları sağlayabilseydiniz evde tedavi edilmesini mi tercih ederdingiz, hastanede mi?

() Evde () Hastanede

12. Ruh ve Sinir Hastalığına sahip bir hastanız olsaydı, aynı özelliklerde şehrin içinde bir hastanede mi tedavi edilmesini isterdingiz, şehrin dışında mı?

() Şehrin içinde () Şehrin dışında

13. Ruh ve Sinir Hastalığına sahip bir hastanız olsaydı, çevrenizdeki insanlara söylemekten çekinmez miydiniz, yoksa saklar mıydınız?

() Çekinmezdim () Saklardım () Emin Değilim

14. Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nin mimari özellikleri sizce neler olmalıdır?

.....
.....
.....
.....

15. Ekleme istedikleriniz:

.....
.....
.....
.....

ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyad: Beste AKKOYUNLU
Doğum Yeri ve Tarihi: 08.05.1989 / İstanbul
E-Posta: beste.akkoyunlu@gmail.com
Lisans: Yeditepe Üniversitesi Mimarlık Bölümü (2006-2010)
Mesleki Deneyim: Akan Mimarlık (01/2011 – devam etmekte)