

# SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NDAN GÜNÜMÜZE KAMU SAĞLIK YAPILARI MİMARİSİ

Mehmet ŞENER\*

**Öz:** 2003 yılında yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Türkiye'de izlenen sağlık politikalarının, günümüze uzanan sağlık hizmetini oluşturan her bileşende olduğu üzere, kamu sağlık yapıları mimarisinde de bir değişime sebep olduğu görülür. Odağında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hayata geçirilen uygulamalar yer almakla birlikte farklı aktör ve parametrelerin de etkili olduğu bu değişim sürecinde, kamu sağlık yapıları tasarım ve inşasında kullanılmak üzere yayınlanan mimari standartlar önemli bir yere sahiptir. Bu dönemde inşa edilen sağlık yapılarının mimari özellikleri ya da mekânsal öğelerinden sağlık hizmetinin kalitesi ve işlevselliğine uzanan geniş bir spektrumda belirleyici roller oynayan bu standartların önemli bir bölümü T.C. Sağlık Bakanlığı eliyle yayınlanan kılavuz ya da genelgeler yoluyla yazılı hale getirilir. Bu bağlamda makalede, bahse konu mimari standartları merkeze alan bir inceleme gerçekleştirilerek; Türkiye'de kamu sağlık yapıları mimarisinin genel durumuna ve gelişim sürecine dair kapsayıcı bir çerçeve oluşturulması amaçlanmaktadır. Makalede, bu süreç içerisinde ortaya koyulan tüm standartları ele alabilmenin mümkün olmaması nedeniyle sağlık yapılarında bulunan temel hizmet birimlerine yönelik tasarım standartlarını ve bunların uygulamalarını esas alan bir inceleme gerçekleştirilmektedir. Mimari standartların sağlık hizmeti bağlamında yazılma amaçları ve olumlu etkilerinin incelenmesinin yanında, içerikleri ve pratikte uygulanmaları noktasında karşılaşılabilen bazı sorunlara dair gözlem, eleştiri ve önerilere de makalede yer verilmektedir. Standartlar dışında kamu sağlık yapıları mimarisinin gelişiminde etkisi olan bazı önemli faktör ve gelişmeler ile bunların mimariye yansımalarına da yazıda genel bir çerçevede değinilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Sağlıkta Dönüşüm Programı, Kamu Sağlık Yapısı, Mimarlık, Tasarım Standartları

## *Public Health Facilities Architecture from the Transformation in Health Program to the Present Day*

**Abstract:** The health policies implemented in Turkey within the framework of the Transformation in Health Program published in 2003 have led to a change in the architecture of public health facilities, as well as in every component of healthcare services, up to the present day. While the focus is on the practices implemented by the Ministry of Health of the Republic of Turkey, architectural standards published for use in the design and construction of public health facilities play an important role in this transformation process, which is also influenced by various actors and parameters. A significant portion of the standards that play decisive roles in a wide spectrum ranging from the architectural features or spatial elements of healthcare facilities constructed during this period to the quality and functionality of healthcare services, are codified in writing through guidelines or circulars published by the Turkish Ministry of Health. In this context, the article aims to create a comprehensive framework regarding the general state and development process of public healthcare building architecture in Turkey by conducting an examination focusing on these architectural standards. Since it is not possible to address all the standards that have emerged in this process, the article focuses on the design standards and their applications for basic service units in healthcare facilities. In addition to examining the objectives behind the development of architectural standards in the healthcare context and their positive impacts, the article also presents observations, critiques, and recommendations regarding certain challenges that may arise in terms of their content and practical implementation. The article also provides a general overview of some key factors and developments that have influenced the evolution of public health facility architecture beyond standard practices, as well as how these have been reflected in architectural design.

**Key words:** Transformation in Health Program, Public Health Facility, Architecture, Design Standards

## 1. Giriş

Geçtiğimiz 20 yıllık süreçte Türkiye'de inşa edilen kamu sağlık yapıları tür, sayı, boyut ve tasarım standartları bağlamında köklü değişimler geçirir. O dönemden günümüze devletin sağlık politikalarıyla ilgili aldığı daha üst ölçekli kararların bir uzantısı olan bu gelişme, sağlık sistemine dair önemli

değişimler üretmesi yanında, büyük bir sağlık yapısı stoğu ortaya çıkmasına da vesile olur. 2003 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı eliyle hayata geçirilen ve sağlığın farklı boyutlarına dair düzenlemeleri içeren Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bu süreci başlatan ilk önemli adım olduğunu söylemek mümkündür.

\*Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Mimarlık ve Tasarım Fakültesi, Mimarlık Bölümü (ORCID No:0000-0001-8137-8547)

Geliş Tarihi / Received : 25.02.2026

Kabul Tarihi / Accepted : 29.03.2026

Bu programın önceliği sağlık yapısı tasarım ve inşaatlarına yönelik düzenlemeler olmasa da "insan merkezlilik" ve "sürdürülebilirlik" gibi ilkelere dayalı "etkili ve verimli" bir sağlık hizmeti yaratma hedefi çerçevesinde alınan kararlar, beraberinde bu hedefi yakalama doğrultusunda hayata geçirilmeye başlanan çeşitli mimari düzenlemeleri ve teknolojileri de getirir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003:24-25). Bakanlığın bu program çerçevesinde izlediği politikalar sağlık yapısı projelerinde daha güncel tasarım yaklaşımları arayışını hızlandırmış; bu durum da yeni tasarım standartlarının hayata geçirilmeye başlanmasını beraberinde getirmiştir. Yine bu programın hedefleri bağlamında, sağlık yapıları tasarımına ilişkin yeni genelge ve kılavuzlar da hayata geçirilmiş; bu çerçevede kamu sağlık yapılarına ilişkin tasarım standartlarını içeren ilk kapsamlı kılavuz 2010 yılında yayınlanmış, bunu da benzer mahiyeti taşıyan diğer genelge ve kılavuzlar takip etmiştir. Sonraki yıllarda sağlık hizmetinde değişen ihtiyaçların da etkisiyle sağlık yapıları tasarımına dair hem yazılı olmayan yeni uygulamalar hayata geçirilmiş, hem de T.C. Sağlık Bakanlığı eliyle yayınlanan ve yeni tasarım standartlarını içeren yönerge, genelge veya kılavuzlar yayınlanmış olup, günümüzde kamu sağlık yapıları tasarımında referans alınan mimari standartların ve düzenlemelerin bu unsurların bileşkesi olarak ortaya çıktığını ifade etmek gerekir.

Bu bağlamda makalede Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan günümüze uzanan süreçte Türkiye'de kamu sağlık yapıları mimarisinin gelişimi ele alınmakta olup, çalışmanın merkezinde kamu sağlık yapısı tasarımına ilişkin bu dönemde ortaya konulan mimari standartlar ve bunların sağlık yapıları mimarisi ve sağlık hizmetlerinin gelişimine etkisi yer almaktadır. Bununla bağlantılı olarak, dönem içerisinde hazırlanarak hayata geçirilen, bahse konu tasarım standartlarının yer aldığı ve gerçekleştirilen sağlık yapısı inşaatlarında en yönlendirici belgeler olan tasarım kılavuzu ve genelgeler de içerdikleri standartlar ve pratik uygulama örnekleri üzerinden masaya yatırılacaktır. Ele alınan mimari standartların yazılma amaçlarına ve temel özelliklerine yoğunlaşılacak olan makalede, bazı standartların hayata geçirilme süreçlerinde karşılaşılabilen sorunlara ve nedenlerine dair de değerlendirmelerde bulunmaktadır.

Standartların ülke genelinde kamu sağlık yapıları mimarisinin gelişimini belirleyen tek parametre olmadığı gerçeğinden hareketle makalede, konuya farklı boyutlarda etkisi olan başka unsurlara ve bunların mimariye yansımalarına dair de kısa bir değerlendirme yapılmaktadır. Bu çerçevede sağlık yapıları mimarisinin genel durumuna ilişkin gözlem ve analizler de yapılmakta olup, tasarım standartlarının sağlık yapıları mimarisinin gelişiminde oynadığı rolün artı ve eksi yönleriyle ortaya konulması da amaçlanmaktadır.

İncelenen zaman aralığında çok fazla sayıda kamu sağlık yapısı ve mimari standart hayata geçirilmiş olup, bunların her birini bu çalışmada ele alabilmek mümkün değildir. Bu sebeple çalışmada hastanenin temel hizmet birimlerinde hayata geçirilen mimari standart ve düzenlemelere odaklanan bir inceleme gerçekleştirilmektedir. Bu noktada en güncel standartların tamamını anlatmaktan ziyade, ele alınan tarihsel süreçte yaygın olarak uygulanarak kamu hastanelerinde bulunan temel birimlerin mimari yapısını ve verilen sağlık hizmetini şekillendirmiş, majör etkiye sahip standartları temel alan bir inceleme gerçekleştirilecektir. Sağlık sisteminde pek çok yönden bir kırılma noktası teşkil eden Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan günümüze kamu sağlık yapılarının mimarisinin geçirdiği değişime yönelik kapsamlı bir inceleme henüz gerçekleştirilmemiş olup, makalenin bahse konu eksiğin giderilmesine katkı sağlaması amaçlanmaktadır. Türkiye sağlık hizmet ve politikaları gündeminin ana konularından biri olan şehir hastaneleri ise ayrı bir mevzuat ve kapsama sahip olması ve mimari özellikleri ve gelişimi itibarıyla farklı karar alma ve uygulama süreçleri barındırması nedenleriyle bu makalede ele alınmayacaktır. Ancak, güncel mimari standart ve uygulamalar hakkında da genel bir çerçeve oluşturma adına, şehir hastaneleri de dahil olmak üzere kamu hastanelerinin temel hizmet birimlerinde uygulanmakta olan bazı güncel standartlara da çalışmada yer verilmektedir.

## 2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Kamu Sağlık Yapıları Mimarisinin Gelişimi

Türkiye'de kamu sağlık yapıları mimarisinin Cumhuriyet'in Kuruluşu'ndan 2000'li yıllara uzanan süreçte büyük oranda devletin T.C. Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere ilgili bakanlıkları ve belli bir dönemde sağlık hizmeti vererek sağlık yapıları inşa eden Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) gibi kurumları vasıtasıyla hayata geçirilen politikalar, alınan kararlar ve bu çerçevede gerçekleştirilen uygulamalar ekseninde şekillendiği görülür. SSK hastanelerinin 2005 tarihinde Sağlık Bakanlığı'na devri ve 16 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SSK'nın resmen kapatılması sonrasında Sağlık Bakanlığı konuya ilişkin en belirleyici aktör halini alır. 2000'li yıllar öncesinde T.C. Sağlık Bakanlığı ve SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu) tarafından kamu sağlık yapıları mimarisine ilişkin kısmi düzenlemeler içeren çeşitli dokümanlar yayınlanmış ve konuya ilişkin çeşitli uygulamalar hayata geçirilmiş olmakla birlikte, kamu sağlık yapıları mimarisini bir bütün olarak düzenlemeye çalışan karar ya da uygulamaların ortaya koyulmadığı görülür. 2000'li yılların başında da henüz bu konuda bir gelişme olmamakla birlikte, birtakım yeni mimari tasarım karar ve uygulamalarının Bakanlık kontrolünde projelendirilen hastanelerde hayata geçirilmeye başlandığı görülür. 1990'lı yıllara

uzanan süreçte ülkedeki pek çok kamu hastanesinde halen koğu düzeninde yatak odaları, ameliyathanelerde seramik kullanımı ya da yetersiz koridor genişlikleri ve bekleme alanları bulunduğu görülebilmekle birlikte 2000'li yılların başlarında, az sayıda hastanede de olsa 2 ya da tek kişilik hasta yatak odaları, ameliyathanelerde antibakteriyel malzemelerin kullanılması, yapıların alçak katlı planlanması ya da geniş bekleme alanı ve koridorlar tasarlanması gibi kamu hastaneleri mimarisini ve sağlık hizmet kalitesini daha ileri taşıma hedefi taşıyan uygulamalara geçilmeye başlanır. Bu bağlamda, 2003 yılında yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde kamu sağlık yapıları mimarisini dönüştürmeye yönelik adımların atılmaya başlandığı, bu program sonrasında ise çerçevesi daha genişlemek üzere bu dönüşümün ivmelenerek devam ettiği görülür.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde izlenen sağlık politikaları ve alınan kararlar kamu sağlık yapılarında sadece mimari değil, mühendislik uygulamalarından kentle kurulan ilişkiye uzanan geniş bir spektrumda değişimleri beraberinde getirir. Bu bağlamda 2003 yılı öncesi hazırlanan kamu sağlık yapısı projelerinde hayata geçirilmeye başlayan yeni uygulamalara devam edilmesi yanında, programın yürürlüğe girmesinden sonraki süreçte de kimi yazılı kararlar yoluyla, kimi de yapı üretim süreçlerinde yazılı olmayan temayüller şeklinde ortaya çıkan birçok yeni düzenlemenin hayata geçirildiği görülür. Öte yandan, bu dönemde yapıların sağlık hizmetini ilgilendiren konular yanında fiziki özellikleri bağlamında da bir değişim süreci yaşandığını ifade etmek gerekir. Programın hayata geçirilmesini takip eden süreçte başlayıp şehir hastanelerinin inşa edilmesiyle birlikte zirveye çıkmak üzere, kamu sağlık yapılarının 2000'li yıllar öncesine oranla daha fazla yatak sayısına sahip olacak şekilde ve "daha büyük ölçekte" inşa edilmesi sağlık yapılarına dair en önde gelen fiziki değişimlerden biridir (**Gültekin ve Zorlu, 2019:41**). Gerek bu sebeple gerekse her proje için yeterli genişlikte arsa elde edilememesi gibi sebeplerle her durumda alçak katlı ve alana yayılan yapılar tasarlanamamış; yurdun çeşitli yerlerinde kayda değer sayıda yüksek katlı kamu sağlık yapısı inşa edilmiştir. Bunun yanında, aynı projenin farklı yer ve koşullara göre revize edilerek uygulanması esasına dayalı tip proje kullanımının 2000'li yıllar öncesine göre azalmasının da etkisiyle; kütle formları ve cephe özellikleri itibarıyla önceye oranla daha geniş portföye sahip ve çeşitlilik arz eden bir kamu sağlık yapısı stoğunun ortaya çıktığını söyleyebilmek mümkündür.

### 3. Kamu Sağlık Yapısı Tasarım Kılavuzları

Bu dönem içerisinde sağlık yapılarının mimari yapısını şekillendiren en belirleyici unsurlardan biri, T.C. Sağlık Bakanlığı eliyle farklı yıllarda yayınlanan

ve sağlık yapıları tasarımına ilişkin yeni düzenleme ve uygulamaları tanımlayan tasarım standartlarıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yayınlanmasından 2010'a kadar uzanan yılları, sonrasında yayınlan tasarım standartlarının oluşturulmasına altlık teşkil edecek bir hazırlık süreci gibi görmek mümkün olup; bu dönemde birçoğu yazılı olmamakla birlikte yaygın bir şekilde uygulanmış çeşitli mimari düzenlemelerin, yapı malzemelerinin ve mühendislik teknolojilerinin hayata geçirildiği görülür. Kapsamlı bir tasarım kılavuzu hazırlığına yönelik ilk ciddi çalışmalar bu dönemde gerçekleştirilmiş, neticesinde ülkenin ilk sağlık yapıları tasarım kılavuzu, *Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu* adıyla T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında yayınlanmıştır. Kapsamlı bir içeriğe sahip olmakla birlikte, Bakanlık tarafından bağlayıcı bir hükümlerle içerisinde yer alan her bir standarda resmi olarak uyulma zorunluluğu getirilmemesi nedeniyle bu kılavuz, proje hazırlama ve inşaat süreçlerinde ilgili müellif ya da teknik personel için çoğunlukla yol gösterici bir kaynak işlevi görmüş ve içinde yer alan hükümler her bir kamu sağlık yapısı projesinde farklı düzeyde hayat bulmuştur. Bunu müteakiben 2012 yılında ise, içerdiği standartlara kamu sağlık yapıları tasarım ve inşaatlarında uyulması gerektiği kendi içerisinde yazılı olarak ifade edilen *Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Yapılacak Sağlık Tesisleri İçin Proje Aşamasında Uyulması Gereken Hususlar* adlı genelge yayınlanır. Esas itibarıyla sağlık yapısı tasarımıyla ilgili farklı teknik disiplinlere ilişkin standartlar içeren bir kılavuz işlevi görmüş olan bu genelge, içeriğindeki düzenlemelere uyma zorunluluğu getirilmesinin de etkisiyle, yayınlandığı zamanı müteakiben kamu sağlık yapıları mimarisinin gelişiminde son derece belirleyici bir rol oynar.

Bunların sonrasında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından, kamu sağlık yapıları tasarımına ilişkin en güncel kılavuz olan Sağlık Yapıları Standart Kılavuzu (SYSK) 2022'nin farklı dönemlerinde 4 fasikül olarak yayınlanır. Kılavuzun esas itibarıyla sağlık yapıları bünyesinde bulunan hizmet birimlerine ilişkin ulusal ve uluslararası standartlar ile Bakanlık eliyle yayınlanmış tebliğ, yönetmelik, vs.'lerde bulunan düzenlemelerin bir arada sunulduğu bir kurguda yazıldığı dikkati çeker. İçerdiği standartlara birebir uyum zorunluluğu getirilmemiş olması, bir konuya ilişkin farklı ulusal ve uluslararası standartları bir arada içermesi ve hazırlandığı dönemden günümüze kadar geçen süre kısa olduğu için sağlık yapılarında ne düzeyde uygulandığına dair yeterli veri bulmanın mümkün olmaması nedenleriyle çalışmada bu kılavuz detaylı olarak ele alınmamaktadır. Öte yandan, 2012 tarihli genelge sonrasında günümüze Türkiye'de kamu sağlık yapılarına ilişkin yeni mimari düzenlemeler hayata geçirilmiş olup, uygulanmakta olan bu güncel mimari pratiklerin önemli bir bölümüne yazılı olarak ilk kez

2022 tarihli kılavuzda yer verilmiştir. Bu bağlamda makalede kamu sağlık yapıları mimarisinin güncel durumuna ilişkin de genel bir değerlendirme yapabileceğimize, kılavuzda belirtilen ve yakın tarihlerde uygulamalarını gördüğümüz bu mahiyette tasarım standartları da ele alınmaktadır.

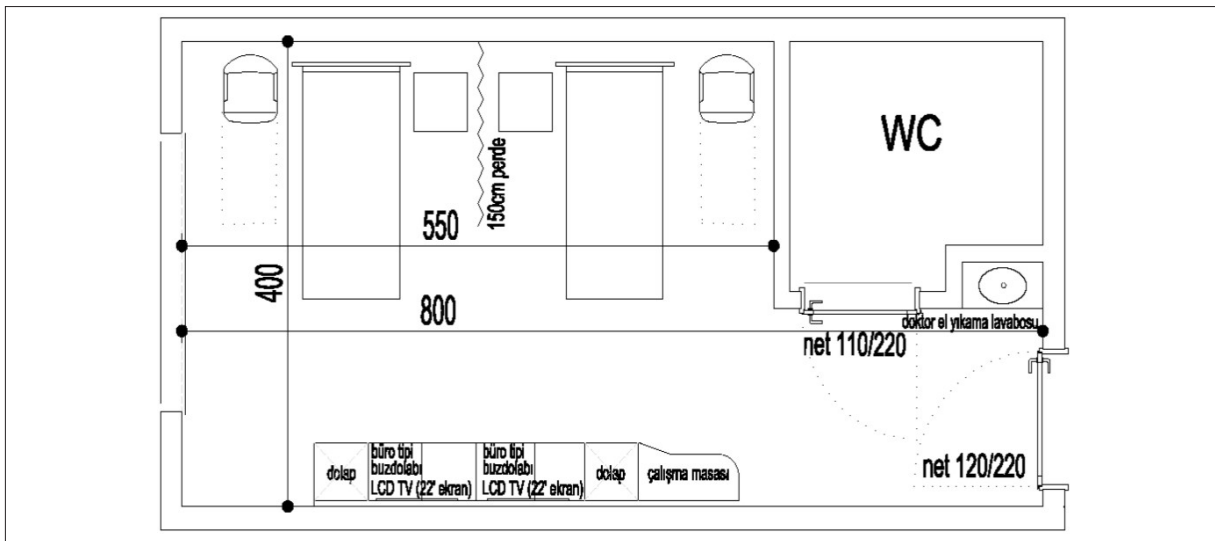
#### 4. Kamu Sağlık Yapısı Hizmet Birimlerinde Uygulanan Mimari Standartlar

Kamu sağlık yapıları tasarımı ve inşaatlarında uygulanan standart ve düzenlemeler içermeleri nedeniyle ülkede kamu sağlık yapıları mimarisinin 2010'lardan günümüze şekillenmesinde oldukça belirleyici unsurlar olan 2010 tarihli kılavuz ve 2012 tarihli genelgenin içeriğine bakıldığında; hasta yatak servisi, yoğun bakım ünitesi, ameliyathane, acil servis, poliklinikler ve doğumhane gibi temel sağlık hizmet birimlerine ilişkin yazılan mimari standartların ciddi bir ağırlığa sahip olduğu görülür. Bu birimlere ilişkin standartlar yanında, incelenen iki dokümanda kamu sağlık yapılarının kentle ilişkisi ve çevre/peyzaj tasarımından cephe ve form özelliklerine uzanan geniş bir yelpazeyi ilgilendiren standartlara yer verildiği ve bunların da yapıların mimari gelişiminde rol oynadığını ifade etmek gerekir. Ancak makalede tüm standartları içeren bir incelemenin gerçekleştirilebilmesi mümkün olmayıp, tanımlı bir çerçevede konuyu ele alabilmek ve yapıların mimari gelişim sürecini anlamaya yönelik kapsayıcı bir bakış açısı oluşturabilmek için sağlık hizmetinin ana omurgasını oluşturan bu birimlere ilişkin ortaya koyulan standartlar ekseninde bir inceleme yapılmaktadır. Bu çerçevede, makalenin bu bölümünde hastanenin temel birimlerine ilişkin bu dokümanlarda yer alan mimari standartlar; içerikleri, amaçları ve pratik uygulamaları bağlamında ele alınmaktadır. Daha yaygın ve geneli kapsayan bir

düzeyde uygulanmış olması nedeniyle 2012 tarihli genelgede bulunan mimari standartlar makalede daha detaylı incelenmekte olup; bunun dışında 2010 tarihli kılavuzda yazılı olup pratikte uygulanmış mimari standart ve düzenlemeler de bu bölümde mercek altına alınmaktadır. Ele alınan hizmet birimlerine ilişkin günümüze daha yakın tarihlerde ne gibi yeni standartların hayata geçirildiğini gözlemleyebilme adına, bu iki dokümanda bulunmayıp 2022 tarihli kılavuzda yer verilen ve güncel pratikte uygulanmakta olan bazı önemli standartlara da değinilmektedir.

#### 4.1. Hasta yatak servisi

1990'lara uzanan süreçte kamu hastanelerinde halen koğuş tipi hasta yatak odaları ve ortak kullanılan banyo/wc birimleri gibi uygulamalar görülmekte olup, 2000'lerin başından itibaren hazırlanan kamu sağlık yapıları projelerinde tek ya da iki kişilik ve kendi banyo-wc'si olan odalara yaygınlık kazanacak düzeyde yer vermeye başlanması Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hemen öncesinde hasta yatak servisleri mimarisinde ciddi bir değişim sürecini başlatan ilk önemli adımlardan biridir. Programın hayata geçirilmesi sonrası kamu sağlık yapıları bünyesinde mimari tasarım değişikliklerinin yoğunlaştığı ilk birimlerden biri hasta yatak servisleri olup, uygulamaya alınan yeni mimari standart ve düzenlemelerle önceki birkaç yılda başlayan değişimin daha da genişletilerek devam ettirildiği bir sürece tanıklık edilir. "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında hastanelerin hizmet kalitesini arttırmak için hasta yatak odalarının "5 yıldızlı otel" odası standartlarında planlanması hedefinin belirlenmesi, ister istemez bu odalarda gerekli koşulları sağlamaya çalışan mimari düzenlemelerin hayata geçirilmesini beraberinde getirir (Akdu ve ark., 2016:401). Bu hedef doğrultusunda, tüm yeni tasarlanan hasta



Şekil 1. Hasta Yatak Odası Plan Şeması (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:17)

odalarının ya direkt tek kişilik ya da 2 kişilik olarak tasarlanıp inşa edilmesi kamu sağlık yapılarında istisnasız olarak hayata geçirilen bir mimari düzenleme halini alır (Şekil 1). 2010 tarihli kılavuzun yayınlanmasına giden süreçte hasta yatak servislerine yönelik tasarım değişiklikleri sadece belirtilenlerden ibaret kalmaz. Günümüzde hasta yatak servisi ve odaları tasarımlarında da uygulanan ve bir bölümü 2003 öncesi süreçte hazırlanan projelerde de yer alan oda ve koridor zeminlerinde PVC (Polivinil Klorür) kullanımı, daha steril bir ortam elde etme adına duvar ve tavanlarda antibakteriyel boya kullanımı, hasta odalarının doğal gün ışığından faydalanacak şekilde planlanması ve hasta odası büyüklüğü ile hasta başına düşen alanın artırılması gibi birçok düzenleme mimari projelerde yaygın olarak hayata geçirilmeye başlanır.

Kamu sağlık yapısı hasta odaları tasarımına plan şeması ve mekânsal öğeler bağlamında büyük ölçüde son halini vermiş standartları içeren ve 2010 tarihli kılavuza göre çok daha belirleyici bir rol oynayan 2012 tarihli genelgede, hâlihazırda uygulanan bu tasarım yaklaşımlarının çerçevesini daha net çizmek ve yazılı standart haline getirmek adına "Hasta yatak servisleri ve koridor zeminlerinin anti bakteriyel homojen, PVC (GRUPT) ile kaplanması ve odalarda doğal aydınlatma ve havalandırılma sağlanması" maddelerine yer verildiği görülür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:16). Genelgede bunlar yanında öne çıkan standartların, hastanın kendi başına ya da yataklı halde oda ve koridorlarda rahat hareket edebilmesi adına yeterli minimum ölçüleri sağlama, hasta sağlığına ve psikolojisine iyi gelecek mekânsal öğeler seçme ve özellikle hasta banyoları için geçerli olmak üzere hastayı engelli bir birey olarak kabul ederek onun rahat hareket etmesine yönelik tasarımlar gerçekleştirme hedefi çerçevesinde yazıldığı görülür.

Hasta transferinin engelsiz bir şekilde gerçekleştirilmesi için yazılan "hasta odası kapıları için net 120 cm ve hasta odası banyo kapıları için net 110 cm (kanat genişliği)" genişlik sağlanması maddesi genelgede bu bağlamda belirtilen ve yaygın bir şekilde uygulanan standartlardan biri olur (Şekil 1). "Hasta yatağının etrafında; hastaya üç yönden müdahale edilebilecek şekilde 120 cm boşluk bulunmalıdır" ibaresi gibi müdahale ve hasta trafiği için yeterli alanlar yaratılmaya çalışılan ölçülendirme bazlı maddeler yanında, odalarda "hareket kabiliyetini kısıtlayıcı girinti ve çıkıntı olmaması, banyo kapısı ve oda giriş kapısının açıldıklarında birbirlerine çarpmayacak, giriş alanını kapatmayacak ve geçişleri engellemeyecek şekilde" planlanması gibi düzenlemeler içeren maddeler de benzer doğrultuda yazılmış standartlara örnek olarak verilebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:16-18). Hareket zorluğu olması muhtemel hastanın destekle yürüebilmesi ve yataklı hasta trafiğinin yapıya zarar

vermesini engellemek için yazılan "Hasta odalarında duvar ve boya aşınmasını engelleyecek, ayrıca hastanın gerektiğinde tek başına tuvalete gidebilmesini sağlayacak tutunma barları (sedyeye çarpma bandı) yapılması" ve "..kapı kanadının alt kısmına ve ortasına gelecek şekilde sedye çarpma bantları yapıştırılması" maddeleri de genelgenin yaygın uygulanan standartları haline gelir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:16). Genelgede hasta banyoları için gözetilen temel tasarım parametrelerinin hastanın banyoyu rahat kullanabilmesi, engelli standartlarının tesis edilmesi ve daha steril ve kolay temizlenebilir bir ortam elde edilmesi olduğu görülür. Bu amaçla genelgede oda boyutları için "min. 2x2.5 m ölçüsünün" belirlendiği, duş yeri için "gözeneksiz ve kolay temizleme özelliğine sahip olması" nedeniyle "akrilik epoksi esaslı (kaymaz özellikte) malzemenin" önerildiği ve duş/wc bölümlerinde engelli kullanımına elverişli "kapanır şekilde duş oturağı" ve tutamaklar tasarlanması gerektiği ifade edilen standartlara yer verilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:18-19).

Hasta odalarının tasarıma göre değişkenlik gösterebilen iç ölçü ve boyutları da genelgede verilen şematik oda planı çizimiyle tanımlı bir çizgiye oturtulmaya çalışılır. Odanın eni için 4 m, boyu için 8 m standart mekân ebatları olarak tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:17) (Şekil 1). Öte yandan, genelgeden farklı olarak 2010 tarihli kılavuzda tek kişilik hasta yatak odaları için 4.75x6.60 metre, çift kişilik içinse 4.65x8.20 metre ölçülerinin verildiği, duş-wc bölümü içinse en-boy ölçüsü yerine 4.10 m<sup>2</sup>'lik bir alanın belirlendiği görülür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010:79-80). 2010 tarihli rehberde ağırlıklı olarak hasta odasına ve içinde bulunan öğelere (komodin, dolap, çekyat, vs. dahil) yönelik ölçü ve boyutlara yer veren bir kurgunun hakim olduğu görülmekte olup; tek veya çift kişilik odalara yer verilmesi ya da duş/wc'lerin engelli standartlarında olması ve kapılarının dışa açılması gibi 2012 tarihli genelgeyle uyumlu maddeler yanında "tek kişilik odalarda yatak etrafında, ayak kısmı ve her iki yanında 110 cm'lik bir açıklık bulunması" gibi hasta odası planlamasına ilişkin genelgeden az da olsa farklı ölçülerin de verildiği dikkati çeker (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010:78). Hasta yatak servislerinin geniş bir kapsamda ele alındığı 2022 tarihli rehberde bunlardan farklı olarak anlatılan ve bazı kamu hastanelerinde uygulamaları görülmeye başlanan standartlar arasında yeni hasta oda tipleri olan izolasyon hasta odası ve bariatrik hasta odasının özellikleri ile yatan hasta servislerinin kaç yataklı planlanması gerektiğine ilişkin ifadeler yer alır. Şehir hastanelerinde de önceki standartlara paralel olarak "yalnızca tek ve çift kişilik hasta yatak odalarına yer verildiği" ve "odaların tekerlekli sandalyede bulunan hastaların kullanımına" uygun şekilde planlandığı; bunun yanında "her yataklı serviste engelli hastaların

kullanımına özel odalara" yer verilmeye başlandığı görülür (Doğan ve ark., 2016:35).

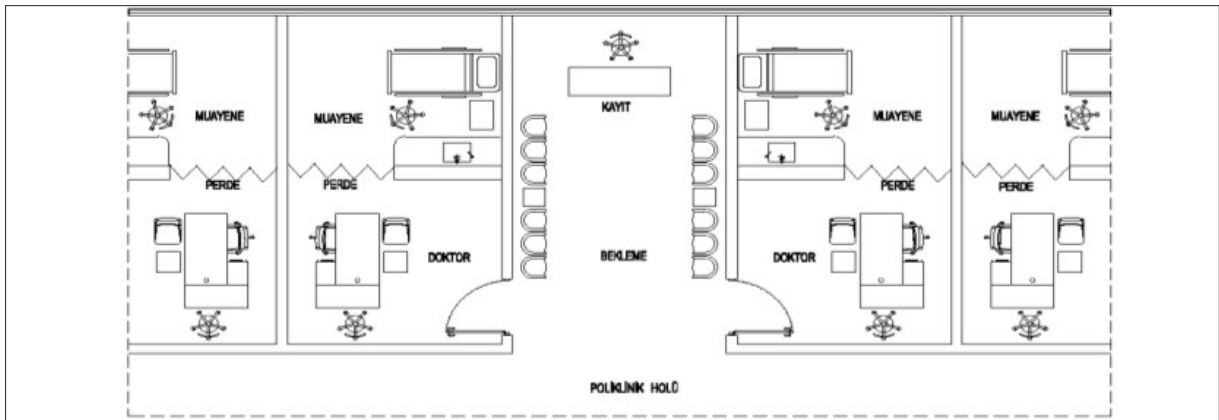
#### 4.2. Poliklinikler

Hizmet verdiği saatlerde hastanenin en yoğun insan trafiğini barındıran polikliniklere ilişkin 2003'ten günümüze ortaya koyulan mimari düzenlemelere bakıldığında, yayınlanan kılavuz veya genelgede belirtilen standartlar yanında yoğun kullanıcı sayısı ve trafiğine çözüm üretmek, hastalar ile sağlık çalışanlarının konfor ve psikolojisini iyi bir düzeye getirmek ve sağlık hizmetindeki güncel değişim ve ihtiyaçlara cevap vermek gibi hedefler doğrultusunda hayata geçirilmiş, yazılı olmayan başka tasarım yaklaşımlarının da yaygınlık kazanan uygulamalar haline geldiği görülür. Yoğun hasta trafiğini karşılayacak genişlikte ve ferah bekleme/çalışma alanları planlanması, poliklinik odaları ve bekleme alanlarının gün ışığından azami derecede yararlandırılması ve poliklinik ana girişlerinin düz ayaklı (binanın iç ve dış tarafı aynı seviyede) olarak planlanarak hasta-engelli kullanıcı için elverişli hale getirilmesi gibi bazı tasarım kararları bu mimari düzenlemelere örnek olarak verilebilir.

Bu dönemde, poliklinik muayene odaları tasarımına ilişkin birkaç farklı modelin uygulandığı görülür. Bu modeller arasında yaygın uygulanmış olanlardan biri 2012 tarihli genelgede gösterilen; odanın giriş tarafında doktor ile görüşme kısmının, bir separatörle (dolap, jaluzili cam, vs.) buradan ayrılan cepheye yakın tarafta ise muayene kısmının konumlandığı şemadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:14) (Şekil 2). Genelgede, separatör sistemi düşünülmeden odalar için muayene yatağı çevresinde "tavana alüminyum ray sistemi üzerine monte edilen kornişlere asılı perdeler" yoluyla muayene için gerekli izolasyonun sağlandığı bir sistem de önerilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:10). 2010 tarihli kılavuzda ise doktor görüşme ile müdahale kısımlarının ayrı odalar olarak tasarlandığı farklı bir oda tasarımı şeması sunulur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010:65-66).

Bu kılavuzda ağırlıklı olarak "genel poliklinik odasının minimum 20 m<sup>2</sup> olması, müdahale odasınının 24 m<sup>2</sup> olması" ya da "odalarda en az 13 m<sup>2</sup>'lik boş zemin alanı olması" gibi kullanıcı için gerekli asgari alan ve ölçüler ile bölüm bünyesinde bulunması gerekli oda türleri ve özelliklerine dair standartlara yer verildiği görülür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010:65). Doktor odası ile muayene / müdahale kısmının ayrı odalarda planlandığı şemanın kamu sağlık yapılarında fazla uygulanmadığı görülmekte olup; bu dönemde bu iki kısmın aynı odada olduğu sistemin çok yaygın tercih edilmesinde doktor görüşme ve muayene işlemlerinin daha pratik hale getirilerek daha fazla sayıda muayene yapılabilmesini sağlama düşüncesinin yattığı ifade edilebilir.

"Polikliniklerin koridor genişlikleri en az 3,00 metre olarak planlanacaktır" maddesi ise 2012 tarihli genelgede polikliniklere ilişkin asgari ölçü belirten ve bu dönemde çok yaygın uygulanmış bir standarttır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:12). 3 metre genişlik, ayrı bekleme bölümünün az olduğu ya da hiç olmadığı durumlarda hasta trafiği ile bekleme rahatlatma konusunda yetersiz kalabildiği için, koridor genişliklerinin artırılması yoluyla bekleme ve hasta-personel trafiğinin sorunsuz bir şekilde bir arada sürdürülebilmesi için yeterli genişliğin sağlanmaya çalışıldığı tasarımların da hayata geçirildiği görülür. Bunun yanında genelgede ".yan yana konumlanan her 2 poliklinik için aralarına 1 hasta yönlendirme bankosu" ve "hastalar için bekleme alanı" tasarlanmasına yönelik bir maddeye de yer verilerek bekleme alanlarının sadece koridor kısmında değil odaların arasında, akan koridor trafiğinden bağımsız olarak tasarlanmasını öngören bir standart ifade edilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:14) (Şekil 2). Belli düzeyde uygulama sahası bulan bu standart işlevsel görünmekle birlikte, poliklinik tasarımına yönelik muhtemel tüm varyasyonlara cevap verir nitelikte değildir. Zira, genelgede ifade edilen modelin uygulanmasının, ilgili



Şekil 2. Poliklinik Bekleme Alanı ve Muayene Odası Tasarım Şeması (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:14)

tüm tasarım bileşenleri (arsa, ölçek, vs) göz önünde bulundurulduğunda her yeni tasarım için mümkün olamayabileceği görülmekte olup, birçok hastanede bundan farklı poliklinik bekleme tasarımı modellerinin uygulanmış olması bunun en net göstergesidir. Dolayısıyla bu madde, tasarım alternatiflerini sınırlayıcı yönler barındırması itibarıyla ele alınan standartların bir bölümünde görülen kapsayıcı bir şekilde uygulanabilir olmama sorununu örnekleme itibarıyla dikkate değerdir.

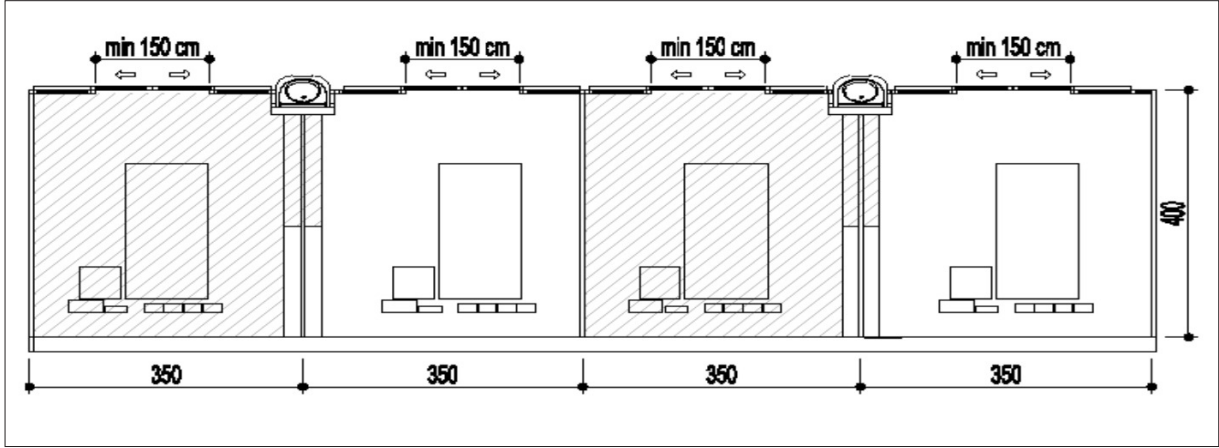
Poliklinik bölümlerinin ulusal ve uluslararası standartlar çerçevesinde detaylı bir şekilde ele alındığı 2022 tarihli kılavuz, muayene odaları ve bekleme alanlarına ilişkin gerçekleştirilen güncel uygulamalar bağlamında incelendiğinde, önceki standartlarda sunulan muayene odası tiplerinden belli yönlerde farklılaşan tasarımlara da yer verildiği görülür. Yakın tarihlerde inşa edilen şehir hastanelerinde uygulamaları görülen; hasta muayene kısmının oda girişi tarafında ve tavana monte edilen perdelerle ayrıldığı, doktor görüşme kısmının ise cephe tarafında kaldığı muayene odası modeli, bahse konu farklı oda tasarımına bir örnek olarak verilebilir (**T.C. Sağlık Bakanlığı, SYSK-1, 2022:24-25**). Oda girişi tarafında doktor görüşme kısmının, cephe tarafında ise perdeyle ayrılmış muayene kısmının bulunduğu modelin uygulandığı yakın tarihli bir şehir hastanesi muayene odası örneğinin de aynı kılavuzda sunulması, kamu sağlık yapısı tasarımlarında tek bir muayene odası modelinin değil, farklı modellerin bir arada uygulanmasına devam edildiğini göstermektedir.

#### 4.3. Yoğun bakım ünitesi

Kamu sağlık yapısı birimleri içerisinde Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası hayata geçirilen mimari düzenleme ve standartlar çerçevesinde mekânsal özellikleri köklü değişimler geçiren birimlerden biri de yoğun bakım üniteleridir. Hastayı daha iyi gözlemleme ve hızlı müdahale edebilme, daha işlevsel bir hizmet akışı sağlama, steril bir ortam elde etme ve hasta için gerekli izolasyonu sağlama gibi hedeflerin, yeni standartların belirlenmesinde esas alınan temel parametreler olduğu görülür. 2012 tarihli genelgede adı 'arena tipi' ünite olarak geçen; sağlık çalışanlarının hastayı daha rahat gözlemleyip hızlı müdahale edebilmesi adına hemşire deskini yoğun bakım ünitesinin merkezi bir noktasında konumlandırma esasına dayanan plan şeması bu hedefler çerçevesinde hayata geçirilmiş, kamu sağlık yapısı yoğun bakım ünitelerinde program sonrasında günümüze yaygın olarak uygulanan modellerden biri olur. Konuyla ilgili az sayıda madde içermekle birlikte, 2012 tarihli genelgede bulunan standartların yoğun bakımların mimari değişiminde rolü büyüktür. Genelge eliyle resmîyet kazanarak yaygın bir şekilde uygulanan en kritik tasarım standartlarından biri,

kendisinden önceki dönemlerde bazen aralarında hiçbir separatör bulunmayan, bazen de perde türü elemanlarla ayrıldıkları görülen yoğun bakım ünitesi hasta yataklarının her birinin, jaluzili lamine cam ve önünde bir kayar kapı ile izole edilmesi ve ünite içerisinde hastaya özel odalar elde edilmesi olmuştur (**T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:2**) (Şekil 3). Hasta yatak ünitesinin "3 tarafı kapalı (mobilya, laminant dolapla, dolabın üstünden tabandan, tavana kadar jaluzili lamine cam ile separe edilerek) bir tarafı açık şekilde, açık olan kısımların da kapıları iki yana kayar kapılı olacak şekilde" ve "koridora bakan kısımlarında gömme lavabo" düşünülerek tasarlanması gerektiği ifade edilen genelgede 3.düzyen yeni doğan ünitesi için "minimum 3,5 m boy, 3,5 m en", diğer arena tipi yoğun bakım üniteleri içinse minimum 4 metre boy, 3,5metre en" bu odalar için standart ölçüler olarak ifade edilir (**T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:2**) (Şekil 3). Enfeksiyon riski barındıran unsurların transferini engelleme amacıyla yoğun bakım ünitesi "giriş hollerinde el yıkama, galoş ile dezenfeksiyon için ayrılmış ve içinde gerekli üniteleri barındıran cep oluşturulması" maddesi genelgede bulunan ve yaygınlık kazanarak uygulanmış diğer önemli standarttır (**T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:2**). Öte yandan, 2012 tarihi sonrasında planlanarak inşa edilmiş bazı kamu hastanelerine ait arena tipi yoğun bakım ünitelerinde yatakların sadece perdeyle ayrıldığı uygulama örneklerinin bulunduğu dikkate alındığında, genelgenin ilgili maddesine uymayan ünite tasarımlarının da dönem içerisinde hayata geçirilebildiği dikkati çeker.

2010 tarihli kılavuzda yoğun bakım üniteleri için belirtilen "tek kişilik ya da koğuş tipi veya her iki grup olarak bulunabilir. Ancak tek kişilik odalar tavsiye edilmektedir" ifadesiyle üniteler için net ve kesin bir tanımlamanın yapılmadığı; bunun yerine tek ve iki kişilik odalara dair mimari unsurlar ve ölçülerin çizimler yoluyla sunulduğu, tavsiye niteliğinde kalan standartlara yer verildiği görülür (**T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010:82**). Bununla da bağlantılı olarak, yayımlandığı dönemi müteakiben bu kılavuzda tanımlanan tek veya iki kişilik yoğun bakım odası sisteminin belli bir süre nerdeyse hiç uygulanmadığı; günümüzde de halen uygulanmasına devam edilmek üzere, ağırlıklı olarak arena tipi yoğun bakımların planlandığı görülür. Öte yandan, şehir hastanelerinde pratik uygulamaları yaygın olarak görülmek üzere, tek kişilik oda düzenine sahip yoğun bakım ünitesi modelinin de bir süredir kamu sağlık yapılarında kullanıldığı dikkati çeker. Temelinde "enfeksiyonu önleme" ve "steril mahaller yaratma" amacı yatan bu model ile "her bir hasta için akut servislerdeki gibi özel odaların tasarlandığı" ve "katlarda odaların kolayca gözlemlenebileceği hemşire istasyonlarının konumlandırıldığı" bir şema hayata geçirilir (**Doğan ve ark., 2016:35**). Tek kişilik odaların güncel mimari



**Şekil 3.** Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Yatak Bölümleri (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:2)

özellikleri hakkında genel bir çerçeve oluşturabilme adına, yoğun bakım ünitelerinin detaylı bir şekilde ele alındığı 2022 tarihli kılavuzda yer alan ve pratikte hayata geçirilmiş bir oda örneği incelendiğinde “normal oda boyutunun ortalama 22 m<sup>2</sup> olduğu, hastanın yüzünün koridordan direk görülebileceği şekilde planlandığı, oda girişinde otomatik camlı kayar kapı bulunduğu ve odaya girildiğinde enfeksiyon kontrolü amaçlı el yıkama lavabosu bulunduğu” görülür (T.C. Sağlık Bakanlığı, SYSK-3, 2022:103).

#### 4.4. Ameliyathane bölümü

Kamu sağlık yapıları ameliyathane bölümlerinde mimari özellikler ve mekânsal öğeler bağlamında yaşanan değişimin başlangıç tarihinin 2000’lerin başı olduğunu söyleyebilmek mümkün olmakla birlikte, sağlık hizmetine de etkileri bağlamında esas belirleyici mimari değişimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı takip eden yıllarda gerçekleştiğini ifade etmek gerekir. Ameliyathane bölümlerine ait zemin, duvar ve tavanlarda antibakteriyel ve kolay temizlenebilir yapı malzemelerinin tercih edilmesi,

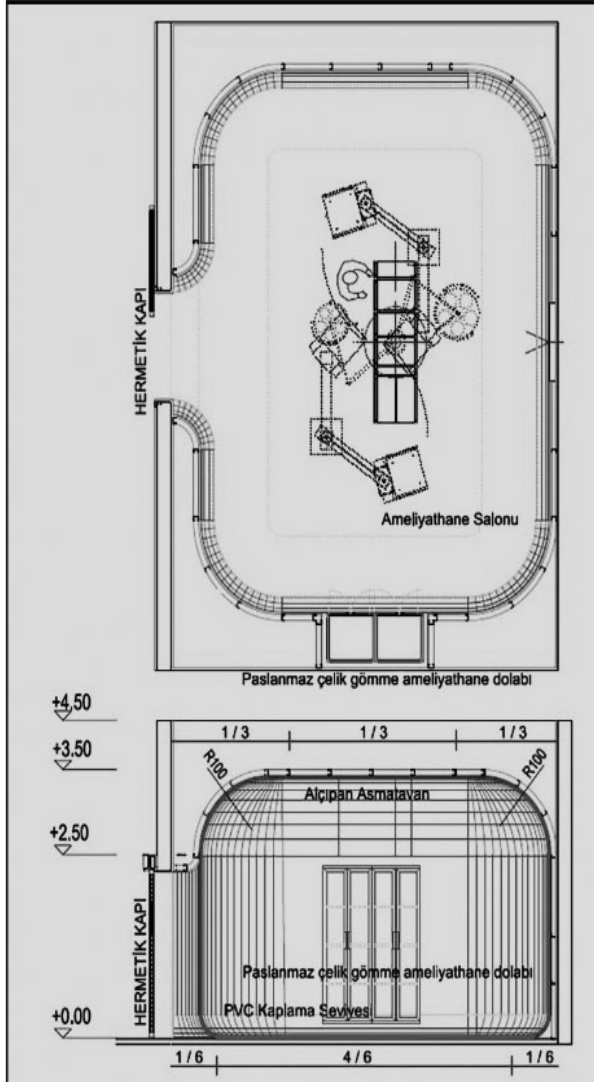
ameliyat odalarında tesisat ve tıbbi cihazların sorunsuz kullanımı için gerekli asgari kat yüksekliklerinin sağlanması ya da ameliyathane bölümünün, bulunduğu bloğun en üst katında planlanması gibi 2000’ler öncesinde daha farklı uygulamaların görülebildiği bazı mimari düzenlemeler, bu yılları müteakiben kamu sağlık yapıları mimari projelerinde az sayıda istisna dışında düzenli hayata geçirilen tasarım kararları halini almaya başlar. 2010 tarihli kılavuz öncesinde belli kamu sağlık yapılarında uygulamaları görülmekle birlikte bir standart olarak ilk defa bu kılavuzda yazılı hale getirilerek yaygınlık kazanan ve günümüze uzanan süreçte kalıcı bir uygulama haline gelen diğer bir tasarım ilkesi de ameliyathane bölümlerinin kirli alan, yarı steril alan ve tam steril alan olarak tanımlanan bölümlere ayrılacak şekilde planlanmasıdır. Ameliyathane bölümünde steril bir ortam

yaratmak için gerekli mekânsal kurguyu ve kontrol mekanizmalarını sağlama amacıyla hayata geçirilen bu düzenleme yanında, bölüm içerisindeki sağlık hizmet akışını yönlendirecek derecede önemli bazı yeni birimlerin de, 2010 öncesi dönemde de uygulanmış olmakla birlikte, ilk kez bu rehberde standart olarak tanımlandığı ve o dönemden günümüze ameliyathane bölümlerinin ana hizmet mekanları haline geldiği görülür. Hastanın operasyon öncesi belli bir süreci geçirdiği ve gerekli hazırlıkların yapıldığı ameliyat öncesi (Pre-op) hasta alanı, ameliyat sonrası hastanın uyanma sürecini geçirdiği anestezi sonrası bakım (Post-op) ünitesi ve kirli alan ile yarı steril alan arasında bir sedye transfer alanı (çift kayar kapılı ve air-lock sistemine sahip) işlevini gören sedye transfer holü gibi mahaller bahse konu yeni birimler arasında öne çıkar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010:96).

2012 tarihli genelgede ameliyathane bölümlerine ilişkin yazılan standartların kamu sağlık yapılarında kapsamlı bir uygulama sahası bulunduğu; bu çerçevede bölüme ait plan şemasına yeni birimlerin eklendiği ve ciddi tasarım değişikliklerine gidildiği görülür. Bu çerçevede, bölüm bünyesinde daha steril bir ortam ve sağlıklı bir asepsi elde etme düşüncesiyle “personel girişlerinde terlik rafı geçiş havuzu,” hastanenin yatak kapasitesi çerçevesinde sayısı belirlenmek üzere “asepsi mahalleri,” “yarı steril alanda ameliyathane organizasyon deski” ve “200 yatak ve üzeri hastanelerde ameliyathane personeli için yarı steril alanda yemek yenilecek mahal” gibi birimler genelgede tanımlanarak ameliyathane bölümü plan şemasının önemli ve yaygın kullanılan mekânsal öğeleri haline gelirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:6-8). Operasyon sürecinde gerekli steril ortamı sağlama düşüncesi çerçevesinde ameliyat odası döşeme, duvar ve tavanı ile oda bünyesinde bulunan mobilyalara ilişkin de düzenlemelere genelgede yer verilir. “Ameliyathane odaları tavan ve duvar birleşme noktalarının köşesiz ve oval olması” ve oda “içindeki

dolapların 2 ameliyathane arasında duvara gömme şekilde yapılıp yarısını bir ameliyathane diğer yarısını diğer ameliyathane kullanacak şekilde" tasarlanması gibi standartlar genelgeye bu amaçla yazılan ve günümüze uzanan süreçte sıklıkla uygulanan planlama kararlarıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:6) (Şekil 4).

Öte yandan genelgenin yayınlanmasından günümüze uzanan süreçte kamu sağlık yapıları ameliyathane bölümlerinde başka yeni hizmet teknolojileri ve mekânsal düzenlemelerin de hayata geçirildiği görülür. Farklı teknolojik altyapıya ve mimari özelliklere sahip yeni ameliyat odası tipleri olan hibrid ve robotik cerrahi ameliyathanelerinin planlanarak şehir hastaneleri başta olmak üzere bazı kamu hastanelerinde hizmete alınması, yaygınlık kazanmaya başlayan bu yeni uygulamalara bir örnek olarak verilebilir. 2010 tarihli kılavuzda kirli alan, yarı steril alan ve



Şekil 4. Ameliyathane Detayı  
(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:7)

tam steril alan olarak ifade edilen yerleşim düzenine günümüzde gerçekleştirilen ameliyathane bölümü tasarımlarında halen riayet edilmekle birlikte, 2022 tarihli kılavuzda bu düzenin kendi içinde bazı farklar içerecek şekilde kurgulanmasını öngören yeni yerleşim modelleri sunulur. Bu çerçevede, kılavuz-da ameliyathane bölümü tasarımı için "tek koridor, parkur ve küme tasarımı" olmak üzere 3 farklı model önerilmekte olup; bu modellerden bazılarının şehir hastaneleri başta olmak üzere az sayıda kamu sağlık yapısında hayata geçirildiği görülür (T.C. Sağlık Bakanlığı, SYSK-4, 2022:18).

#### 4.5. Acil servis bölümü

Ambulansla gelen ve ayakta hasta için ayrı olmak üzere 2 girişin bulunduğu ve iç kısımlarda gerçekleşen hasta trafiğinin de büyük ölçüde bu ayırım çerçevesinde şekillendiği bir plan şeması Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında günümüze uzanan süreçte kamu sağlık yapıları acil servislerinde yaygın olarak hayata geçirilmiş bir tasarım modelidir. Hastane ölçeği ve yatak kapasitesi büyüdükçe acil servislerin giriş sayısının (erişkin, çocuk, kadın doğum, vs. adları altında) arttığı görülür. Asgari ve büyük acil servis hizmetinin tanımı yapılarak farklı ölçekte hastanelerin acil servislerinde verilecek sağlık hizmeti ve mekânsal örgütlenmeye ilişkin genel bir çerçeve çizildiği görülen 2010 tarihli kılavuzda, günümüzde pek çok kamu sağlık yapısında gördüğümüz, "servis alanlarını kırmızı (canlandırma), sarı (müşahede) ve yeşil (poliklinik) alanlar" olarak tanımlayan düzenleme bir standart hüviyetinde yazılı hale getirilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010:103). Acil servislerin Seviye I, II ve III olarak sınıflandırıldığı kılavuzda, her seviyeye göre servisin içermesi gereken birimler ve destek alanları tasarım özellikleriyle birlikte tarif edilerek, kamu sağlık yapıları acil servislerinde hangi temel birimlerin olması gerektiği belirtilir. Ayaktan hasta girişine yakın planlanan ve kılavuzda "Hastaların acil servise girdikleri anda hastalık durumlarını anında belirleyen, derhal müdahale eden ve ileri muayene tetkik ve tedavilerinin yapılması için ilgili alanlara sevk yapıldığı bir alan" olarak tarif edilen triyaj alanı, bu dönem içerisinde mimari özellikleri tanımlanarak acil servislerde verilen sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçası haline gelmiş en önemli birimlerden biridir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010:107).

Bunun dışında kamu sağlık yapıları acil servis bölümlerine, 2012 tarihli genelgede özellikleri tanımlanan başka birimler de eklenir. "Trijajda ön muayenesi yapıldıktan sonra ciddi bir durumu olmadığı tespit edilen hastaların tespit ve tedavisi için" ayaklı acil servis kısımlarında planlanmaya başlayan poliklinik odaları bu yeni birimler arasında önemli bir yer tutar. Hasta, sağlık çalışanı ve ziyaretçi konforunu sağlama hedefi çerçevesinde genelgede belirtilerek acil servis bölümlerinde yer bulan ya da mekânsal nitelikleri değiştirilen diğer birimler "doktor, hemşire, personel için ayrı

soyunma ve dinlenme alanları, toplam acil servis alanının %10-15'i kadar kapalı ve yarı açık alanı mevcut olan kafe mahali ve hastanenin yatak kapasitesi ve acil servisin seviyesine göre hasta ve hasta yakınları için bekleme alanıdır" (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:1). Acil servis alanlarının kırmızı, sarı ve yeşil alan olarak ayrılması ya da farklı acil servis seviyeleri dikkat alınarak planlama yapılması gibi pek çok temel konuda önceki dokümanlarla uyumlu bir içerikte yazılan 2022 tarihli kılavuzda, ulusal ve uluslararası standartlar çerçevesinde acil servis genel tasarım kriterlerinin, servisin alt birimleri ve mimari özelliklerinin ve iç/dış fonksiyon ilişkilerinin daha kapsamlı bir şekilde anlatıldığı görülmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı, SYSK-3, 2022).

#### 4.6. Doğumhane bölümü

Kamu sağlık yapıları doğumhane bölümlerine ilişkin bu dönem içerisinde hayata geçirilen en önemli mimari düzenleme, doğumun gerçekleştiği odayı soğuk bir operasyon mahali hüviyetinden çıkarıp daha konforlu ve huzurlu bir yer haline getirme hedefiyle yeni tip odalar planlanmasıdır. Halihazırda doğum için kullanılan doğumhane ya da sezaryen ameliyathanesi birimleri, teknik altyapıları ve mimari özellikleri geliştirilerek bu dönemde de aynı hizmeti sürdürmekle birlikte, sağlık durumu ve koşulların uygun olması durumunda, hasta yatak odasına benzer plan şemasında tasarlanan bu odalarda da doğum gerçekleştirilmeye başlanır. Doğum öncesi, doğum anı ve sonrası için gerekli mekânsal öğeler ve teknik altyapıyı barındıran bu odalar ilk olarak 2010 tarihli kılavuzda LDR (sancı, doğum, iyileşme) ve LDRP (sancı, doğum, iyileşme ve doğum sonrası) odası adlarıyla ifade bularak genel mimari özellikleri tanımlanır. 2012 tarihli genelgede ise odanın ismi SDL (Sancı-Doğum-Lohusa) odası olarak ifade edilerek mimari ve teknik gereksinimleri daha detaylı tanımlanmış; "sancı-doğum-lohusa aşamalarının ayrı ayrı odalarda değil, tek bir odada tüm aşamalarının" gerçekleştirileceği ifade edilerek odanın temel işlevi ortaya koyulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:3). Hasta yatak servislerinde de benzeri görüldüğü üzere bir koridor üzerinde planlanan ve "odaları rahatça kontrol edebilecek ve gözlemleyebilecek şekilde merkezi bir ebe deski" yoluyla gözlemlenen bu odalar vasıtasıyla doğumun her aşamasının hasta yatak odası konforunda gerçekleştirilmesi hedeflenir. Ayrıca, bu odaların "yeni doğan müdahale odası, sezaryen ameliyathanesi, doktor odası ve ebe odasına en yakın şekilde" konumlanması gerektiği belirtilerek zorunlu durumlarda sağlık çalışanlarının hızlı müdahale edebilmesinin ve doğum için kullanılan diğer operasyon mahallerine en kısa yoldan erişimin sağlanması amaçlanır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:3-4). 2022 tarihli kılavuzda doğumhane bölümüne ilişkin tanımlanan standartlar ve hayata geçirilmiş uygulama örnekleri incelendiğinde LDRP ya da SDL odalarının planlanmasına günümüzde de devam edildiği ve bu odaların

yeni doğan bölümü ve sezaryen ameliyathanelerine yakın konumda planlanması hususuna hassasiyet gösterildiği dikkati çeker. Daha güncel uygulamaları görebilme adına mevcut bir şehir hastanesinde bulunan LDR (Sancı-Doğum-Ayılma odası olarak belirtilmiş) odasına ait kılavuzda sunulan oda planı incelendiğinde, 2012 tarihli genelgede yer alan asgari oda alanından çok daha büyük ölçülerde planlanmış olması ve oda içine açılan ayrı bir malzeme odası içermesi dışında genel olarak genelgede tanımlanan SDL odasına benzer tasarım özelliklerine ve mekânsal öğelere sahip olduğu göze çarpar (T.C. Sağlık Bakanlığı, SYSK-2, 2022:185).

#### 5. Değerlendirme ve Öneriler

Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında günümüze Türkiye'de kamu sağlık yapıları mimarisinin tasarım ve inşaat pratikleri bağlamında şekillenmesinde, T.C. Sağlık Bakanlığı eliyle yayınlanan mimari standartların oldukça belirleyici olduğunun altını çizmek gerekir. 2010 tarihli kılavuza resmi olarak uyma zorunluluğu getirilmemesi, içerdiği bazı standartlara kamu sağlık yapısı projelerinde hiç yer verilmemesi ya da az yer verilmesi sonucunu doğurmuş olmakla birlikte; 2003 yılında programın hayata geçirilmesinden 2010 tarihinde kılavuzun yayınlanmasına uzanan süreçte ortaya koyulan ve günümüzde de kamu sağlık yapılarında uygulanan pek çok mimari düzenlemeyi içermesi ve kamu sağlık yapısı tasarım standartlarının bir bütün olarak ve yazılı halde ilk kez bir araya getirildiği bir kaynak olması, kılavuzu geçtiğimiz 15 yıllık süreçte kamu sağlık yapıları mimarisinin şekillenmesinde önemli bir unsur haline getirir. Öte yandan, ağırlıklı olarak mimari standartlar içermekle birlikte, belli mühendislik teknolojilerinin kamu sağlık yapılarında uygulanmasına yönelik standartlara da yer verilen 2012 tarihli genelgeye tasarım ve inşaat süreçlerinde uyulmasının zorunlu tutulması ve içerdiği standartların önemli bir bölümünün belli bir dönem ülke geneline yayılacak düzeyde uygulanmış olması, kamu sağlık yapıları mimarisinin gelişiminde bu genelgenin oldukça belirleyici bir rol oynamasını sağlar. Kamu sağlık yapıları tasarımına ilişkin yayınlanmış en son kılavuz olan 2022 tarihli Sağlık Yapıları Standart Kılavuzu'nda bulunan standartlara uyulma zorunluluğu getirilmemiş olmakla birlikte; ülkede kamu sağlık yapıları mimarisine dair güncel en yakın standartları içermesi, kılavuzu tasarım ve inşaat süreçlerinde dikkate alınması gereken önemli bir kaynak haline getirir. Kendisinden önceki kılavuz ve genelgede yer almayan hibrit ve robotik cerrahi ameliyathaneleri, yeni ameliyathane yerleşim şemaları ya da izolasyon ve bariatrik hasta odası gibi yakın dönemde şehir hastaneleri başta olmak üzere çeşitli kamu sağlık yapılarında hayata geçirilen bazı yeni mahal ve düzenlemelerin ilk kez bu kılavuzda tasarım kriterleri olarak yazılı hale getirilmiş olması bu durumun göstergesi niteliğinde örneklerdir.

Öte yandan, yayımlandığı tarihten günümüze kadar geçen sürenin kısa olmasının da etkisiyle, makalede ele alınan dönemde bu kılavuzun ülke genelinde kamu sağlık yapıları mimarisinin şekillenmesinde fazla belirleyici bir etkiye sahip olmadığını söylemek mümkündür.

Kamu sağlık yapıları tasarımına ilişkin standartlar içeren bu üç temel dokümanda zaman zaman aynı konuya ya da hastane birimine ilişkin birbirinden farklı standartlar ya da düzenlemeler önerilebildiği görülmektedir. Poliklinik odaları tasarımına ilişkin önerilen plan şemaları (muayene ve doktor görüşme kısmının konumuna göre değişebilen), yoğun bakımlara yönelik sunulan ünite yerleşim modelleri (arena tipi, tek kişilik oda tipi, vs.) ya da aynı hizmet birimine yönelik belirtilen ölçüler gibi bazı konu başlıklarına ilişkin bu dokümanlarda yazılan standartların birbirlerinden farklı düzenleme ve öneriler içerebiliyor olması bu bağlamda verilebilecek örneklerden bazılarıdır. Bu durumun, çeşitli tasarım alternatiflerinin ortaya çıkmasını sağlaması nedeniyle mimari anlamda olumlu bir yanı da olabileceği düşünülmeyle birlikte; kamu sağlık yapılarında ülke genelinde birbirinden farklı uygulamaların hayata geçirilebilmesine; bunun da sağlık hizmet birimlerinde farklı yapıda mimari unsur ve şemaların oluşumuna sebebiyet verebileceği görülmektedir. Kamu sağlık yapıları mimarisi ve sağlık hizmetinde belli bir standardın sağlanması sürecine engeller yaratabilme ihtimali olan bu duruma ilişkin T.C. Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere ilgili tüm aktörler nezdinde gerekli çalışmalar yapılarak konunun teknik ve mevzuat boyutuyla tanımlı bir çerçeveye oturtulmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Öte yandan, dokümanlarda aynı hizmet birimine yönelik birbirleriyle uyumlu standartlar bulunmasının her zaman yeterli olmadığı ve tasarım ya da uygulama sürecinde alınan bazı kararların pratikte bu standartlardan farklı düzenlemelerin hayata geçirilmesine yol açabildiği görülmüş olup; bu durumun da kamu sağlık yapılarında mimari standardizasyonun sağlanmasını geciktireceği ifade edilmelidir. Her üç dokümanda da yoğun bakım ünitelerinde bulunan hastalar için kişiye özel ve cam ya da duvarla ayrılmış odalar tasarlanması gerektiği yazılı ya da proje çizimi olarak belirtilse de yakın tarihlerde inşa edilen bazı kamu hastanelerinde dahi halen yoğun bakım yataklarının perdeyle ayrıldığı kamu sağlık yapıları örneklerine rastlanması bu duruma bir örnektir. Dolayısıyla, uygulanmamasının hasta sağlığı ve sağlık hizmeti kalitesine de olumsuz etkileri olması muhtemel bu tip mimari standartların tüm kamu sağlık yapıları tasarımlarında ortak bir şekilde hayata geçirilmesinin sağlanmasına yönelik de düzenlemeler yapılması gerektiği görülmektedir.

Yayınlanan bazı standartların uygulanabilirlik durumu ve koşullar yeterince analiz edilmeden hazır-

lanmış olmasının da etkisiyle uygulamada gereken düzeyde hayata geçirilememiş olması, yeni standartların hazırlanması ya da mevcut standartların revize edilmesi süreçlerinde dikkatle üzerinde durulması gereken konulardan biridir. Bunun yanında, mevcut bazı standartların mimari tasarımın gerektirdiği planlama esnekliğini sağlayan bir içerikle yazılmamış olmalarının tasarım sürecinde alternatifleri sınırlayarak sadece belli tipte planlama biçimlerinin ortaya çıkmasına yol açabileceğini belirtmek gerekir. 2012 tarihli genelgede poliklinik bölümlerinde, her iki muayene odası arasında bir yönlendirme bankosu ve bekleme alanının önerildiği standart buna bir örnektir (Şekil 2). Burada önerilen şemanın belli türde plan tipleri için uygulanabilir olduğu; ancak farklı yerleşim şemaları ya da tasarım yaklaşımlarına cevap verebilme konusunda yeterince kapsayıcı olmadığı görülür.

## 6. Sonuç

Kamu sağlık yapıları mimarisinin Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası gelişimini tüm yönleriyle ve en doğru şekilde anlayabilmenin temel yolu hayata geçirilen mimari düzenlemeleri izlenen sağlık politikalarıyla bir bütün olarak ele almaktır. Bu yapılarda verilen sağlık hizmetinin ana paydaşları olan sağlık çalışanları ve hastaların, yapıların ana kullanıcıları olmaları itibarıyla üretilen mimariyi ve standartları en yakından deneyimleyen aktörler olduğu göz önüne alındığında, program sonrası dönemin mimari gelişimini artı ve eksi yönleriyle doğru görebilme adına bu paydaşların görüş ve deneyimlerini merkeze alan incelemelerin yapılması önem arz etmektedir. Hayata geçirilen mimari standartların pratik uygulamada hedeflenen başarı düzeyini ne oranda yakaladığını ve ne gibi sorunlarla karşılaşabildiğini gözlemek için bu paydaşlar başta olmak üzere, konuyla ilgili çalışan diğer teknik disiplinlere (mühendislik, iç mimarlık, peyzaj mimarlığı, vs.) mensup uzmanlar ve ilgili meslek odaları ile üniversitelerin de görüş ve önerilerini içeren çalışmalar arttırılmalıdır. Kamu sağlık yapılarında hayata geçirilen tasarım standartlarına mimarlık düzleminde ve sağlık hizmetine yansımaları bağlamında bakıldığında Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi dönemden günümüze belli ilerlemeler kaydedildiği görülür. Daha steril bir sağlık hizmet ortamı elde edilmesi, hasta başına düşen alanın arttırılması, kullanıcı konforunu arttıran yeni mekânsal öğeler eklenmesi, hasta psikolojisine iyi gelebilecek renk ve malzemelerin tercih edilmesi ya da gün ışığından daha fazla yararlanılması gibi belli başlı hususlarda, uygulanan mimari düzenlemeler sayesinde olumlu yönde gelişmelere tanıklık edilir.

Dönem içerisinde T.C. Sağlık Bakanlığı eliyle kamu sağlık yapıları tasarımında kullanılmak üzere yayınlanan dokümanlara, içeriklerinde belirtilen mimari standartlar ve gerçekleştirilen uygulamalarla bir bütün olarak

bakıldığında tasarım sürecinde hangi dokümanın esas alınması gerektiği ya da aynı konuya ilişkin farklı dokümanlarda farklı standartlar mevcut olması durumunda hangi standardın uygulanması gerektiği konularında net ve tanımlı bir çerçevenin olmamasının planlama ve uygulama süreçlerinde bazı karışıklıklara ve farklı uygulamalara sebep olabildiği görülmüştür. Farklı dokümanlarda bulunan bu tip standartlardan hangisinin uygulamaya esas olduğu hususunda soru işaretleri yaşanabilmesi ya da tüm dokümanlarda bir konuya yönelik benzer düzenleme içeren mimari standartlar bulunsa da bu standartlardan farklı uygulamaların hayata geçirilebilmesi gibi durumların önüne geçebilmek için detaylı teknik inceleme ve revizyonlar yapılması yanında, ilgili mevzuatta düzenlemeler yapılarak esas çerçevenin daha net ve yönlendirici hale getirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Bazı standartların 'uygulanabilirlik' konusunda da sorunlar barındırdığı gözlemlenmiş olup, içeriklerinin yeterince kapsayıcı tanımlanmamış olmasının ya da yapı üretim ve sağlık hizmeti sürecinde mevcut tüm koşulların yeterince dikkate alınmamış olmasının bu tür standartların ya hiç uygulanamamasına ya da sınırlı düzeyde hayata geçirilebilmesine sebep olduğunu söylemek mümkündür. Kamu sağlık hizmetinin tüm sağlık yapılarında benzer standartlarda yürütülebilmesine engeller yaratma potansiyeli taşıyan bu nitelikte standartların neden yaygın uygulanabilir olmadığına dair sağlık hizmetinden teknik disiplinlere ilgili tüm aktörlerin görüşünü dikkate alan bir inceleme yapılması ve sorunun çözümüne ilişkin yöntem ve düzenlemelerin ortaya koyulması gerekmektedir. Esas itibarıyla, kamu sağlık yapısı mimari tasarım standartlarına ilişkin belirtilen sorunların giderilebilmesi yanında, yeni standartların hazırlanması süreçlerinde de ülke çapında iyi sonuçlar elde edilebilmesi için sadece tüm teknik gereksinimlere ve sağlık hizmetinin ihtiyaçlarına cevap verebilen standartları oluşturmanın yeterli olmadığı; bu standartların uygulanmasını bir düzene sokmak için gerekli mevzuatın da bunlarla bir bütün olarak oluşturulması gerektiği makale sonucunda elde edilen en önemli bulgulardan biri olmuştur.

### Dipnotlar

1. Genelgenin son sayfasına yazılan "Yukarıda belirtilen maddelerin genelge yayım tarihi itibarı ile projesine başlanacak olan ve teknik olarak mümkün olduğu kadarı ile devam eden inşaatlarda uygulanması hususunda gereğini rica ederim" cümlesi, genelgede bulunan standartlara uyulması zorunluğuna resmi bir çerçeve kazandırır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:23).
2. Genelgede sadece sağlık yapısı bünyesinde bulunan birimlere ilişkin değil; merdivenler, asansörler, bankolar ve kapılar gibi mimari öğeler ile yapının cephesine ve peyzaj öğelerine ilişkin mimari düzenlemelere de yer verildiği görülür.
3. Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan günümüze kamu sağlık yapıları mimarisinin gelişiminde bu genelge ve kılavuzlarda bulunan standartlar yanında belli hastane birimlerine yönelik mimari düzenlemeler içeren ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmış olması nedeniyle

tasarım sürecinde dikkate alınan çeşitli tebliğ, genelge ve yönetmeliklerin de etkili olduğunu belirtmek gerekir.

4. Bunlar dışında, yapının içinde ve dışında bulunan başka bölümlere dair de düzenlemelerin yer aldığı bu dokümanlarda ağırlıklı olarak mimari tasarımın ölçek, boyut, yapı malzemesi ve kullanıcı sayısı gibi temel unsurlarına yönelik standartlara yer verildiği görülür.
5. İzolasyon hasta odası, "bazı durumlarda solunum yoluyla bulaşan hastalığa sahip hastalar ya da bağışıklığını kaybettiği için diğer hastalardan enfeksiyon kapma ihtimali yüksek hastalar için yüksek seviyeli izolasyon sağlama amacıyla planlanır. İzolasyon odası için ayrı bir giriş odası, yatak odası ve ıslak hacim alanı düzenlenmelidir." "Bariatrik hasta, spesifik olarak bariatrik bakım gerektiren veya hastalık derecesinde obez olan hasta" anlamında olup, bariatrik hasta odaları da bu durumda hastalar için planlanır. Kılavuzda, "yetişkin yatan hasta servislerinin genellikle 24 yataklı olarak planlanmakla birlikte; ihtiyaç programı ve plan şemasına göre yatak sayısının artmasının mümkün" olduğu ifade edilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, SYSK-2, 2022:15-27-51).
6. Çift kapılı bir aseptisi kısmı ile yoğun bakım ünitesi dışından ayrı bir girişi olan ve ünite içinde yer alan merkezi hemşire deskinden de gözlemlenebilecek şekilde planlanan izolasyon odaları, yoğun bakım ünitelerinde bu dönem hayata geçirilen yeni mekânsal öğelerden biridir. Bu odalar genellikle yoğun bakımdaki hastalar için tehlikeli olabilecek bulaşıcı bir hastalığı ya da başka özel bir durumu olan hastaların diğerlerinden izole edilmesini sağlamak amacıyla tasarlanır.
7. Genelgede yer verilerek sağlık yapılarında uygulanmış diğer önemli standartlar arasında; "Tüm yeni doğan yoğun bakımlarda (1. 2. ve 3. derece yeni doğan yoğun bakımlar) ve yoğun bakımlarda akustik anti bakteriyel asma tavan kullanılması, yeni doğan yoğun bakımlarının zeminlerinde bakteri öldürücü özelliğinden dolayı 2 mm kalınlığında PVC esaslı gümüş iyonlu yer döşeme malzemeleri kullanılması, her bir yeni doğan yoğun bakım arenasının en fazla 10 (ideali 8 ünit) ünite olması" ve "bu mahalde her ünite içinde annenin oturması için bir refakatçi koltuğuna tefrişinde yer verilmesi" gibi maddeler yer alır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:2).
8. "Steril alanlar; ameliyathane ve steril yoğun bakım odalarıdır. Yarı steril alanlar; hastaların ameliyata hazırlandığı ve sonrasında bekletildiği, ayılma odaları, ameliyathane koridoru ve sedye transferi yapılan alandan ameliyathaneye kadar olan kısımdır. Kirli alanlar ise; sedye transferinin yapıldığı kısmın dış tarafı, girişteki bekleme alanları, personelin kıyafet değiştirdiği alanlar, duş ve tuvaletler, ameliyathane kirli malzeme odası ve koridordur." (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010:93-94).
9. Hibrid ve robotik cerrahi ameliyathanelerinin özellikleri ve tasarım standartları hakkında detaylı bilgi için bkz. (T.C. Sağlık Bakanlığı, SYSK-4, 2022:55-59).
10. Ameliyat odasına doktor ve hastanın ayrı koridordan, temiz ekipmanın ayrı koridordan (temiz çalışma alanı olarak tanımlanmış) girdiği tasarım modeline 2010 tarihli kılavuzda yer verilmiş olmakla birlikte, o dönem inşa edilen kamu sağlık yapılarında bu model uygulanmamış; ancak sonraki süreçte inşa edilen bazı şehir hastanelerinde bu modelin hayata geçirildiği görülmüştür.
11. Acil servisleri daha donanımlı ve "tam teşekküllü" olan şehir hastanelerinin "yetişkin, çocuk ve ambulansla gelen hasta girişlerinin birbirinden ayrılmış olarak düzenlenebildiği" görülür (Doğan ve ark., 2016:34).
12. Asgari ve büyük acil servis hizmeti hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010:102-103).
13. Tanım ve özellikleri itibarıyla acil servislerin farklı seviyeleri hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009. (Revizyon tarihi: 2018).

14. Acil servislerde bulunması gerekli birimler ve mimari özellikleri hakkında bilgi için bkz. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010:104-110).

15. 2012 tarihli genelgede bulunan "Acil servis girişinde acil giriş/bekleme, triyaj, acil müdahale alanları birbiri ile irtibatlı şekilde planlanacaktır" maddesiyle teşhis ve müdahalenin işlevsel ve hızlı bir şekilde sağlanabilmesi için belirtilen birimler arasında gerekli mekânsal bağlantıyı kuran bir tasarım yapılmasının zorunlu olduğu ifade edilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:1).

16. Hastanenin yatak sayısına göre acil serviste bulunması gerekli poliklinik odası sayıları için bkz. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:1).

17. Sezaryen ameliyathaneleri ve doğum salonu için belirlenen mimari standartlar hakkında bilgi için bkz. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010:99).

18. LDR ve LDRP odaları için belirlenen mimari standartlar hakkında bilgi için bkz. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010:101-102).

19. Genelgede bu odanın "hastaya özel banyo barındırması" ve "doğum masası olarak dönüşebilen hasta yatağı, çok amaçlı yıkama küveti (dolaplı), yeni doğan için radyan ısıtıcılı açık yatak, refakatçi koltuğu, vs." içermesi gerektiği belirtilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:3-4).

20. Kamu sağlık yapılarında uygulanma koşulları genelgede tanımlanan bahse konu mühendislik teknolojilerinden bazıları trijenerasyon ve kojenerasyon sistemleri, aydınlatma otomasyon kontrol sistemi ve sismik izolatör uygulamasıdır. Genelgede mühendislik uygulama ve teknolojilerine ilişkin yazılan standartlar hakkında bilgi için bkz. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

21. 2012 tarihli genelgede "200 yatak ve üzeri tüm hastanelerde inşaat aşaması sırasında yüklenici firma tarafından alınması zorunlu tutulan LEED Sertifikasının" çok az sayıda kamu hastanesi için alınabildiği görülmekte olup; bu genelge sonrasında planlanarak inşa edilen 200 yatak ve üzeri (belli şehir hastaneleri hariç) kamu hastanelerinin neredeyse tamamının LEED Sertifikası alınmadan hizmete girmiş olması buna bir örnek olarak verilebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:13).

## Kaynaklar

Akdu, U., Bostan, S., Akdu, S. (2016) Hastanelerde Otel Konforunda Oda Tasarımı: Beş Yıldızlı Otel Odasını Örnek Edinme. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(36): 401-418. Erişim Tarihi:17 Ocak 2026, <https://doi.org/10.31795/baunsobed.645219>

Doğan, B., Bahar, D., Aydan, M. (2016) Mimar Gözüyle Şehir Hastaneleri, Dosya: Sağlık Yapıları, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Yaz, 39:32-35. Erişim Tarihi:26 Aralık 2025, [https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/document/SD\\_39\\_32-35.sayfalar\\_Banu\\_Dogan\\_Didem\\_Bahar\\_2.pdf](https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/document/SD_39_32-35.sayfalar_Banu_Dogan_Didem_Bahar_2.pdf)

Gültekin, S., Zorlu, F. (2019) Türkiye'de Sağlık Sistemindeki Dönüşümlerin Mekânsal Etkileri: Mersin Kenti Örneği, *Eskiz: Şehir ve Bölge Planlama Dergisi*, 1(1): 35-53. Erişim Tarihi:5 Ocak 2026, <https://doi.org/10.5505/sjcrp.2019.21931>

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003) Sağlıkta Dönüşüm Programı, Aralık.

T.C. Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı. (2010) Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu, 1. Basım, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı. (2012) Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Yapılacak Sağlık Tesisleri İçin Proje Aşamasında Uyulması Gereken Hususlar, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü. (2022) Sağlık Yapıları Standart Kılavuzu, SYSK Fasikül 1, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü. (2022) Sağlık Yapıları Standart Kılavuzu, SYSK Fasikül 2, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü. (2022) Sağlık Yapıları Standart Kılavuzu, SYSK Fasikül 3, Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü. (2022) Sağlık Yapıları Standart Kılavuzu, SYSK Fasikül 4, Ankara