

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İÇ MİMARLIK ANABİLİM DALI
İÇ MİMARLIK BİLİM DALI

**GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE SAĞLIK YAPISI OLARAK
KULLANILAN TARİHİ YAPILARIN MEKANSAL
DEĞİŞİMİ ZEYNEP KAMİL HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Suat DELİKLİTAŞ

İSTANBUL, 2022

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İÇ MİMARLIK ANABİLİM DALI
İÇ MİMARLIK BİLİM DALI

**GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE SAĞLIK YAPISI OLARAK
KULLANILAN TARİHİ YAPILARIN MEKANSAL
DEĞİŞİMİ ZEYNEP KAMİL HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Suat DELİKLİTAŞ

Öğrenci No:

1908008008

Orcid : 0000-0001-7227-0649

Danışman:

Dr. Öğr. Üyesi Merve ATMACA

İSTANBUL, 2022

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Geçmişten Günümüze Sağlık Yapısı Olarak Kullanılan Tarihi Yapıların Mekansal Değişimi Zeynep Kamil Hastanesi Örneği**” başlıklı bu çalışmamın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 12.09.2022

Aday: **Suat DELİKLİTAŞ**

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

12/09/2022

Enstitümüz *İç Mimarlık* Anabilim Dalı *İç Mimarlık* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **1908008008** numaralı **Suat DELİKLİTAŞ**'ın "Beykent Üniversitesi Eğitim-Öğretim Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak Enstitümüze teslim ettiği "**Geçmişten Günümüze Sağlık Yapısı Olarak Kullanılan Tarihi Yapıların Mekansal Değişimi: Zeynep Kamil Hastanesi Örneği**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 17/05/2022 tarih ve 2022/20 sayılı toplantısında seçilen ve On-line toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 29. maddesinin 3. fıkrası gereğince 45 dakika süre ile Zoom programı aracılığıyla on-line olarak aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında "**OYBİRLİĞİ**" ile "**KABUL**" kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 2 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Me*** AT***
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE
Doç. Dr. Şe*** YÜ***
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE
Dr. Öğr. Üyesi Tu*** Ar*** AŞ***
(Özyeğin Üniversitesi)

Adı ve Soyadı : Suat DELİKLİTAŞ
Danışmanı : Dr. Öğr . Üyesi Merve ATMACA
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans / Tezi, 2022
Alanı : İç Mimarlık
Anahtar Kelimeler : Tarihi yapı, Sağlık yapısı, Mekan

ÖZ

GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE SAĞLIK YAPISI OLARAK KULLANILANTARİHİ YAPILARIN MEKANSAL DEĞİŞİMİ ZEYNEP KAMİL HASTANESİ ÖRNEĞİ

Hazırlanan proje çalışmasında tarihi Zeynep Kamil Hastanesinin mimari üslup, konumu ve tarihi açısından, değere sahip olan tarihi yapısı korunarak gelecek nesillere kullanım değerinin sürdürülebilmesi incelenmiştir. Türkiye ve Dünya çapında hastane, binalarıyla karşılaştırılması temeline dayanır.

Birinci bölümde, tarih yapı kavramı başlığı altında tarihi yapıların tanımı, tarihi yapıların sahip olduğu değer kavramları açıklanmıştır, tarihi yapıların mevzuat kapsamında korunma kavramları açıklanmıştır.

İkinci bölümde, Hastane kavramının tanımı yapılarak, sınıflandırılması ve planlanması anlatılmıştır. Bu bölüm hastane yapılarındaki mimari elemanların standardizasyonun kapsamında irdelenmiştir.

Üçüncü bölümde, Mimari açıdan değerlendirilmesi yapılarak, çağdaş restorasyon kuramları anlatılmış, restorasyon teknikleri örnekler verilerek açıklamaları yapılmıştır. Bu bölümde uluslararası mevzuatlar ile ulusal mevzuatlar tanımlamaları yapılarak açıklanmıştır.

Dördüncü bölümde, Zeynep Kamil Hastanesinin restorasyonu için gereken müdahale türlerinin saptanması, binanın orijinal durumunda bilinmeyen için en uygun seçenek belirlenmeye çalışılmıştır. Binanın restorasyon öncesi, restorasyon sonrası yapıya etkileri irdelenmiştir.

Beşinci bölüm ise tez çalışmasının sonuç bölümüdür.

Name and Surname : Suat DELİKLİTAŞ
Supervizor : Dr. Lecturer Merve ATMACA
Degree and Date : Master, 2022
Major : Interior Architecture
Key Words : Historical building, Health Building, Venue

ABSTRACT

SPATIAL CHANGE OF HISTORICAL BUILDINGS USED AS HEALTH BUILDINGS FROM PAST TO PRESENT EXAMPLE OF ZEYNEP KAMIL HOSPITAL

Zeynep Kamil Hospital's historical architectural style, location and history were preserved and the preservation of value for future generations was examined. Turkey and hospitals worldwide, is based on the comparison of the building.

In the first chapter, the definition of historical buildings, the value concepts of historical buildings are explained under the title of historical building concept, the concepts of protection of historical buildings within the scope of legislation are explained. In the third chapter, the concept of restoration is defined, contemporary theories of restoration are explained, and restoration techniques are explained with examples.

In the second part, the definition of the hospital concept, its classification and planning are explained. This section has been examined within the scope of standardization of architectural elements in hospital buildings.

In the third chapter, contemporary restoration theories are explained by evaluating it from the architectural point of view, and restoration techniques are explained by giving examples. In this section, international legislation and national legislation are defined and explained.

In the fourth chapter, it has been tried to determine the types of interventions required for the restoration of Zeynep Kamil Hospital and to determine the most suitable option for the unknown in the original state of the building. The effects of the building on the pre-restoration and post-restoration structure were examined.

The fifth chapter is the conclusion part of the thesis.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ

ABSTRACT

ŞEKİLLER LİSTESİ	iii
KISALTMALAR	v
SÖZLÜK.....	vi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

TARİH YAPI KAVRAMI VE TARİHİ YAPILARDA RESTORASYON

1.1 Restorasyon	3
1.1.1 Tarihi restorasyon kuramı	3
1.1.2 Çağdaş restorasyon kuramı	4
1.2 Restorasyon Teknikleri.....	5
1.2.1 Sağlamaştırma (Konsolidasyon).....	6
1.2.2 Bütünleme (Reintegrasyon)	7
1.2.3 Yenileme, Yeniden Kullanım, Yeni işleve Uyarlama Renovasyon.....	7
1.2.4 Yeniden Yapma (Rekonstrüksiyon).....	8
1.2.5. Temizleme (Liberasyon).....	8
1.2.6 Taşıma.....	9
1.2.7 Çağdaş Ek	9

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANE TANIMI VE TÜRLERİ, KURULUŞ VE BİNA ALT YAPI STANDARTLARI

2.1 Hastanelerin Tanımı	10
2.2 Hastane Yapılarının Tarihi	11
2.3 Hastanelerin Sınıflandırılması.....	26
2.4 Hastane Planlamaları, Planlama İlkeleri ve Bina Sistemleri.....	27
2.4.1 Hastane Yapılarının Planlama İlkeleri	32
2.4.2 Hastane Bina Sistemleri	35

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1 Mevzuat Kapsamında Tarihi Yapıların Korunması	39
3.1.1 Uluslararası Mevzuatlar	40
3.1.2 Ulusal Mevzuatlar	41
3.2 Tarihi Belge Analizi	42
3.2.1 Estetik Değer Ölçütü	42
3.2.2 Tarihî Belge Ölçütü	43
3.2.3 Zaman Ölçütü	43
3.3 Fiziksel Çevre Analizi	44
3.3.1 Doğal aydınlatma	44
3.3.2 Akustik	47
3.3.3 İklim	51
3.3.4 Yapı Kabuğu	53
3.4 Mekansal ve Sosyal Analizi	54
3.4.1 Arazi bilgileri	55
3.4.2 Altyapı bilgileri	56
3.4.3 Ulaşım	57
3.4.4 Erişilebilirlik	58
3.4.5 İmar yönetmeliği ve Otopark Yönetmeliği	61

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

HASTANE YAPILARININ ÖRNEKLER IŞIĞINDA MEKANSAL AÇIDAN İNCELENMESİ: ZEYNEP KAMİL HASTANESİ

4.1 Yapı hakkında genel bilgiler	63
4.1.1 Konumu ve vaziyet planı	63
4.1.2 Zeynep Kâmil Hastanesinin tarihçesi	64
4.2 Zeynep Kamik Hastanesi' nin Mekansal Analizi	68
4.3 Cepheler	71
4.3.1. Restorasyon Öncesi ve Sonrası	72
SONUÇ VE ÖNERİLER	83
KAYNAKÇA	86

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1. Milano'daki Sforza Şatosu	4
Şekil 2. Çemberlitaş	6
Şekil 3. Beylerbeyi Camii	7
Şekil 4. Birgi Çakırağa Konağı Müze Olarak Kullanılmakta	8
Şekil 5. Gıyasettin Tıp Merkezi ve Gevher Nesibe Hastanesi Planı	15
Şekil 6. 18. YY.'a Ait Bir Hastane Planı (Maggiore Hastanesi).....	17
Şekil 7. 18. Yy. Blok Tıp Hastane Binası: Hasler Royal Naval Hastanesi-Hampshire	18
Şekil 8. Süleymaniye Bimarhanesi.....	19
Şekil 9. Sultan Ahmet Darüşşifası Planı	20
Şekil 11. 1960 Dönemi Hastane Yapı Planları.....	24
Şekil 12. Parmak Plan Örneği	28
Şekil 13. Parmak Plan Örneği (Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi)	28
Şekil 14. Bağımsız Alçak ve Yüksek Bloklar Örneği	29
Şekil 15. Bağımsız Alçak ve Yüksek Bloklar Örneği (Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi)	29
Şekil 16. Perde Blok Örneği.....	30
Şekil 17. Perde Blok Örneği (Medical Park Hastanesi)	30
Şekil 18. Az Katlı Bloğa Sahip Kule veya Perde Blok Örneği	30
Şekil 19. Az Katlı Bloğa Sahip Kule veya Perde Blok Örneği (Dr. Lutfü Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi).....	31
Şekil 20. Taban Üzerine Kule Örneği	31
Şekil 21. Taban Üzerine Kule Örneği (Hamidiye Etfal Hastanesi)	32
Şekil 22. Pavyon Sistemi Örneği (Royal Herbert Hastanesi).....	36
Şekil 23. Blok Sistemler İle İlgili Şema	37
Şekil 24. Sivas Kongresinin Yapıldığı Bina.....	43
Şekil 25. Genel Mekânlarda Doğal Aydınlatma Kullanımı, Kemang Medical Care, Endonezya	47
Şekil 26. İki Sedyenin Yan Yana Geçebilmesi İçin Gerekli Asgari Alan.....	59

Şekil 27. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Konumu	63
Şekil 28. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eski ve Yeni Vaziyet Planı	64
Şekil 29. Binaya Ait Görsel.....	65
Şekil 30. Binaya Ait Restorasyon Sonrası Görsel	65
Şekil 31. Zeynep Hanım, Kamil Beyin Hastane Bahçesine Yaptırdıkları Türbe	66
Şekil 32. Binaya Ait Görsel.....	66
Şekil 33. Binaya Ait Restorasyon Sonrası Görsel	66
Şekil 34. Restorasyon Sonrası Isınma Sistemi Görseli	67
Şekil 35. Restorasyon Sonrası İkinci Katındaki Hamam Bölümü	68
Şekil 36. Zeynep Kamil Hastanesi Tarihi Binası Zemin Kat Planı.....	69
Şekil 37. Binaya Ait Restorasyon Sonrası Giriş Kapısı Görseli	69
Şekil 38 Binaya Ait Restorasyon Sonrası Görseller.....	70
Şekil 39. Zemin Döşeme Süpürgeliği.....	71
Şekil 40. Yapının Cephe Düzeni	72
Şekil 41. Restorasyon Sonrası Cephe Düzeni	72
Şekil 42. Sağlam Durumda Olan Kapı Menteşeleri Kullanılmıştır.....	73
Şekil 43. Restorasyon Sonrası İç Mekan Kapısı	74
Şekil 44. Pencerelerdeki Model Detay Şekil 45. Restorasyon Sonrası Detayı	75
Şekil 46. Zemin Kat Pencere Örneği.....	76
Şekil 47. Pencere Açıklıkları, Duvarların Gücünü Önemli Ölçüde Azaltır	77
Şekil 48. Süpürgelikler, Döşeme Kaplamaları	78
Şekil 49. Görsellerde Eski Hali Ve Restorasyon Sonrası Yapılan Metal Asma Tavan Örneği	78
Şekil 50. Restorasyon Sonrası Giriş Kat Plan Görseli	80
Şekil 51. Zeynep Kamil Hastanesi Güçlendirme ve Renovasyonu.....	82

KISALTMALAR

GEEAYK	: Gayrimenkul Eski Eserler ve Anıtlar Yüksek Kurulu
ICOM	: Uluslararası Müzeler Konseyi
KTVKK	: Kültür ve Tabiat Varlıklarını Koruma Kanunu
TDK	: Türk Dil Kurumu



SÖZLÜK

Ana duvar: Yığma bir yapıda taşıyıcı duvar, beden duvarı.

Asansör: İnsanları veya yükleri yüksek yerlere dikine veya eğik raylar arasında çıkarıp indiren makineli kabin.

Blok: Çok parçalı bir yapının bölümlerinden her biri.

Dal: Büyük kenarın küçük kenarına oranı 2' den küçük olan betonarme plak döşeme.

Konut: Bir ya da daha çok insanın ikamet ettiği yer, ev.

Kagir: Taş ve tuğladan yapılmış olan.

Pavyon: Bir arsa içinde ayrı ayrı birkaç binası olan bir kuruluşun bu binalarından her biri ya da asıl binadan ayrı küçük bina.

Payanda: Düşey bir taşıyıcı,örneğin bir duvarı güçlendirmek için eğik olarak verilen destek.

Rehabilitasyon: Harap ya da terk edilmiş eski yapıların, tarihi çevrelerin, değişen gereksinimleri karşılayacak biçimde onarılarak yeni bir işlevle çağdaş yaşama katılmasının sağlanması.

Rölöve: Var olan bir yapının bütün boyutlarını ölçerek plan, kesit ve görünüşünü yeniden çıkarma.

Sıva: Duvar veya tavanlarda kagir yada hımsız yüzeyleri düzgünleştirmek için ve korumak için kullanılan bir çeşit harç.

Sirkülasyon alanı: Koridor, merdiven, rampa gibi çeşitli hacimleri birbirine bağlayan öğelerin kapladığı alan.

GİRİŞ

Bu çalışmada, İstanbul'da 19. yüzyılda bir sağlık kurumu olarak inşa edilen Zeynep Kamil Hastanesi, günümüzün yoğun kullanımının getirdiği değişim baskısından dolayı bu tez konusu olarak seçilmiştir. İstanbul'un Anadolu yakasında ikamet eden hastaların bakım ve tedavisi gerçekleştirmek amacıyla Üsküdar'da inşa edilen bu ilk özel vakıf hastanesidir konum, tarih ve mimari üslup açısından ve özellikle aynı döneme ait yabancı mimarlar tarafından yapılan hastane binaları ile karşılaştırılması yapılmıştır.

İlk bölümde restorasyon kavramı tanımlanırken çağdaş tarihsel restorasyon teorileri açıklanmakta, tarihi eserlerin korunmasında; sağlamlaştırma, bütünleme, yenileme, yeniden yapma, temizleme, taşıma gibi teknikler açıklanmıştır. İkinci bölümde hastaneler hakkında tespitler yapabilmek için bu çalışmada hastaneler incelenmiş, hastanelerin tanımı ve türleri belirlenmiş, hastanelerin iç dizaynı, kullanılan, malzemeler ve enstalasyonu yapı elemanları belirlenmiştir. Üçüncü bölümde mevcut hastanelerde yapılacak hastane iç mekanları, incelemeleri ve donanımları incelenirken dikkate alınması gereken faktörleri belirlemek ve bu faktörlerin sağlanması için gerekli olanları belirlemek ve yapmaktır. Hastaneler karmaşıktır ve birimler arasındaki ilişkilerin doğru organize edilmesi hayati önem taşımaktadır. Mimari açıdan değerlendirildiğinde, hemen her hizmet yapısında olduğu gibi, hizmetlerin doğru işleyişini sağlamak ve işlevsellik kazandırmak için sağlık binalarının belirli standartlara uygun olarak inşa edilmesi gerekmektedir. Sağlık binalarının tasarımı, yapımı, bakım ve onarımı, ister yeni, ister yenilenmiş olsun, ister tadilat ve ilaveli olsun, söz konusu standartları yazılı ve görsel örnekler verilerek açıklanmıştır.

Tez kapsamında, tarihi binaların restorasyonuna ilişkin literatür taraması yapılmıştır. Literatür taraması ardından elde edilen veriler doğrultusunda problem tespit edilmiş olup hastane fonksiyonunu koruyan tarihi yapıların incelenmesi kapsam olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda, örnek bina olarak incelenecek yapının tespiti için mevcut fonksiyonunu koruyan hastaneler ziyaret edilmiş ve yeni restorasyon geçirmiş Zeynep Kamil Hastanesi örnek bina incelemesi için seçilmiştir. Hastane fonksiyonunun ulusal ve uluslararası ölçekte tanımı ve mekânsal gereksinimleri araştırılmıştır.

Hastane fonksiyonunu koruyan tarihi yapıların, artan nüfus ve sıhhi gereksinimler açısından teknik ve mekansal eksiklikleri sebebiyle ihtiyaç duydukları yenileme projeleri ve eklenti yapılar olduğu tespit edilmiştir. Tezin yöntemi, örnek binanın geçmişe ait fotoğraf, yazılı bilgi ve belgeler ile yenileme sonrası fotoğraf bilgi ve belgelerin standartlar ışığında karşılaştırılması ve karşılaştırma sonuçlarının değerlendirilmesi olarak belirlenmiştir.



BİRİNCİ BÖLÜM

TARİH YAPI KAVRAMI VE TARİHİ YAPILARDA RESTORASYON

Toplumsal tarihimizin için değerli kendi içinde de tarihsel bir değeri olan köy, kasaba, mahalleler, şehircilik toplumsal tarihimize ait bizi birleştirendir. Toplumsal tarihimize ait geleneğimizi yansıtan birleştireni, korumak ve niteliklerinin yıpranıp kaybolmamasını isteriz bunun için aldığımız önlemlerin tümü koruma eylemine girer. Bu önemlere örnek olarak bir çinin, bir heykelin, kandilin her türlü sanat yapıtının niteliklerini yitirmesini önlemek amacıyla belge olarak saklanıp özellikleri için koruma altına alınırlar. 25 Nisan 1973 tarihinde yürürlüğe giren 1710 Sayılı Eski eserler Kanun'un 1. Maddesinde tanımlandığı gibi, “tarihten önceki devirlere ait olup, bilim, kültür, din ve güzel sanatlarla ilgili bulunan, yer üstünde, yer altında veya su içindeki bütün yapılara, taşınır ve taşınmaz mallara, aynı nitelikteki her türlü belgeye” eski eser denir. Bu tanım hemen hemen hiç değiştirilmeksizin 23 Temmuz 1983 tarihli Resmi Gazete’ de yayınlanan ve 1710 sayılı yasayı ortadan kaldıran 21 Temmuz 1983 tarih ve 2863 sayılı Kültür ve Tabiat Varlıklarını Koruma Kanunu'nda kültür varlığı terimi kullanılmaktadır. (Bektaş 2001, s. 97).

1.1 Restorasyon

“Restorasyon” kelimesi sözlük anlamı olarak “yenileme” anlamına gelen, Türkçe’mize latin dilinden gelmiş bir kelimedir. Mimarlık ve tıp gibi dallarda yenileme ve onarım” anlamında kullanılır. Bir şeyin restore edilmesi demek, onun bakım, onarımlarının yapılarak yenilenmesi fakat bu süreçte kendine has olan yapısal özelliklerinin değiştirilmemesi anlamına gelir.

1.1.1 Tarihi restorasyon kuramı

İtalya'da Luca Beltrami (1854-1933), tarihi belgelere ve tarihi bilgiler ışığında somut önerilere dayalı olarak "tarihi restorasyon" kavramını ortaya atmıştır. Böylece yapıya ait belgeler ışığında "tarihçi ve arşivci restoratör" ihtiyacını doğuruyor ve mimar restorasyon önerisini tarih hitapları, pullar, resimler, arşiv belgeleri ve anıt

üzerinde yaptığı somut araştırmalara dayanarak belgelerini hazırlıyordu. İtalya'nın tarihi restorasyonunun en ünlü örneği Milano'daki Sforza Kalesi'nin restorasyonudur (Şekil 1).

Hasol “ koruma” kavramını “ Tarih ya da sanat değeri taşıyan yapıların, doğal değerlerin ya da kent parçalarının yaşamlarını sürdürebilmeleri için muhafaza, onarım ve bakıma ilişkin gerekli önlemleri alma” olarak belirlemektedir. (Hasol ,2014,s.279).



Şekil 1. Milano'daki Sforza Şatosu

Kaynak:<http://cdn.gezicenga.com/wp-content/uploads/2017/01/sforzesco-kalesi-milano-2.jpg>

1.1.2 Çağdaş restorasyon kuramı

İtalya'dan Camillo Boito (1836-1914), modern restorasyonu, romantik bir restorasyon, üslup birliği, tarih ve yeniden inşa teorilerini birleştirerek anladı. Boito'nun 1883 yılındaki modern restorasyon ilkeleri ve dünyadaki modern restorasyon kurallarının ilkeleri aşağıda açıklanmıştır (Ahunbay, 1996).

- Tüm insanlığın ortak tarihi olan anıtlar. Bu nedenle herhangi yanıltıcı bir değişiklik yapmadan saygılı davranılması gerekmektedir.
- Gerekli durumlarda müdahale etmek gerekirse, müdahale sürecinde mimari anıtı onarmaktansa güçlendirmek daha iyidir. Ayrıca yenileme ve ilavelerden sakınılmalıdır.

- Anıtın yapısal arıza ve güvenlik gibi nedenlerle ilave yapılması gerekiyorsa, diğer malzeme ve özellikleri kaybetmeden, nesnel verilere dayanarak yapının bütünlüğüne ve formuna görsel olarak saygı gösterilmesi en doğru sonuçtur.
- Mimari anıt yapıldıktan sonra, restore edilen kısma yapılan ekleme, genel anıtın bir parçası olarak kabul edilmelidir; başka bir projeyi engelleme veya yok etme gibi zararlı bir etkisi olmadıkça korunmalıdır.
- Restorasyon aşaması sırasında çizim, raporlama ve fotoğraf süreçlerinin dikkatli bir şekilde belgelenmesini gerektirir.

Gustavo Giovannoni (1873-1947), Boito'yu takip etti ve anıtları ve çevrelerini koruma fikrini bir araya getirerek ilkelerini geliştirdi. Tarihi yapıların kullanımının önünü açar, kimliğine uygun işlevler kazandırır, yapılarda tarihi dönemlerin izlerini korur, düzenli bakım ve iyileştirme yapar, yapıların olduğu gibi bitirilmesini önler, ilaveleri minimumda tutar, sade ve kolay yapılır. Müdahaleler titizlikle belgelenir ve geleneksel yöntemlerin başarısız olduğu durumlarda kullanılan modern tekniklerdir. 1931'de Atina Konferansı'nda İtalyan Restorasyonu Şartı'nın savunduğu ilkelerin kullanılmasının savunulması kurumsallaştırıldı (Dedehayır,2010,s.24).

1.2 Restorasyon Teknikleri

Venedik Tüzüğü'nün 7, 10, 11, 12, 13 ve 15. maddeleri bu konuda bir açıklama sunmaktadır. Restorasyon talebine geçmeden önce yukarıda belirttiğim incelemeyi ve belgesel incelemeyi yapın (anıtı tarihi, estetik ve teknik açıdan inceleyerek, yapının tüm boyutlarını ölçüp tanımlayarak inşa edin. Planlar, kesitler, bozulma görünümleri oluşturun (Binayı detaylı olarak tanıyın).

Tekniğin ve malzemenin gelişmesi, onarım konusundaki araştırmaları da geliştirmekte olduğunu belirterek konunun durgunlaşıp kesinleşmesinin önlendiğini, en küçük ayrıntısından en geniş kapsamına kadar bir değişkenlik, bir gelişme içinde olduğunu kabullenmek gerekir. Bu değişkenlik, bu sürekli gelişme, kanımızca, bugünkü onarım çalışma ve yaklaşımlarını en fazla etkileyen husustur (Erder, 1975, s.249).

1.2.1 Sağlamaştırma (Konsolidasyon)

Tarihi yapının zamanla taşıyıcı sisteminin sel, doğal afetler ve zemin hareketi sonucu çatlamış olan, zarara uğramış bölümleri sağlamaştırma işlemi ile düzeltilebilir. Yapılarda dikey taşıyıcının çevresi metal bir halka ile sarılarak sıkıştırılır. Çemberlemenin en güzel örneği çemberleme taşıdır. sel, doğal afetler ve zemin hareketi sonucu çatlamış olan. Duvarları metal gergiler ile birbirine bağlanmıştır (Şekil 2).



Şekil 2. Çemberlitaş

Kaynak: <https://www.istanbul.net.tr/istanbul-rehberi/tarihi-eserler/cemberlitas/140/6>

Eski tarihi yapılarda uygulanan payandalarla yapılan taşıyıcı sistem sağlamaştırmaları günümüzde yerini ankraj, enjeksiyon ve ön germe gibi yöntemlerle yapılmaktadır (Ahunbay, 1999).

1.2.2 Bütünleme (Reintegrasyon)

Tarihi yapılarda yanlış malzeme kullanılmasından dolayı, yapının ilk tasarım döneminden, kaynaklı sorunlar. Ayrıca sel, doğal afetler, tarihi yapının terk edilmesi, insan kaynaklı Vandalizm ve savaşlardan büyük hasarlar görmüştür. Tarihi eserlerin restorasyon aşamasında yıkık durumda olan göze estetik gelmeyen. İlk tasarımdaki haline onarılarak getirilme aşamasına bütünleme yani tamlama denir. (Kuban, 2000, s. 117). Bu aşamaya örnek olarak Beylerbeyi Camisini gösterebiliriz (şekil 3).



Şekil 3. Beylerbeyi Camii

Kaynak: http://www.degisti.com/index.php/archives/4724/beylerbeyi_camii

1.2.3 Yenileme, Yeniden Kullanım, Yeni işleve Uyarlama Renovasyon

Toplumların değişen yaşam niteliği ve buna bağlı taleplerin tarihi yapının özgün biçim sürecini yitirmesine sebep olur. Tarihi yapının ilk yapıldığındaki amacından farklı bir işleve uyarlanmaktadır. Yeniden kullanım eski binaların terk edilerek harap olmasını önlemektedir. Yeniden işlevlendirilmesi eski binaların yapıda büyük zorlamalar getirecek bundan dolayı daha çok müze yoluna gidilmektedir (Cullinane, 2013, s.118-119). Buna örnek olarak, Birgi Çakırağa Konağı müze gösterebiliriz (Şekil 4).



Şekil 4. Birgi Çakırağa Konağı Müze Olarak Kullanılmakta

Kaynak:<http://gezmezegidiyoruz.blogspot.com/2015/12/birgi-cakiraga-konagiodemis.html>:

1.2.4 Yeniden Yapma (Rekonstrüksiyon)

Yeniden yapım (Rekonstrüksiyon) yapının tamamen yıkılması bu da genellikle doğal afetlerden veya savaşlardan, dolayı harap olmuş tarihi yapılar için belgelere dayanarak yeniden yapılmasına denir. Günümüzde yapılan bu tür yapılar yapıldığı dönemin teknik ve özelliğini taşır. İsteğe bağlı olarak Yeniden yapım aşamasında bulunduğu kentin silüet izlerini taşır. Tarihi yapının özgün parçalarıyla yeni yapılan yapıda kullanılmasına rekonstrüksiyon denir (White, 2007, s.251).

1.2.5. Temizleme (Liberasyon)

Ahunbay'a (2011, s.100) göre tarihi yapıların ve kentsel kalıntıların genel yapısını bozan, tarihi değeri olmayan farklı tarihlerde yapılan eklemeleri ortadan kaldıran arınma sürecine temizleme işlemi diyoruz. Tarihi yapılar insan kaynaklı veya dış etkenlerden dolayı bütünlüğünü ve estetik değerini kaybedebilir, kirlenebilir, renk

değiştirebilir. Bu yüzeylerin bir uzman tarafından çok dikkatli bir şekilde temizlenmesi gerekir. Bu yüzeyler mekanik veya kimyasal işlemlerle temizlenir.

1.2.6 Taşıma

Venedik Tüzüğü'nün 7.maddesinde “Bir anıt tanıklık ettiği tarihin ve içinde bulunduğu ortamın ayrılmaz bir parçasıdır. Anıtın tümünün ya da bir parçasının başka yere taşınmasına anıtın korunması bunu gerektirdiği ya da çok önemli ulusal, ya da uluslararası çıkarların bulunduğu durumlar dışında izin verilmemelidir” Bu esaslar doğrultusunda yeni yol güzergahları planlanırken veya baraj yerleri seçilirken doğal ve kültürel varlıkların konumlarına dikkat edilmeli ve taşıma işlemlerinden mümkün olduğunca kaçınılmalıdır.

1.2.7 Çağdaş Ek

Venedik Tüzüğü'nün 13. Maddesi, ancak binanın ilgi çekici bölümlerinde, geleneksel konumundan, kompozisyonundan, dengesi ve çevreyle olan bağlantısından ödün vermediği takdirde modern eklemelere izin vermektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANE TANIMI VE TÜRLERİ, KURULUŞ VE BİNA ALT YAPI STANDARTLARI

2.1 Hastanelerin Tanımı

Hastanenin sözlük anlamı hasta olanların yatırılarak sağaltımlarının yapıldığı sağlık kurumu olarak açıklanmıştır. Hastaneler, hastaların tedavi ve bakımını yapıldığı temel müessesedir. En basit anlamıyla hastane, “hastaların yatırılarak bakıldıkları yurtlardır (Hasol, 1993, s. 13)”. Daha geniş bir tanımda ise hastane yapıları, “binası, donanımı, doktoru, hasta bakıcısı ile hastalıkları tedavi eden, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engelleyen, toplum sağlığını korumak için önlemler alan, içinde hastalıklarla mücadele için bilimsel araştırmalar yapılan ve bünyesinde doktor, hemşire ve hastabakıcı yetiştiren bir kurumdur” şeklinde tanımlanmaktadır (Mutlu, 1973). Bu kapsamda değerlendirildiğinde hastane yapıları, salt hasta ve yaralıların tedavi edildiği bir yaşama alanı değil, aynı zamanda araştırma ve eğitim gibi çeşitli fonksiyonları da içeren kompleks yapılar olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüz anlamıyla hastane yapıları, organizasyonel olarak hem sağlık hem sosyal işlevlerin bir parçası olan hastane yapıları, ihtiyacı olan insanlara tedavi edici ve önleyici sağlık hizmeti sağlayan, dış hasta hizmetleri dahilinde hastanın evine dek ulaşan bir sağlık kuruluşu olup, aynı zamanda araştırma ve sağlık çalışanları için bir eğitim merkezi durumundadır.

Hastanelerin sahip oldukları fonksiyonlar sahip olduğu amaç ve misyonlara göre hastane değişiklik göstermekle birlikte, temel itibarıyla “tedavi hizmetleri, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, eğitim ve araştırma” olmak üzere genel olarak kabul edilmiş dört temel fonksiyonu bulunmaktadır (Taş, 2002, s. 18). Hastane yapıları sahip oldukları fonksiyonları dikkate alındığında, bu fonksiyonlara yönelik olarak çeşitli otoriteler tarafından farklı tanımlamalara gidildiği görülmektedir. TC Sağlık Bakanlığı'nın yataklı bakım tesisleri işletme kuralları dahilindeki hastane yapıları, “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve

rehabillite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır (Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, md. 4).”

Yerli otoriteler tarafından yapılan hastane tanımlarında olduğu gibi, yabancı otoriteler tarafından yapılan hastane yapıları tanımlarında da hastanelerin sağlık hizmeti fonksiyonu ön plana çıkmıştır. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü’nün yaptığı tanımda hastane yapıları “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere, gruplandırılabilir sağlık hizmetlerini veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlardır” şeklinde ifade edilmektedir (Onur, 2007, s. 42).

Hastane yapıları, sağlık hizmeti dağıtım sisteminin anahtar unsuru niteliğindedir. Bu sebepten dolayı sağlık hizmetleri alanında en önemli yere sahip durumda olmaları sebebiyle, bu yapıların sağlık hizmetinin performansları üzerinde oldukça önemli bir etkisi bulunmaktadır ve genellikle toplum sağlığına dair tüm gelişmelerin odak noktasını oluşturmaktadır (Altan, 2003, s. 41).

2.2 Hastane Yapılarının Tarihi

İlk insanın ortaya çıktığı dönemlerden itibaren hastalık kavramı da beraberinde gelmiştir. Nitekim “dünya’da sağlık hizmetlerinin, tıbbın ortaya çıkması ve gelişmesiyle yani insanların yaşamıyla başladığını söylemek yanlış olmayacaktır. İnsanlar hayatlarının başlangıcından beri sağlıklarını korumaya mecbur kalmışlardır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s. 127)”.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenme gelişimlerine bakıldığında, esas itibariyle dünya genelinde büyük bir çeşitliliğin varlığı dikkat çekmektedir. Sağlık hizmetlerinin türü ve gelişimi, insanların talepleri, kurumsallaşma, kültürel ve ekonomik nitelikler gibi çeşitli faktörlerle ilişkili olarak meydana gelmekte ve toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Başka bir ifadeyle, sağlık hizmetlerine yönelik örgütlenmede herkesçe kabul edilmiş bir modelin oluşturulması mümkün değildir. Aynı şekilde tesisin amacı, bina tipi, tıbbi hizmetlerin verildiği hastane binasının konumu ve çevresi, tedavi için kullanılan araç ve gereçler, doktor sayısı, ilaç ve tedavi yöntemleri vb. düzenli olarak değişecektir, bu bağlamda hastane binalarının kullanımı medeniyetler arasında

farklılık göstermektedir. Hastanenin yapısı sosyal ihtiyaçlara ve mevcut olanaklara göre tasarlanmıştır. (Evans, vd., 2000; Illich, 1981; akt., Aslan ve Erdem, 2017, s. 13).

Her ne kadar arkeolojik bulgularda bu mekanların günümüz anlamında hastane yapıları özelliği taşımayan yapılar olduğu görülse de, tarihin ilk dönemlerinden itibaren tedavi ve müdahale amacıyla çeşitli niteliklerdeki yapılardan yararlanıldığı görülmektedir. İlkel dinlerde sağlık hizmetleri büyücü veya din insanları tarafından verilmekteydi. Nitekim eski uygarlıklara ait elde edilen çeşitli yazıtlarda, ilkel tıbbi ait bilgilere rastlanılmış olup, bu bilgilere göre daha önceki medeniyetlerde hastalıklardan kurtulmak için dini bilgilerden, büyü ve sihirden faydalandığı görülmüştür. Bu açıdan bakıldığında ise hasta bakımının yapıldığı ilk kurumların dini kurumlar olduğu görülmektedir (Güntöre, 2005, s. 3; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s. 128).

Antik uygarlıklarda hastaların tedavi merkezleri hastalar için özel olarak yapılmış yapılar yerine ibadethanelerde gerçekleşmekteydi. İlk hastane yapılarının tarihi ise M.Ö. 6. yy.'da eski Hint uygarlığına ait Buda öğretisine dayanmaktadır (Güntöre, 2005, ss. 3-7). Antik dönemde tıbbi eğitim hizmetleri konuda uzman hekimlerin evlerinde verilmiş, tıbbi eğitim alan öğrenciler ise hekimlerin tecrübelerinden yararlanarak tıbbi tecrübe edinmişlerdir. Zamanla hastalıkların artması ve buna bağlı olarak hasta sayısında artışların görülmesi, tıp eğitimi ve tedavi için hastaların tek bir çatı altında tutulması amacıyla, bu amaca mahsus yapıların yapılması gerekliliğini ortaya koymuştur. “Bu kapsamda Antik dönemde kurulmuş olan ilk hastane örneklerinden biri olan Asklepion, hem hastaların tedavi edildiği, hem de tıp eğitiminin verildiği, Hipokrat ve Galen gibi önemli bilim insanlarının yetişmiş olduğu önemli bir tıp merkezi örneği olmuştur. Tıp ve eczacılık simgesi olan yılanın ilk olarak Asklepion'da görülmesiyle birlikte ilk psikoterapi tedavisi, ilk afyon ilaçları, radyoaktif özellikli şifalı sular, müzikle tedavi, spa, çamur banyosu, meditasyon, telkin, aromaterapi gibi yöntemler bu dönemde kullanılmıştır (Doğan ve Sezgin, 2012, s. 271).”

Salt hasta tedavisi ve bakımlarına yönelik hizmet veren ilk kurum örnekleri ise Antik Roma'da görülmektedir. Nitekim M.S. 1. yy. tarihinde Lucius Junius Moderatus, kölelerin kullanımı için yapılan Valetudinaria isimli revirlerin

varlıklarından bahsetmektedir. Marcus Anneus Seneca da bu revirlerin varlıklarından bahsederken, revirlerden özgür Romalıların da faydalandıklarını ifade etmektedir. Yine yapılan kazılarda da, hekimlerin günümüz bakım evlerine benzer yapılarda mesleklerini ifa ettikleri ortaya çıkmıştır (Çapan, 2002, s. 22). Sivillerin bakım hizmetlerinin yapıldığı bu sağlık kuruluşlarına ek olarak, önemli noktalarda yer alan noktalarda da askeri hastaneler kurulmuş, askeri kamplarda veya imparatorluğa bağlı şehirlerdeki görevliler ve ailelerinin faydalanması için çeşitli sağlık merkezleri açılmıştır (İpekoğlu, 1993).

Günümüz anlamında hastane yapılarının ilk örnekleri ise, Hristiyanlığı benimseyen Roma İmparatoru I. Constantinus'un M.S. 331 yılında putperestlerin hastane yapılarını kapatarak yerlerine yeni hastane açmasıyla birlikte günümüz hastane yapılarının gelişme gösterdiği söylenebilir. O döneme dek hastalar toplumdan dışlanırken, Hristiyanlığın “acı çekenle ona bakan arasında yakın ilişkinin olmasına” yönelik öğretisi ile birlikte kilise hastalara sahip çıkmaya başlamıştır. Roma İmparatorluğunu ilerleyen yüzyıllarda Avrupa'daki diğer ülkeler de izlemiştir (Öztürk ve Ünver, 2002, s. 44).

Hastane yapılarında dinin etkisi Ortaçağ'da da devam etmiş, bu dönemde gerçekleşen Haçlı Savaşları sonrasında hasta ve yaralı askerlerin tedavisi başta olmak üzere, veba salgını başta olmak üzere çeşitli hastalıkların tedavisi için çeşitli yerlerde hastaneler açılmıştır (Yolcu, 1997, s. 32). Bu dönemde hastanelerin kiliseler tarafından kurulması sebebiyle, Ortaçağ'da tarikatlar hastane yapılarının gelişiminde önemli katkı sağlamıştır. Bu amaçla manastırlarda hastaların tedavi edilmeleri amacıyla “infirmorum” isimli bir bölüm, bir eczane ve genellikle ilaçların yapılmasında yararlanılacak olan bitkilerin yetiştirildiği bahçe bulunmaktaydı. Varlıkları Ortaçağ'ın başından itibaren sanılan bu manastır hastaneleri esas itibariyle hastaların bakımının yapıldığı küçük evlere benzemekte olup, günümüz hastaneleri ile herhangi bir benzerliği bulunmamaktaydı. Bu dönemde gerçekleşen bir diğer gelişme ise ilk ruh hastanesinin kurulması olmuştur. 12. yy.'da Montpellier'de kurulan Saint-esprit (kutsal ruh) isimli hastane ilk ruh hastanesi olurken, 1198 itibariyle Papa III. Innocentius'un onayı sonrasında benzer kutsal ruh hastaneleri Avrupa'da açılmaya başlanmıştır (Altan, 2003, s. 6).

Haçlı Savaşları sonrasında hastane sayılarında artış gerçekleşmiş, Haçlı Ordusunun geçtiği rotalar üzerinde çeşitli hastaneler kurulmuştur. Bu dönemde savaşa katılan bazı şövalye teşkilatları da hastane açma ve bunları devam ettirme görevi de üstlenmişlerdir. Bu kapsamda bu hastaneler, Roma İmparatorluğu'nda sonrasında kurulan ilk askeri hastanelerin birer örneği durumundadır (Altan, 2003, s. 6).

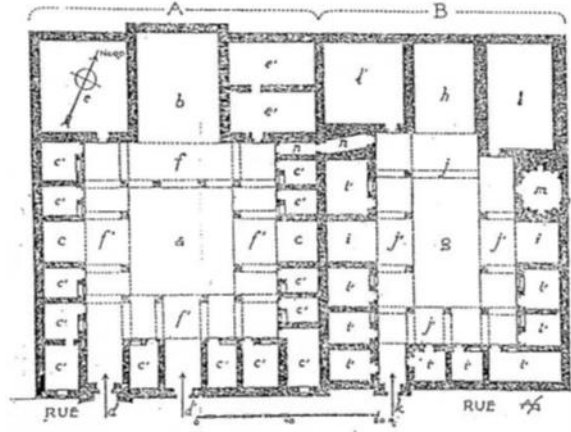
İlk kuruluşlarında kiliselere bağlı durumda olan bu hastaneler, bilhassa şehirlerde olmak üzere 12. yy. itibariyle sivil idaresi altına girmeye başlamıştır. Yine bu dönemde rahip ve rahibeler hasta bakımına devam ederken, hastane idareleri belediyelere devredilmiştir (Gombrich, 1986; akt., Onur, 2007, s. 11). Orta Çağ'ın sonlarına doğru loncalar bir hastane inşa etme, hastalara ve yoksullara yardım etme görevini üstlendi. 12. yüzyılda tüccarlar, gelirlerinin çoğunu içinde yaşadıkları birime yardım etmek için bağışladılar. Bu sayede tüm ihtiyaçları karşılayacak şekilde hastane ve düşkün evleri açıldı (Altan, 2003, s. 6).

İslam dünyasına baktığımızda ilk hastanenin öksüzlere, yoksullara, tüccarlara ve evden uzaktaki yolculara hizmet vermek üzere Vakıf tarafından kurulduğunu ve sahibi olduğunu görüyoruz (Kılıç, 2012, s.9). Ortaçağda İslam medeniyeti sağlık konusuna ağırlık vermiş, tıbbi felsefeden ayırmış ve tıbbi başlı başına bir bilim olarak görmüştür. 13. yüzyılda bugüne kadar Razj. İpni Sina ve İbni Rüşd gibi bilim insanları Bağdat, Kahire ve Kordoba'da okullarını üne kavuşturmuşlardır (Karabulut, 1998;

Onur, 2007, s.10'dan alıntı). Orta Çağ'da İslam medeniyeti Bağdat, Şam ve Kurtuba'da hastaneler kurmuş ve din, ırk, sosyal statü gözetmeksizin herkesin hastanesi olmuştur.(Altan, 2003, s. 5). Örneğin, 1276 yılında Mısır'da inşa edilen El-Mansur hastanesinde çok ciddi hastalıklar için ayrı servisler poliklinikler ve diyet mutfağı bulunmaktaydı. Ortaçağ İslam ülkelerinde 34 tane hastanenin bulunduğu yönelik kayıtlar bulunmakta olup, bu hastane yapıları genellikle iyi bir şekilde organize edilmiş hastanelerdir (Yolcu, 1997, s. 37; Çapan, 2002, s. 23).

Ortaçağ döneminde Türklerde de hastane yapılarında gelişmelerin yaşanmış, Selçuklu İmparatorluğu döneminde Kayseri'de kurulan “Gevher Nesibe” şifahanesi Anadolu'da yer alan Türklere ait ilk hastane örneklerindendir. Yine 1226 yılında

yapılan Divriği Darüşşifası da bölgede yapılan hastane yapılarına örnek teşkil etmektedir (Doğan, 2019, s. 12).



Şekil 5. Gıyasettin Tıp Merkezi ve Gevher Nesibe Hastanesi Planı

Kaynak: A, Altan Hastane Yapıları Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Mimarlık Bölümü Yüksek Lisans Tezi. (2003, s.11)

Bu dönemde Osmanlı Devleti'nin kurulması sonrasında Osmanlı devletinin hüküm sürdüğü Söğüt, Bursa, Edirne ve İstanbul başta olmak üzere çeşitli şehirlerde bimarhane (hastane), tımarhane (ruh sağlığı hastanesi), darüşşifa (sağlık ocağı, ruh sağlığı hastanesi) ve tabhane (prevantoryum veya sanatoryum işlevi gören sağlık kuruluşları) gibi birçok hastane kurulmuştur (Alsaç, 1992; akt., Altan, 2003, s. 18).

Osmanlılar kendi coğrafyaları içerisinde yer alan Selçuklular tarafından inşa edilen tedavi amaçlı yapıları korumuş, bu yapılara ek olarak ihtiyaç duyulan yerleşim alanlarına çeşitli tedavi merkezleri inşa etmişlerdir. Osmanlı Dönemi darüşşifa yapıları incelendiğinde Selçuklu Dönemi'nin izleri olan avlulu ve eyvanlı planlara rastlanır (Doğan, 2019, s. 14). Osmanlı devleti tarafında yaptırılan ilk hastane, I. Bayezid tarafından 1400 yılında yaptırılan Bursa Yıldırım Darüşşifa'sı olurken, bu darüşşifanın içinde bulunduğu külliye ise darüttıp isimli tıp eğitimi verilen bir de okul bulunmaktaydı. Fatih Sultan Mehmed'in, İstanbul'un fethinden sonra İstanbul'da yaptırmış olduğu külliye dahilinde yer alan Fatih Darüşşifası hem yataklı tedavi, hem de poliklinik hizmeti sunmakta olup, açıldığı dönem için Avrupa'daki en büyük hastanelerden biri durumundaydı (Çapan, 2002, s. 23).

Geleneksel Osmanlı mimarisi içinde genellikle bir külliye içinde inşa edilen darüşşifa yapıları, esas alınarak inşa edilmiş olup, orta avluyu çevreleyen revak ve arkasında sıralanan hücrelerden oluşmaktadır (Çapan, 2002, s. 23).

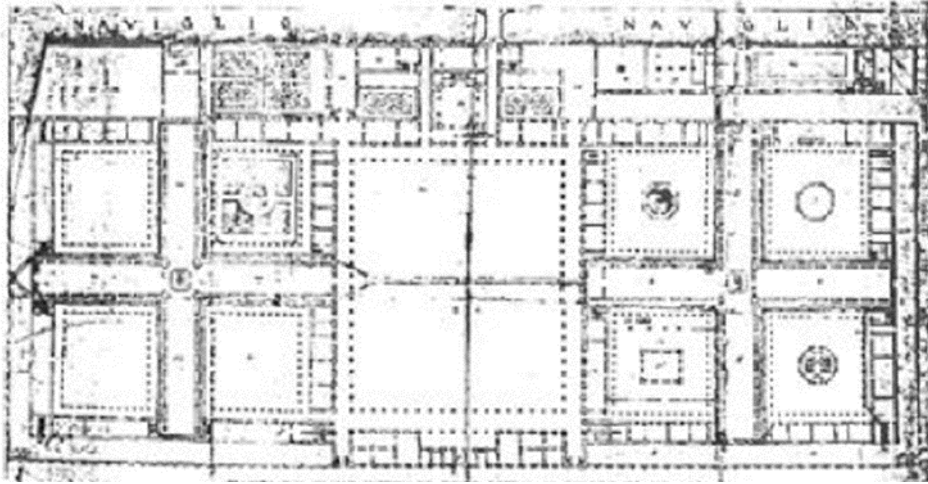
Rönesans dönemi ile birlikte tıp bilimi anlayışına yönelik yeni bir anlayış ortaya çıkmış ve bu şekilde yeni bir hastane fikri ortaya çıkmıştır. Üniversitelerde tıp eğitiminin verilmeye başlandığı bu dönemde, hastaların tedavileri için özel klinikler inşa edilmiştir. Rönesans ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumu ve idaresinde de önemli değişiklikler gerçekleşmiş, İngiltere’de manastırların kapatılmasıyla birlikte, kilisenin idaresi altındaki İngiliz hastane mekanizması ortadan kalkmıştır. Hastane anlayışında gerçekleşen bu değişim İngiltere ile sınırlı kalmamış, Fransa ve Almanya’da hastane yönetimi genellikle merkezi hükümete veya yerel yönetimlere devredilir (Çapan, 2002, s. 24).

17. yy. itibariyle hastaneler salt tedavi merkezi olarak değil, aynı zamanda tıp öğrenimi için de bir merkez durumuna gelmiştir. “17. yy sonlarına kadar klinik çalışmalar hayvanlar üzerinde ya da ölümler üzerinde gerçekleştirildiğinden hastalıkların tam olarak anlaşılması ve tedavi edilmesi zaman almaktadır. Ancak, Hollandalı Sylvius tarafından hasta başında ilk klinik çalışma (hastalıkların insan üzerinde incelenmesi) gerçekleştirilerek anatomi alanında önemli gelişmelerin önü açılmıştır (Nasuhioğlu, 1974; akt., Aslan ve Erdem, 2017, s. 14).” Hollanda’da başlayan bu yöntem, ilerleyen dönemlerde önemli gelişmeler göstermiş, İngiltere ve İskoçya’da da hasta üzerinde eğitim tekniği önem kazanmıştır (Çapan, 2002, s. 24).

Rönesans döneminde Avrupa’da yeni hastaneler inşa edilmeye başlanmıştır. 17. yy. itibariyle tedavi bölümlerinin yanında tıp eğitiminin verildiği bölümlerin de hastane planlarında yer aldığı görülmektedir (Doğan, 2019, s. 16). Tıbbi eğitim ve tedavi hizmeti veren hastane yapıları ilerleyen dönemde de gelişim göstermiş, bu gelişmeler 18. yy. ortalarına dek devam etmiştir. “18. yy. kliniklerin yenilenmesi ve hastanelerin gerçek anlamda ve tam olarak kullanıldığı bir dönemdir. Bu dönemde çeşitli dal hastanelerinin (kulak burun-boğaz, kadın hastalıkları, akıl sağlığı, salgınla mücadele, askeri vb.) de kurulduğu yarı uzmanlaşmanın ortaya çıktığı görülmüştür. Rönesans öncesinde hekimlerin genel olarak tedavi yaptığı ancak Rönesans’la beraber

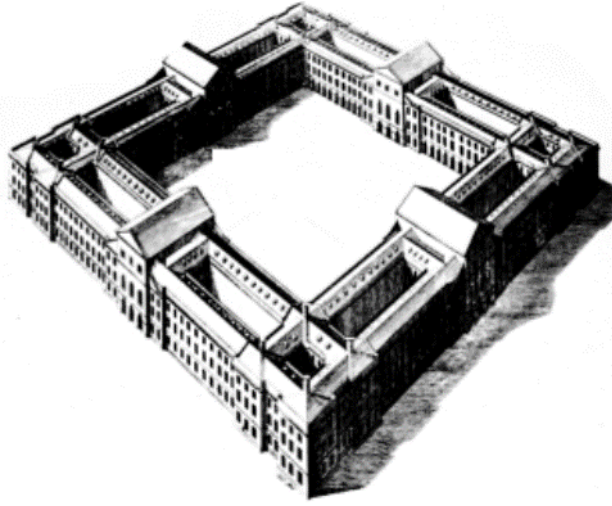
özellikle 18. yy. sonrasında uzmanlaşmalar yaygınlaşmaya başlamış Hastane Yönetmeliği oluşturulmuştur (Foucault, 1963; akt., Aslan ve Erdem, 2017, s. 14).”

18. yy.’ın ortalarından itibaren hastane yapıları işlevsel olarak tıbbi ve cerrahi uygulama işlevlerini de edinmiştir. Hastane yapılarının karakterlerinde gerçekleşen bu radikal değişim, başta İngiltere olmak üzere, tüm Avrupa’da hastane yapım sürecini de artmıştır. Bu dönemde Avrupa ve Amerika’da yapılan hastaneler, “blok” tipi olarak adlandırılan, tekli ve yoğun strüktürler olarak yapılmışlardır. Mimari açıdan değerlendirildiğinde, dış görünüş itibariyle kamu binaları ve büyük konutlarına benzer nitelikte blok şeklinde inşa edilmiş olup, ana kitleye takılı iki büyük kanat veya dört tarafı kapalı, kare planlı, iç avlulu, büyük ve birbirine neredeyse benzer oranlarda oluşmaktadır. Hastalar genellikle büyük koğuşlarda, hastalık ayrımı yapılmaksızın birlikte tutulmaktaydı. Bu dönem mimari tasarım ölçütünü belirleyen tek önemli etken ise, yapılarda estetiksel bir bütünlük sağlanması için yapıyı oluşturan blokların birbirleriyle orantılı ve dengeli oluşturulması olmuştur (Ergenoğlu, 2006).



Şekil 6. 18. YY.’a Ait Bir Hastane Planı (Maggiore Hastanesi)

Kaynak: Öztürk, L., Ünver, R., (2002) “Dünya Tarihinde Sağlık Yapıları”, Tasarım Dergisi, 119



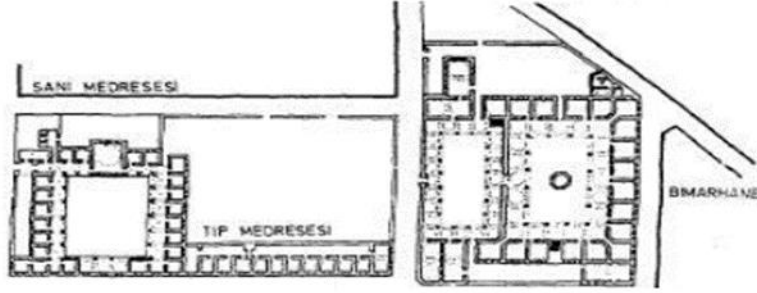
Şekil 7. 18. Yy. Blok Tip Hastane Binası: Hasler Royal Naval Hastanesi-Hampshire

Kaynak: Öztürk, L., Ünver, R., (2002) “Dünya Tarihinde Sağlık Yapıları”, Tasarım Dergisi, 119

Rönesans dönemi sonrası Türk sağlık yapılarının yapılanmalarına bakıldığında ise, sağlık yapılarının klasik Osmanlı dönemi külliye yapılarının bir parçası olmaya devam etmiş, klasik Osmanlı külliye ve sağlık yapısı mimarisi 19. yy.’a dek devam etmiştir. Osmanlı devletinde yükselme döneminde yapılan bazı sağlık yapıları şu şekildedir (Otçu, 2001): “Edirne Cüzzamhanesi (1451), Fatih Darüşşifası (1470), Edirne Beyazid Darüşşifası (1488), Manisa Hafsa Sultan. Bimarhanesi (1539), Haseki Darüşşifası (1550), Süleymaniye Darüşşifası ve Tıp Medresesi (1556), Toptaşı ya da Atıkvalide Bimarhanesi (1583), Sultanahmet Darüşşifası (1617), Nurbanu Valide Sultan Darüşşifası (1583).”

Klasik dönem Osmanlı sağlık yapılarına bakıldığında yapılan sağlık yapılarının, Selçuklu dönemi sağlık yapı mimarileriyle benzer nitelik gösterdiği görülmektedir. Klasik dönem Osmanlı sağlık yapılarına bakıldığında yapılan sağlık yapılarının, Selçuklu dönemi sağlık yapı mimarileriyle benzer nitelik gösterdiği görülmektedir. Bu dönemin önemli yapılarından olan 1555 yılında yapılan Süleymaniye Darüşşifası, aynı isme sahip Külliye'nin kuzeybatı köşesine konumlandırılmış olup, tıbbi eğitimin de verildiği darültıbbın yanında yer almıştır. İki

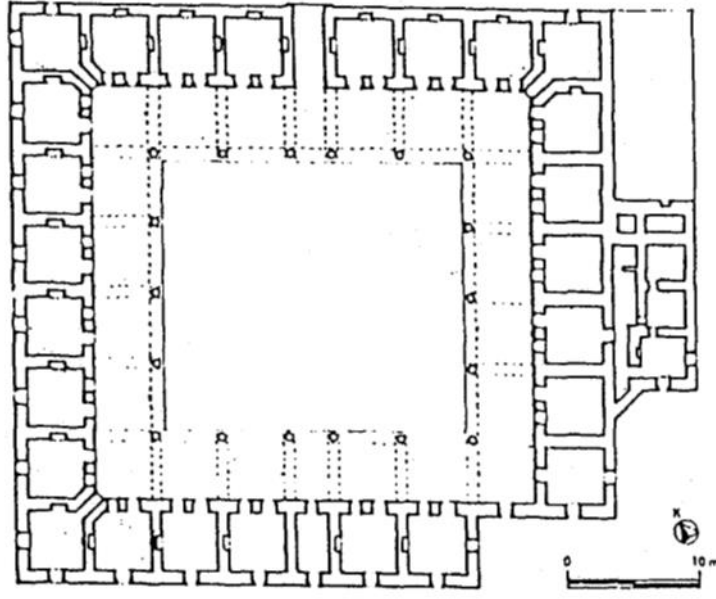
sıralı bir yapıda inşa edilen darüşşifa binası, dört bir yanı dikdörtgen planlı iki düz avlulu revaklı bir girişle çevrilidir. Karşıdaki ikinci avlunun dört bir yanında revaklar vardır. Birinci avludan farkı, bu revak girişlerinin arkasında üç tarafta hücre bulunmasıdır (Gençel, 2000: 37). (Şekil 8)



Şekil 8. Süleymaniye Bimarhanesi

Kaynak: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2163904>

17. yy. Türk sağlık yapıları mimarisine bakıldığında karşımıza en önemli örnek olarak Sultanahmet Darüşşifası olarak karşımıza çıkmaktadır. 17. yy.'da yapılan tek sağlık yapısı olan Sultanahmet Darüşşifası, her ne kadar iç mimari açıdan Fatih ve Süleymaniye külliyelerine benzesede, bu iki külliyeleden ayrı olarak darüşşifa binasının Fatih ve Süleymaniye külliyelerinde olduğu gibi birbiri ile bitişik konumda olmadığı, aksine darüşşifa hastane binaları düzgün veya simetrik bir plana göre değil, belirli gruplar halinde ayrı ayrı düzenlenmiştir. Bunun nedeni muhtemelen Külliye'nin yapılaşma halindeki bir mahallede yapılmış olmasıdır. Yapının planında bir avluyu çevreleyerek revakların gerisinde dizili hücrelerin oluşturduğu görülmekle birlikte, hekimlik veya hasta bakımına yönelik bir planlama olmadığı görülmektedir. Ancak darüşşifaya bağlı bir hamamın bulunması, sağlık ve temizlik arasında bir ilişkinin kurulduğu görülmektedir. Hamam ile sağlık yapısı arasındaki bağlantının, revak içinden geçilen bir hücreden sağlanması, Türk sağlık yapıları için sık görülen bir yöntem değildir. Bu yöntemin seçilmesi, hastaların hamama gidişleri için bir kolaylık sağlanması ile açıklanabilmektedir (Nayır, 1975, akt., Altan, 2003, s. 26).



Şekil 9. Sultan Ahmet Darüşşifası Planı

Kaynak: A, Altan Hastane Yapıları Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Mimarlık Bölümü Yüksek Lisans Tezi. (2003, s.27)

18. yy. Avrupa'sında sağlık yapıları tasarımını sağlık bilimine uygun hale getirmek için yeni bir girişim başlatılmış, bu kapsamda yapılan hastanelerde karşılıklı havalandırma, temiz hava temini, doğal ışık ve hastane yapısının güneş ve rüzgara yönlendirilmesi ihtiyacı vurgulanmıştır. Doktorlar tarafından temiz havanın, çevre koşullarının ve çapraz havalandırmanın hasta sağlığına olan etkisinin keşfedilmesi ile birlikte iç mekanda bir bölümlendirmeye gidilmiş ve böylelikle her hasta ayrı ünitelerde tedavi edilmeye başlanmıştır. Doktorlar, dört tarafta kapalı ve bir iç avluya bakan, kare planlı blok hastane yapılarına yönelik eleştiriler sonrası bu planda değişime gidilmeye başlanmıştır. Bu kapsamda doktorlar, yapılacak hastane yapılarında odalardan oluşan bir koridorun geniş bir galeriye açılarak, hava sirkülasyonunun sağlanması gerektiği belirtilmiştir (Ergenoğlu, 2006). 1850'li yıllardan itibaren çıkan savaşlar ve hastalıklarda görülen artışlar, hastane yapılarında pavyon sisteminin anlayışının ortaya neden olmuştur. 19. yy. itibariyle hastane yapıları

salt estetik kaygıdan ziyade, bilimsel yöntemlerin de dikkate alındığı mimari örnekler ortaya çıkmıştır.

Anestezi ve cerrahi tedavi yöntemlerinin bulunması, hastalık sebebi olan mikropların bulunması, antiseptik ve sterilizasyon yöntemlerinin kullanılmaya başlaması, hastane yapılarının gelişiminde etkili olmuştur. 1800'lerin sonunda tıp teknolojisinde gelişmeler yaşanmaya başlanmış, ilk laboratuvar 1889, ilk röntgen çekimi de 1896 yılında gerçekleşmiştir. 1903 yılında elektrokardiyografi (EKG) kullanılırken, 1929 yılında da elektroensefalografi (EEG) araçları kullanılmaya başlanmıştır (Kavuncubaşı, 2000)

Tıp teknolojisinde yaşanan bu gelişmeler kapsamında, hastane yapılarında yeni mekan ve donanımlara olan ihtiyacı da getirmiştir. Hastane yapılarında bölümlerde farklılaşmalar başlanmış, ihtiyaç duyulan yeni alanlar için yeni oluşumlar ve alanlar arası organizasyonlar zamanla gelişim göstermiştir. İnsan sağlığına yönelik enfeksiyon, hastalıkların bulaşması ve hijyen konularına yönelik anlayışlarda gerçekleşen değişimlerle birlikte hastane yapılarının tasarım ilkelerinde de değişime gidilmiştir. Bu kapsamda 19. yy.'ın pavyon sisteminden vazgeçilmeye başlanmış, bu kapsamda ilk defa Amerikalı cerrahlar, tek katlı pavyon tipi hastane yapılarına göre, özellikle büyük şehirlerde daha az maliyetli çok katlı hastaneler yapılarını önermiştir. Böylelikle 20. yy. itibariyle başta Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere birçok ülkede, pavyon tipi hastanelerden vazgeçilerek, poliklinik, ameliyathane, hasta yatak odalarının bulunduğu farklı ünitelerin tek bir bina altında toplandığı mono blok sisteminde hastane yapıları inşa edilmeye başlanmıştır. Mono blok sistemi zamanla gelişim göstererek T tipi, H tipi ve Y tipi planlar uygulanmaya başlanmıştır (Aydın, 2003; Ergenoğlu, 2006; Köse, 2003).

19. yy.'a kadar Osmanlı sağlık yapıları mimarisinde pek bir değişikliğe gidilmemiş, ancak ibadethane ve eczane gibi eklemelerde bulunulmuştur. Batı'da da olduğu gibi Osmanlı sağlık yapıları mimarisinde de değişime ilk olarak 19. yy. itibariyle gidilmiş, III. Selim döneminde yapılan ıslahatlara ek olarak, salgın hastalıkların artması ve bu hastalıkların mevcut sağlık yapılarıyla engellenememesi sebebiyle sağlık yapılarının planlanmasında değişime gidilmiştir. III. Selim, yeni kurduğu Nizam-ı Cedid ordusu için ilk modern Osmanlı hastanesi olan Levent Çiftliği

Hastanesini 1799 yılında kurarken, 1800 yılında da Selimiye Kışlası'na hastane yaptırdı. Yine III. Selim döneminde bulaşıcı hastalıkları tedavi etmek için bir hastane inşa edildi. (Yavuz, 1988, s. 124; Çavdar ve Karcı, 2014, s. 257).

II. Mahmud döneminde de askerlerin kullanımı için kışla yakınları veya içinde çeşitli askeri hastaneler açılmıştır. (Yıldırım, 1994, s. 14) 19. yy.'dan itibaren Osmanlı döneminde toplam 36 hastane açılmış olup, bu hastaneler gazilerin tedavisi, salgın hastalıklar, ordu ve donanma hastaneleri gibi çeşitli amaçlar için kurulmuşlardır (Erkoç, vd., 2011: 1). Türk tıp tarihinde ilk hastane adını alan yapı 1845 yılında Bezm-i Alem Valide Sultan'ın kurdurduğu Bezm-i Alem Valide Sultan Guraba-i Müslimin Hastahanesi için kullanılmış olup, bu hastane genel sağlık koşulları göz önüne alınarak, kent içindeki yerleşme alanlarından biraz uzakta inşa edilerek vakıf niteliğinde faaliyet göstermiştir (Yavuz, 1988: 127).

Salgın hastalıkların, hastanelerde hastalar arasında yayılmasının önüne geçilmesi için Avrupa'da 19. yy. itibariyle pavyon tipi hastane yapıları inşa edilirken, Türkiye'de ise bu yapılar 19. yy. sonunda Abdülhamit döneminde yapılma başlanmıştır (Yavuz, 1988, ss. 124-129). 1899 yılında kurulan Hamidiye Etfal Hastanesi (Şekil 10). (Şişli Etfal Hastanesi) bu dönemde yapılan en önemli hastane örneklerinden olup, ilk başta dokuz bölümden açılan bu hastaneye ilerleyen dönemlerde yeni pavyonlar eklenmiştir. 1903 yılında yapılan Haydarpaşa Numune Hastanesi de, pavyon tip hastane planının en önemli örneklerindendir (Ergenoğlu, 2006).



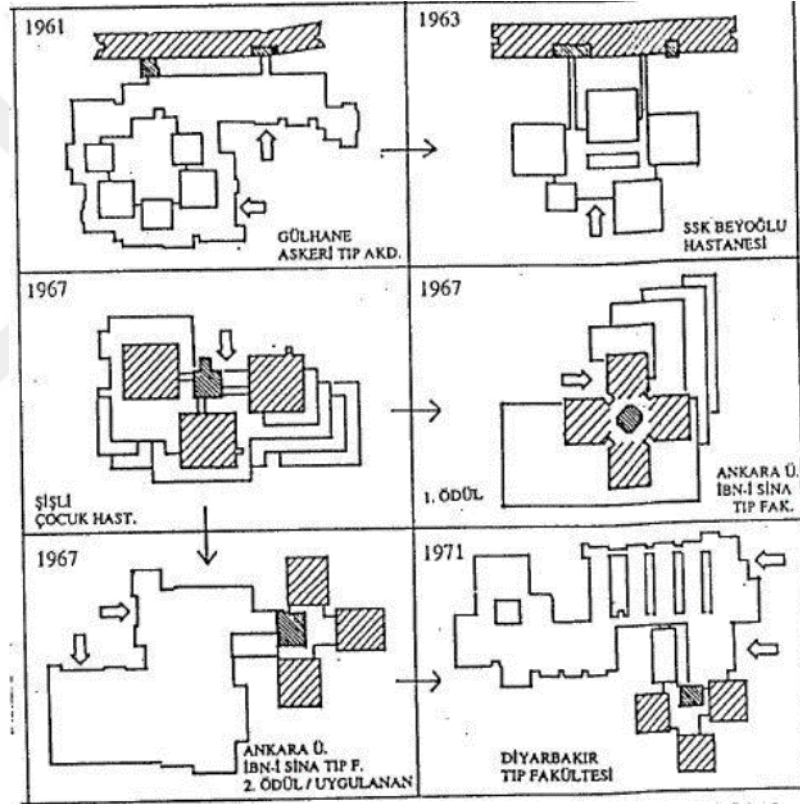
Şekil 10. Hamidiye Etfal Hastanesi

Kaynak: Nart, Duygu. 2015. İstanbul’da Endüstri Yapılarında Gerçekleşen Dönüşümlerin Mekânsal Açıdan İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, s,159

Pavyon tipi hastaneler genellikle 1-2 katlı geniş alanda yapılan bir binadır, maliyeti açısından yüksektir ve yönetimi zordur, ancak blok hastane, pavyon tipinden daha küçük bir alanda çok katlı bir binadır. Bu sayede mekan sorunu çözülmüş ve daha komplike bir yapı elde edilmiştir. Blok yapısı içerisinde ünitelerin birbirine yakın olması yönetimi kolaylaştırır ve hastalarında işlemlerini kısa sürede tamamlamasını sağlar. (Tengilimoğlu, vd., 2009, ss. 80-85). 20. yy. itibariyle pavyon tipi hastaneler, yerini Avrupa’da yaygın bir hal alan blok tipi hastaneler almış, böylelikle ilerleyen dönemlerde hastane mimarisi yerini blok tipi hastane yapılarına bırakmıştır.

Cumhuriyet’in ilanı ile birlikte hastane yapımı da başta devlet eliyle olmak üzere, sağlık sektörüne özellikle 20. yy.’ın son çeyreğinde özel sektörün de girmesiyle birlikte devam etmiştir. Cumhuriyet döneminde inşa edilen hastane planlarına bakıldığında sanayileşme süreciyle birlikte, hastane yapılarında belirli plan tiplerinin olduğu görülmektedir. Özellikle 1960’lı yıllardan itibaren hastane planlarında belirgin nitelikte değişimlerin yaşandığı görülmektedir. Bu dönemde nüfusta yaşanan artışla birlikte, hastane yatak kapasitelerinde de bir artışa ihtiyaç duyulmuş, bu kapsamda daha çok yatak kapasiteli hastaneler gündeme gelmiştir. Yine bu dönemde poliklinik ve teşhis-tedavi bölümlerinde büyüme gerçekleşmiş, böylelikle ihtiyaç duyulan bu üniteler, ayrı bloklar inşa edilerek karşılanmaya çalışılmıştır.

Ameliyathane üniteleri alt katlara taşınırken, kapladığı alan ve mahal bakımından daha da fazla bir yer kaplamaya başlamıştır. Yine hastanelerde sunulan hizmetlerin artması ile birlikte hastane planları daha kompleks duruma gelmiştir. Bu dönemde yapılan ana plan değişiklikleri, hasta bakım ünitesi altında poliklinik, teşhis tedavi ve ameliyathane gibi bölümlerin kaldırılması oldu. Bu üniteler hasta bakım ünitelerinden daha fazla yer kapladığı için bir teras çatısına ihtiyaç duyulmuştur. Teras çatısının hastane yapılarında kullanımı artmış ve ek olarak bir tesisat katı hastane yapı planlarına eklenmiştir (Doğan, 2019, s. 17; Kortan, 1986, s. 70; İşbilir, 1982, s. 6).



Şekil 11. 1960 Dönemi Hastane Yapı Planları

Kaynak: A, Altan Hastane Yapıları Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Mimarlık Bölümü Yüksek Lisans Tezi. (2003, s.31)

1970’li yıllarda hastane planlarında ise çatıların konumu ortak özelliği göstermektedir. Bu yıllarda inşa sürecinde karşılaşılan sorunlara karşı olarak teras çatı yapımı yasaklanmış, bu dönemde kiremit çatı tipi yaygınlaştırılmıştır. 1970 hastane yapısı mimarisini çatı tipi belirlemiştir. Hastane yapılarına kiremit çatı konulduğu için, bu dönemde yapılan bütün hastane planları kiremit çatının şartları uyarınca yapılmıştır. Bu dönemde yapılan hastane binaları dikdörtgen ve avlulu bloklar şeklinde, hasta bakım klinikler ise “I”, “T”, “L” şeklinde inşa edilmiştir (Özbay, 1996, s. 11).

1980 döneminde hastane yapılarında genç kuşak mimarların planlamadaki etkileri artarken aynı zamanda yatay hastane planları da popülerlik kazanmıştır. 1990 döneminde de 1970’li yılların plan anlayışı devam etmekle birlikte, hastane yapılarında yeni ve özgün arayışların da kendisine yer aldığı bir dönem olmuştur. 1990 döneminin 1970’li yıllardan ayıran farklılık veya arayışı ise bilhassa hasta bakım ünitelerinin yer aldığı ünitelerin tasarımında görülmektedir. Yine bu dönem hastane yapılarında görülen bir diğer farklılıkta, hastanelerin iç mekanlarında üçüncü boyuta dair arayışların artışında görülmektedir. Artık bu dönemde hastane yapıları sadece program istifi görevi görmemekte, artık “ışıklı ve zengin” mekan arayışları bu dönem hastane planlamasında kendisine yer bulmaya başlamıştır (Özbay, 1996, s. 11).

2000’li yıllar, hastane yapılarında mimari ve iç mimari açıdan uzmanlaşmanın önemsendiği bir dönemdir. Son yıllarda, hastane yapılarının iç mekan organizasyonlarında ve iç mekan düzenlemelerinde gerçekleşen olumlu gelişmeler hastane tasarımı konusunda uzmanlaşmış kişilerden ve ekiplerden destek alındığının göstergesidir. Bu dönem içerisinde iç mimarlık disiplinin yaygınlaşması ile, hastanelerin iç mekanlarında da olumlu yönde gelişmeler gözlenmektedir (Onur, 2007, s. 37).

Zaman içinde hastane yapılarında çeşitli planlama stratejileri gerçekleştirilmiştir. Yapılan bu stratejilerin geneli düşey ve yatay planlama şeklinde inşa edilmiştir. Genellikle düşey planlamalarda yoğunlukla hasta bakım üniteleri bulunurken, yaygın kütlede ise diğer servis bölümleri bulunmaktadır (Köse, 2003). Günümüzde hastane yapıları, etkin tedavi olmakta ziyade, hasta memnuniyetini yüksek seviyede tutacak, hasta odaklı yapılar halini almaktadır. Ana prensip olarak hastane planlamasında da planlamanın odak noktası hasta odaklı olup, sağlık ve bakım

hizmetleri hususunda öncelikli tutum ve davranışlar mevcuttur. Bu kapsamda hasta merkezli bir sağlık hizmetinin sunumu için de hastane yapıları, kişisel bakıma daha çok önem veren, hastayı merkez noktasına alan tasarımlara yönelinmeye başlanmıştır.

2.3 Hastanelerin Sınıflandırılması

Günümüzde hastane yapılarını sınıflandırmada çeşitli kriterler kullanılmaktadır. Bu kapsamda hastaneler büyüklüklerine, verdikleri hizmetlere göre, eğitim statülerine ve dikey bütünleşme basamağına göre olmak üzere dört şekilde sınıflandırılabilir.

Hastane yapılarında yapılan sınıflandırmalardan en sık olarak yararlanılan sınıflandırılma yöntemi olarak büyüklüklerine göre yapılan sınıflandırmadır. Bu kapsamda bir hastanenin büyüklüğünü belirlemede en önemli kriterler yatak sayısı, personel sayısı ve hasta gün sayısı olmakla birlikte bu kriterler için en yaygın kriter yatak sayısıdır (Kavuncubaşı, 2000). Hastaneler sahip olduğu bu kriterler bakımından oldukça farklı kapasitelerde olabilmektedir. Hastaneler yatak sayılarına göre dört gruba ayrılmaktadır. En küçük hastane 50 yatak kapasitelidir, küçük hastane 150 yatak kapasitelidir, normal hastane 500 yatak kapasitelidir ve büyük hastane 1000 yatak kapasitelidir (Altan, 2003, s. 44).

Hastane yapılarını sınıflandırmada kullanılan bir başka yöntem ise verdikleri hizmetlere göre yapılan sınıflandırmalardır. Hastaneler verilen hizmetlere göre genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Genel hastaneler, acil vakaları ve mevcut uzmanlıkları ile ilgili her türlü hastayı yaş ve cinsiyet gözetmeksizin kabul eden sağlık kuruluşlarıdır. Özel hastaneler ise çocuk hastaneleri, doğum hastaneleri, ruh sağlığı hastaneleri gibi belirli yaş ve türde hasta kabul eden sağlık kuruluşlarıdır (Taş, 2002, s. 37).

Bir hastanenin yapısını sınıflandırırken kullanılan bir diğer sınıflandırma da hastanenin eğitim statüsüne göre yapısıdır. Bu bağlamda hastaneler eğitim hastaneleri ve eğitim dışı hastaneler olarak ikiye ayrılmaktadır. Eğitim hastaneleri, hekimlere belirli alanlarda uzmanlık kazandırılması amacıyla öğretim, eğitim ve araştırma etkinliklerinin yapıldığı hastanelerdir. Ancak yardımcı nitelikte tıp personeli ve

hemşire adaylarının eğitildiği hastaneler eğitim hastaneleri statüsünde olmayıp, eğitim hastanelerinde uzman ve ileri dal uzman doktorlarının eğitimi sağlanmaktadır. “Bir başka deyişle eğitim hastanesi, tanı ve tedavi hizmetleri yanında, sağlık profesyonellerinin eğitimine yönelik hizmetler de sağlamaktadır. Eğitim amacı olmayan hastaneler ise, geleneksel teşhis ve tedavi hizmetlerini sağlamakla birlikte, sınırlı ölçüde uygulamaya yönelik eğitim (staj) hizmetleri de vermektedirler (Kavuncubaşı, 2000).”

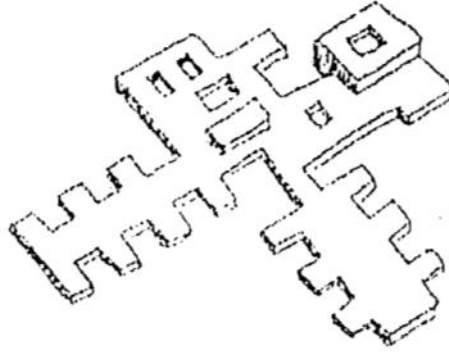
Hastane yapılarında yapılan sınıflandırmaya göre bir başka kriter ise dikey bütünleşme basamağına göre yapılan hastanelerdir. Bu hastaneler üç grupta incelenir: birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak. Birinci basamak hastaneler genellikle ayakta teşhis ve tedavi hizmeti veren hastanelerdir, ikinci basamak hastaneler kısa süreli yatarak tedavi hizmeti veren hastanelerdir, üçüncü basamak hastane, birinci basamak ve ikinci basamak, hastanelerde eksik olan hastalıkları tedavi eden yüksek teknoloji donanımına sahip hastanelerdir (Kavuncubaşı, 2000).

2.4 Hastane Planlamaları, Planlama İlkeleri ve Bina Sistemleri

Tıp alanında gerçekleşen gelişmeler sonucunda, bu gelişimden salt tıbbi müdahale yöntemleri etkilenmemiş, aynı zamanda hastane yapılarında da bu gelişim kendisini göstermiştir. “Tarihteki ilk hastane yapılarından, günümüzdeki hastane yapılarına kadar geçirilen evrimde hastalık ve sağlık kavramlarının birçok kereler değiştiği ve tıp biliminde birçok ilerlemeler olduğu görülmektedir. Sağlık yapıları, tarihleri boyunca politik, sosyal, teknik ve ekonomik faktörler, demografik yapılarıdaki dönüşümler, tıp bilim alanındaki gelişmeler ve zamanlarının felsefeleri tarafından biçimlendirilmişlerdir. Bu durum günümüzde de devam etmektedir (Sungur Ergenoğlu ve Aytuğ, 2007, s. 46).”

Hastane yapılarının planlama stratejileri genel olarak düşey planlama ve yatay planlama olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Hastane planlarında hastane kapasitesi önemli olmakla birlikte, arazinin büyüklüğü ve hastanenin işlevleri de önemli olmaktadır. Modern hastane yapılarının çıktığından itibaren geçmişte yaygın olarak kullanılan ve halen kullanımı devam eden 5 hastane planı bulunmaktadır (Sürmen, 1992, ss. 10-30).

- **Parmak Plan:** Parmak plana sahip hastane yapıları, ana bir koridora bağılı olarak dar ve iyi bir şekilde havalandırma sirkülasyonuna sahip kanat veya parmak biçiminde ünitelerden oluşmaktadır. Parmak plandaki hastaneler genellikle tek katlı olup, çok katlı olması durumunda asansörler parmağın kökü bölümünde yer almaktadır. Parmak olarak adlandırılan üniteler genellikle koğuş bölümlerini içermektedir. Ancak bu ünitelerin alt katları poliklinik olarak kullanılmaktadır.



Şekil 12. Parmak Plan Örneği

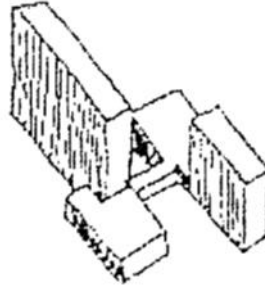
Kaynak: A, Altan (2003). Hastane Yapıları Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Mimarlık Bölümü Yüksek Lisans Tezi. (2003, s. 42)



Şekil 13. Parmak Plan Örneği (Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi)

Kaynak: <https://www.sozcu.com.tr/2019/gundem/bakirkoy-ruh-ve-sinir-hastaliklari-hastanesi-arazininin-planlari-durduruldu-3136795/>

- Bağımsız Alçak ve Yüksek Bloklar: Bağımsız bloklar planına sahip hastanelerde hastane bölümleri bloklar dahilinde bir arazi üzerinde dağılmışlardır. Genellikle farklı tarihlerde yapılan ek binaların ana binaya eklenmesiyle oluşturulmuş yapılardır. Bu blokların farklı fonksiyonları bulunmaktadır.



Şekil 14. Bağımsız Alçak ve Yüksek Bloklar Örneği

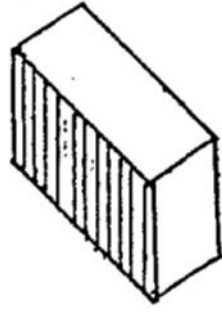
Kaynak: A, Altan (2003). Hastane Yapıları Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Mimarlık Bölümü Yüksek Lisans Tezi. (2003, s. 42)



Şekil 15. Bağımsız Alçak ve Yüksek Bloklar Örneği (Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi)

Kaynak: <https://www.hastane.com.tr/hastane/goztepe-egitim-ve-arastirma-hastanesi.html>

- Perde Blok: Bu tür hastanelerin basit bir prizma planı veya daha kompleks bir planı olabilir. Yapının çekirdeği, bloğun uzunluğuna bağlı olarak ikiden fazla olabilir.



Şekil 16. Perde Blok Örneği

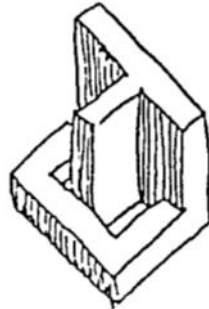
Kaynak: A, Altan (2003). Hastane Yapıları Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Mimarlık Bölümü Yüksek Lisans Tezi. (2003, s. 43)



Şekil 17. Perde Blok Örneği (Medical Park Hastanesi)

Kaynak: <https://www.medicalcenterturkey.com/medicalparkbahcelievler/>

Az katlı bloklu kule blok veya perde blok: Tek bir binada çok sayıda kolları bulunan yapılardır. Servis, teşhis ve tedavi bölümleri üst sırada, genel klinikler alt sırada yer alıyor. Çekirdek ve dikey sirkülasyon kulesi bloğun merkezinde yer almaktadır.



Şekil 18. Az Katlı Bloğa Sahip Kule veya Perde Blok Örneği

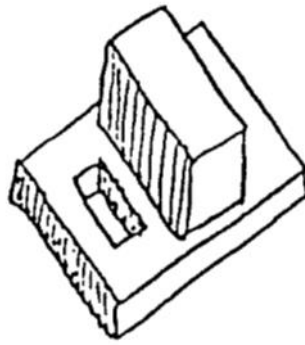
Kaynak: A, Altan (2003). Hastane Yapıları Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Mimarlık Bölümü Yüksek Lisans Tezi. (2003, s. 43)



Şekil 19. Az Kath Bloğa Sahip Kule veya Perde Blok Örneği (Dr. Lütfü Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi)

Kaynak: <https://lutfukirdareah.saglik.gov.tr/TR-355494/tarihcemiz.html>

- Taban (Podyum, Altlık) Üzerinde Kule: Bu yapılarda geniş bir taban üzerine yükselen bir kule planı yer almaktadır. Merkezi bir taban, kule bölümüne hizmet etmektedir. Taban bölümünde poliklinikler, teşhis ve tedavi bölümleri yer alırken, kule kısmında ise koğuşlar bulunmaktadır. Bu tür hastanelerde yatay uzaklıkların azaltılması için koğuşlarda çift koridorlu planlar daha sık kullanılmaktadır.



Şekil 20. Taban Üzerine Kule Örneği

Kaynak: A, Altan (2003). Hastane Yapıları Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Mimarlık Bölümü Yüksek Lisans Tezi. (2003, s. 44)



Şekil 21. Taban Üzerine Kule Örneği (Hamidiye Etfal Hastanesi)

Kaynak: <https://sislietfaleah.saglik.gov.tr/TR-568001/fotograf-galerisi.html>

2.4.1 Hastane Yapılarını Planlama İlkeleri

Günümüzde modern hastaneler, hasta bakım alanları (hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca kaldıkları alanlar), klinik alanlar (tanı/tedavi hizmetleri ve teknik ekipmanların oluşturduğu alanlar) ve destek birimleridir (mutfaklar, kantinler, çamaşırhaneler, transferler). istasyonları ve kullanım durumları) Hastanenin işlevlerini sürdürdüğü tüm depolar). servis birimi) 3 temel kullanım alanından oluşmaktadır. Klinikler ve destek üniteleri hastanenin tipine ve büyüklüğüne göre farklılık göstermekte olup, hasta bakım alanları bir veya birden fazla bakım ünitesinden oluşmaktadır. Bakım ünitesi hasta alanları (yatak odaları, tuvaletler ve dinlenme salonları), bakım alanları (servis alanları, çamaşırhane ve servis odaları) ve sirkülasyon koridorlarından oluşmaktadır (Önal ve Önal, 2000, ss. 391-392).

Hastane yapıları oldukça kompleks yapılarıdır. Bu nedenle planlamada işlevsellik, düzen, hijyen ve estetik gibi etkenler yapı planlamasında önemli etkenlerdir. İlk başta sağlık yapıları salt birer tıbbi hizmetlerin sunulduğu kurumlar şeklinde planlanırken, günümüzde artık sağlık sektörünün tedavi merkezli olmaktan çok hasta merkezli bir anlayışa gitmesi ve aynı zamanda sağlık sektörünün bir turistik faaliyet olmasıyla birlikte artık hastane yapı tasarımlarında temel işlevinden daha farklı sahip tasarımlar öne çıkmaktadır.

Arcan (1998) hastane yapılarının planlama ilkelerini dış çevre ve iç çevre koşulları kapsamında değerlendirerek bu ilkeleri şu şekilde açıklamaktadır:

Dış çevre koşulları;

1. Toplumun sağlık gereksinimleri ve toplumsal kaynaklar,
2. Bölgesel düzeyde sağlanan sağlık hizmetleri,
3. İşgücü bulmada sıkıntı yaşanmayacak yerlerin seçimi.

İç çevre koşulları;

1. Ünite konumu,
2. Hasta günü tahmini,
3. Hastanın ortalama kalış süresi,
4. Hasta günü maliyeti,
5. Yatan hasta geçmişi,
6. Yeni programlar için finansman,
7. Klinik ve destek hizmetlerine ayrılan alanlar,
8. Destek hizmetleri,
9. İnsan kaynakları,
10. Bölümler arası mesafeler, bölümler arası bilim,
11. Referans alınabilecek istatistiksel veriler.

Bir hastane planlarken dikkate alınması gereken birkaç adım vardır. Bu adımların başarıyla aşılması sonucunda ortaya çıkan yapı oldukça kullanışlı ve işlevsel hale gelmektedir. Proje ön araştırma ve planlama süreci şu şekilde gelişir;

1. Planlama kararları; bu süreçte, yapılacak arazinin değerlendirilmesi, çevredeki toplumun sağlık ihtiyaçları gibi unsurlar dikkate alınır. Ekonomik değişimler, teknolojik gelişmede dikkate alınması gereken faktörlerdir.

2. Programlama; bu aşama, hastane tasarımını etkileyen yatak sayısı ve bölümlerin kapasitesi gibi faktörlerin kural ve yönetmeliklere göre planlanması sürecidir.

3. Tasarım; tasarımcının elde ettiği verilere dayanarak yapının projelendirilmesi işlemidir.

4. Uygulama: Binanın yapım aşamasıdır.

5. Kullanım; tüm bu işlemlerden sonra yapının kullanımının başlangıcıdır.

Hastane binasındaki imkanlar çok önemlidir. Tüm alanların kullanılabilir olması önemlidir. Hastane binası planlarken rahat hareket etmesi gereken kullanıcıların durumları, engelliler, yaşlılar, çocuklu anneler. Hastane personelinin rahat çalışabilmesi ve odayı rahatça kullanabilmesi için hastane tesislerinin standart ölçülere uyulması da önemlidir. Aynı zamanda aktivite alanının boyutları, mobilyaların yüksekliği ve genişliği dikkate alınır. Hastane binalarında ameliyathaneler ve laboratuvarlar tasarlanırken bu dikkate alınmalıdır. Örneğin engelli bir kişinin normal tekerlekli sandalyede oturma pozisyonuna karşılık gelen ölçüler, ayakta veya eğilirken ölçüleri ile kadın ve erkek hastalar için gerekli olan göz, diz ve ayak yükseklikleri ayrı ayrı verilmiştir. (Özel Hastaneler Yönetmeliği, 2008).

Binanın yapıldığı arazi sis, rüzgar, toz, duman ve gürültüden uzak olmalıdır. Gürültü sorununu çözmek için geniş bir yeşil alanda pencereleri avluya bakan bir tasarım kullanabilirsiniz. Daha fazla planlama için boş alan mevcut olmalıdır. Planlamanın anahtarı, oda ve tedavi ünitesinin yönüdür. Otoparklar ve heliportlar (alanlar) projeye dahil edilmelidir. Daha sonra yapıda yapılabilecek değişiklikler göz önünde bulundurularak boşluk bırakılmalıdır. Steriliteyi sağlamak için bina hastane kullanımından başka bir amaca hizmet etmemelidir. Doktorlar, hemşireler ve teknik personel için hastanenin yapısına yakın konaklama ihtiyacı vardır. Hatta mümkünse şehir dışından gelen hasta yakınları için otel bir komplekste bulundurulabilir. Hastane binalarının hijyeni o kadar önemlidir ki, su tesisatı, temiz su, kanalizasyon ve tıbbi atık depolama gibi planların yapılması önemlidir. Isıtma, soğutma ve havalandırma sistemlerinin dikkatli bir şekilde planlanması gerekir. (Özel Hastaneler Yönetmeliği, 2008). Bu nedenle hastane yapısının hasta için doğal kaynakları en verimli şekilde kullanması sağlanarak yapay ekipman ihtiyacı azaltılmıştır. Hastanelerin bu uygulaması, hem enerji tasarrufu hem de sınırlı finansal kaynaklar nedeniyle ekonomik çözümler sağlar. Gürültülü ve sessiz bir hastanede tedavi gören bir hastanede yapılan bir araştırmaya göre, hem iç hem de dış gürültüye maruz kalan

hastanelerdeki hastalar, daha uzun tedavi sürelerine ihtiyaç duyarlar. Hasta üzerindeki etkiyi değerlendirmek de zordur, ancak bu zorluk problemin varlığını etkilemez. Gürültünün insanlarda zihinsel depresyona neden olduğu da doğrudur.

Bu nedenle, özellikle gürültü kirliliği sorununu çözmek önemlidir. Gürültü kirliliğini önlemek için hastanelerin yakınındaki yollarda taş veya parke taşı yerine düşük gürültülü asfalt kullanılmalıdır. Yol ile bina arasında susturucu görevi gören toprak bir bahçe var ve bu bahçeye ağaç dikmek bu soruna pratik bir çözüm olarak görülebilir. Aynı zamanda üst katlar gürültüye maruz kalır, bu nedenle ameliyathaneler gibi sessiz olması gereken ameliyathanelerin alt katlara kurulması gerekir. Bina içindeki duvarlara ses yalıtımı sağlamak için ses emici malzemelerden yapılmış zeminler ve döşeme malzemeleri seçilmelidir. Koridorlar, ses iletimini önlemek için aynı zamanda ses emici görevi gören kapılarla ayrılmalıdır. (Özel Hastaneler Yönetmeliği, 2017).

2.4.2 Hastane Bina Sistemleri

Hastane yapılarının şekillendirilmesini etkileyen etkenler neticesinde hastane yapıları da form tipleri elde etmişlerdir. Bu kapsamda hastane yapıları bina sistemlerine göre pavyon sistem ve blok sistem olmak üzere iki şekilde incelenebilmektedir.

Pavyon sistem

19. yüzyılın sonlarında başlayan savaşların ve hastalıkların artması, özellikle Avrupa'da hastane yapım sistemini değiştirmiştir. Bu dönemde sağlık binası sadece estetik açıdan ilgi gören bir bina değil, hastane binasının tıbbi da etkili olduğu ortaya çıkmıştır.

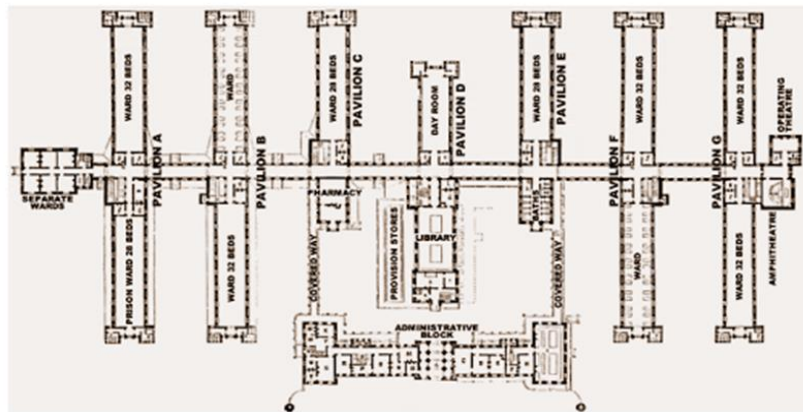
Avrupa hastane mimarisine yönelik eleştiriler Fransız Devrimi ile başlamış ve Fransa'da 19. yüzyılın ortalarına kadar devam etmiştir. Tıbbi bir devrim yarattı. Doktorlar, tıbbi bilginin geliştirilmesinde hastanelerin önemini kabul eder ve hastanelerin, tıbbi bilgiyi genişletmek ve test etmek ve hastaları tedavi etmek için tasarlanmış kurumlar olarak görülmesi gerektiğini kabul eder. Bu değişikliklerin bir sonucu olarak 19. yüzyılın ikinci yarısında hekimler, hastalığın "miasmatik teorisi"ne dayanan "pavyon" planlarını ortaya koymuşlar ve bu plan türü için tasarım ilkeleri

önermişlerdir. Hastane binasının sorunlarına çözüm olarak düşünülen bu planlamada hastane binası, dış koridorlarla birbirine bağlanan birçok ayrı bölüme ayrılmış birimlere dönüştürülmüştür. (Ergenoğlu ve Aytuğ, 2007, s. 45).

Tıpta hastalık ve mikrobiyal bulaşmadan anlayan kişiler, yayılmalarını önlemek için hastaları başka bir binada barındırma fikriyle daha küçük bağımsız binalara bölünmüş pavyonlar şeklinde hastaneler inşa etmeye başladılar. Hastane hasta istasyonu, yönetim, resepsiyon, servis, cerrahi departmanı, tedavi departmanı vb. Farklı binalarda veya çiftler halinde bulunur. (Mutlu, 1973, s. 36). (Şekil 21).

Pavyon tipi tasarımda hasta yatakları arasında belirli bir uzaklığın olması, hasta bakım bölümlerinde hava akımının ve havalandırmanın olması 19. yy. hastane yapısı mimarisinin temel unsurlarından olmuştur. Ancak bu mimari tasarımda koğuş düzeninin bulunması, hasta yatakları arasında bir gizliliğin olmaması, her hasta açısından farklı düzenlenmesi gereken ısı düzeninin sağlanamaması, enfeksiyon geçişinin kolay olması gibi dezavantajlar sebebiyle zamanla bu sistem değişime uğramıştır. Bu kapsamda bir odada yer alan yatakların araları açık bir şekilde ayrılmış, odaların açık bölmelerine üç veya dört yatak konulmuştur.

Yine önceden pencereye dikey konulan yataklar, ilerleyen dönemde yatay olarak konulmuştur (Aydın, 2003).



Şekil 22. Pavyon Sistemi Örneği (Royal Herbert Hastanesi)

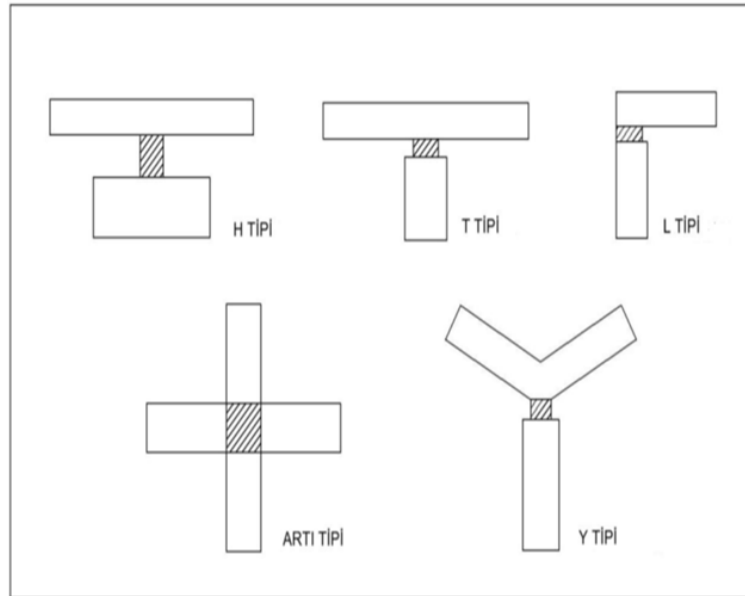
Kaynak: A. Mutlu , Sağlık Yapıları ve Hastaneler , Devlet Güzel Sanatlar Akademisi Yayınları , Türk Arşivi Matbaası ,istanbul, 1973

1914 yılına dek kullanılan bu sistem, günümüzde artık işlevsel bir yapı sistemi değildir. Ancak salgın hastalıklarında kesin izolasyon temini için veya savaş durumu gibi durumlarda dağılma ve küçük hedef gösterme açısından pavyon sistemi kullanılabilir (Mutlu, 1973, s. 36).

Blok sistem

Bina içinde izolasyonun yapılabileceği ve çoğu hastalığın bulaşıcı olmayacağı anlayışı ile ekonomik açıdan zorlayıcı pavyon sisteminden blok sistem lehine vazgeçildi. Blok sisteminde üniteler alt alta ve yan yana planlanarak birbirine ve sirkülasyon elemanlarına bağlıdır (şekil.22). Blok hastane, koridorlarda çok uzun olmayacak şekilde küçük bir arsaya sığma veya daha fazla bahçe alanına izin verecek şekilde çok katlı olarak inşa edildi. (Mutlu, 1973, s.36).

Günümüzde sıklıkla başvurulanan blok tipi sistemlerde hastaneler, çeşitli bölümleri kendi içinde barındırmaktadır. Hastane içindeki bölümler yan yana ve üst üste konumlandırılmış olup, hem kendi aralarında hem diğer bölümlerle birbirine koridor, hol, asansör ve merdivenler aracılığıyla bağlanmaktadır. Blok hastaneler I, L, T, H, Y, + şekillerinde veya bu şekillerin birleşimi şeklinde planlamalar yapılmaktadır (Altan, 2003, s. 50).



Şekil 23. Blok Sistemler İle İlgili Şema

Kaynak: A. Mutlu , Sağlık Yapıları ve Hastaneler , Devlet Güzel Sanatlar Akademisi Yayınları , Türk Arşivi Matbaası ,istanbul, 1973

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Mimari açıdan değerlendirildiğinde sağlık yapılarının sahip olduğu konfor, fonksiyonellik ve uygunluk, söz konusu binanın sahip olduğu mimari alanın boyutu ile doğru orantılı olup, sağlık yapılarını güzel ve işlevsel hale getiren, dış görünüşleri olduğu kadar, aynı zamanda iş mekan kullanımının o yapıdan yararlanacak kişilere sunduğu işlevsellik durumudur. Sağlık yapıları salt birer mimari yapı olarak değil, aynı zamanda sağlık hizmetinin sunumuna elverişli birer hizmet yapısı olarak da ele alınmalıdır. Nitekim sağlık yapıları dış görünüşlerine ek olarak, giriş ve koridor alanları, büyük ve ferah odaları, yüksek tavanları, iyi dekore edilmiş çeşitli işlevlere uygun alanları ile bir bütündür. Ancak her ne kadar kullanım alanlarının genişliği kullanımda ferahlık ve kolaylık sağlasa da, aynı zamanda gereğinden fazla büyük olması durumunda ise yapılar arasındaki mesafeler artacak, hizmet sunumu yavaşlayacak, sağlık hizmetlerinin işleyişlerinde aksamalar gerçekleşecek, bu durum da hem hasta, hem de çalışanı olumsuz etkileyerek, sağlık yapısının işlevsiz bir hal almansa neden olacaktır. Bununla birlikte sağlık yapı alanlarının gereğinden fazla büyük olmaları durumunda maliyetler de artacaktır. Bundan dolayı sağlık yapılarında asgari standartların oluşturulması sağlık yapılarının amaçlarına uygun hizmet vermeleri bakımından önemlidir.

Sağlık sektörü her geçen gün gelişim gösteren, dinamik bir sektör durumunda olup, bu kapsamda sağlık yapıları da bu değişime ayak uydurmak durumundadır. Bir önceki bölümde bahsedildiği gibi sağlık yapıları yüzyıllar boyu hızlı bir değişim geçirmiş, özellikle tıp biliminin ilerlemesi ile mimari olarak gelişim göstermek zorunda kalmıştır. Bu kapsamda değerlendirildiğinde çeşitli ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de eski dönemlerden kalma çeşitli sağlık yapıları bulunmaktadır.

Ancak mimari açıdan değerlendirildiğinde, hemen her hizmet yapısında olduğu gibi, hizmetlerin doğru işleyişinin sağlanması ve işlevsellik kazandırılması için sağlık yapılarının da bazı standartlara uygun olarak yapılması gerekmektedir. “Gerek yeni, gerekse yenilenen veya tadilat ve eklenti yapılan sağlık binalarının projelendirilmesi,

tasarımı, yapımı, bakımı ve onarımı söz konusu standartların gerekliliklerine uygun olmak zorundadır (TC Sağlık Bakanlığı, 2010, s. 1).”

3.1 Mevzuat Kapsamında Tarihi Yapıların Korunması

Türk dil kurumuna göre korumanın anlamı, zor durumlarda birini veya bir şeyi dış tehlikelerden korumaktır. Tarihi eser ve yapıların ve mimari değeri yüksek eserlerin gelecek nesillerin görüp faydalanabilmeleri için bozulmalarına, tahribata ve zararlı eylemlerine karşı korunması olarak tanımlanmaktadır. (Hasol, 2002).

Korunması konusunda uluslararası birçok kurum kurulmuştur. Uluslararası antlaşmalar ve sözleşmeler yapılmıştır. Aşağıda bu antlaşmaları kronolojik sırayla açıklamıştır (Özdemir, 2012) .

- UNESCO, evrensel bir kültürel mirası korumak amacıyla 1945 yılında kurulmuştur.
- ICOM (Uluslararası Müzeler Konseyi), kültürel mirasın korunması amacıyla 1946 yılında kuruldu.
- 1949'da kurulan Avrupa Konseyi, kültürel mirasın korunmasında büyük adımlar attı.
- Ortak miraslarını, ideallerini ve ilkelerini korumak ve geliştirmek ve üyeleri arasında daha yakın işbirliği kurmak için 1954'te Avrupa Kültür Sözleşmesi kabul edildi.
- 1954'te Silahlı Çatışmalarda Kültür Varlıklarının Korunmasına İlişkin Antlaşma kabul edildi.
- ICCROM, 1959 yılında kurulan “Tanınma ve Koruma” başlığı altında uluslararası ilerleme kaydetmiştir.
- Europa Nostra, 1963 yılında "Avrupa'nın kültürel mirasını ve peyzajını korumak" amacıyla kurulmuştur.
- 1964 yılında Tarihi Yapıların Korunması ve Restorasyonuna İlişkin Venedik Şartı hazırlanmış ve bu sürecin sonunda Uluslararası Anıtlar ve Sitler Konseyi (ICOMOS) kurulmuştur.

- 1969'da, "Arkeolojik Mirasın Korunması için Uluslararası İşbirliği İlkelerinin Oluşturulması" başlıklı Avrupa Arkeolojik Mirasın Korunması Sözleşmesi kabul edildi.
- UNESCO tarafından 1972 yılında “Dünya Mirası” kavramı benimsenmiştir.
- 1982 yılında Dünya Kültürel ve Doğal Mirasının Korunmasına İlişkin Sözleşme kabul edilmiştir. Kültürel ve doğal mirası tanımlar ve korunması için gerekli adımların atılması için uluslararası işbirliğini sağlar.
- Avrupa Mimari Mirasın Korunması Anlaşması (Granada) 1985 yılında kabul edildi ve anlaşmada "yapay mirasın kültürel mirasın en önemli parçası olduğu" belirtildi.
- Arkeolojik mirasın tanımını değiştiren ve "Avrupa'nın ortak hafızası" olarak tanımlayan Valletta Konferansı 1992 yılında yapılmıştır. Dünya Miras Şehirleri Örgütü, 1993 yılında UNESCO tarafından kurulmuştur.
- Avrupa Tarihi Kentler Birliği, 1999 yılında Avrupa Konseyi tarafından kurulmuştur.
- Somut Olmayan Kültürel Mirasın Korunmasına İlişkin Sözleşme 2003 yılında kurulmuştur.
- 2005 yılında, kültürel değerlerin ele alındığı Toplumda Kültürel Mirasın Değeri Faro Konferansı düzenlendi. Optimum kullanım kriterleri tanımlanmıştır.

3.1.1 Uluslararası Mevzuatlar

Bütün insanlığın ortak mirası olan kültürel ve doğal mirasın evrensel değerlerini dünyaya tanıtmak bu bilince ulaşabilmek ve farklı sebeplerden bozulan, kültürel ve doğal mirasın yaşatılması için, Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü Genel Kurulu 17. toplantısını 17-21 Ekim-Kasım 1972 tarihleri arasında Paris'te gerçekleştirdi. Genel Konferans kapsamında. Bu sözleşmeye onaylayan ülkeler, dünya kültürel ve doğal mirasının korunmasına ilişkin bir anlaşmayı kabul etmişlerdir (Çolak, 2009).

Bu sözleşmenin 5. maddesinde;

Kültürel ve doğal miras sadece geleneksel gerileme değil, aynı zamanda bu duruma neden olan sosyal ve ekonomik koşullarda meydana gelen değişiklikler ile tehlikeli boyutlara ulaşan yıkılma ve tahribat olgularını da kapsamalıdır. yok olma eşiğinde olduğu unutulmamalıdır.

3.1.2 Ulusal Mevzuatlar

Tarihi yapılarda korumanın başarıya ulaşması için ilk önce yasal düzenleme, bu yasanın sürekliliğini gerektiren sağlam bir örgütlenme ve bunun devamı için, maddi kaynak, kamuoyu desteğine ihtiyaç vardır. Kültür varlıklarına ilk ilgimiz 19. yüzyılda başladı. Osmanlı İmparatorluğu'nun Sanayi Devrimi'nden sonra, 1840'lardan itibaren Avrupa'da geliştirilen modernite projelerinden etkilenmiştir. Kültür varlıklarının korunması için 13 Şubat 1869 tarihinde yürürlüğe giren Asar-ı Nizamnamesi ile korunması, Dinçer ve Akın'ın da belirttiği gibi yasal bir zemine oturmuştur. Muhafaza -i Asar-ı Atika Encümeninin ilk yasası yabancı araştırmacıların yapacaklar arkeolojik kazıların izne bağlanması ve çıkan eserlerin yurt dışına çıkarılmasını yasaklıyordu ve bu yasayı uygulayacak kurum olmuştur.

25 Nisan 1973 tarihli kanun, değişen şartlara cevap veremediğinden kaldırılarak yerine 1710 sayılı Eski Eseler Kanunu getirildi. Koruma açısından tarihi mekanın bütünlüğü ile modern bir fikir getirdi. 21 Temmuz 1983'te kaldırıldı.

Yerine 2863 sayılı Kültür ve tabiat varlığı ile değiştirilmiştir Kanun, "eski eserler" terimini kaldırdı ve yerine UNESCO tarafından tanımlanan "kültürel varlık" terimini getirdi. 17 Haziran 1987 tarihli 3386 ve 14 Temmuz 2004 tarihli 5226 yasayla genişletilmiştir.

Değişikliklerden sonra sit terimi “tarih öncesinden günümüze kadar gelen çeşitli medeniyetlerin yaşadıkları dönemin ürünleri olan ekonomik, sosyal ve mimari ve benzeri özellikleri yansıtan yaşam alanları, kent kalıntıları veya önemli tarihi olayların geçtiği yerlerin tespiti yapılmış doğal özellikleriyle korunması gerekli alanlardır, tespiti yapılmıştır (Ahunbay, 2011, s. 136).

İhtiyaç doğrultusunda yapılan değişiklerle yasaya ilave edilen ören yeri, koruma amaçlı imar planı, değerlendirme, yönetim alanı, yönetim planı ve geçiş sahası-etkileşim şeklinde tanımlar ilave edilmiştir.

3.2 Tarihi Belge Analizi

Geçmişten kalan izlerin tümünün gelecek kuşaklara aktarılması olası değildir. Ülkelerin ekonomik kaynakları, böyle bir çabayı desteklemek için yeterli olamamaktadır. Çağdaş kentleşme sorunları, bakımsızlık, malzemenin yıpranması, doğal afetler, yeni yapılanma baskıları sonucu tarihi yapıların sayısı sürekli olarak azalmaktadır. Bu nedenle, uygulamada öncelikle korunması gerekli, vazgeçilmez, ya da korunması rastlantılara bırakılamayacak anıtların seçimine yardımcı olabilecek ölçütlerden yararlanılmaktadır. Koruma kararı bir yapının veya yapı kümelerinin,

- Estetik değer
- Tarihi belge niteliği
- Eskilik özelliği

yönlerinden sahip olduğu öneme bağlı olarak alınmaktadır. Bir yapı, ya da yerleşme bu özelliklerden bir veya daha fazlasına sahip olduğunda, korunması için ilk adım olan tescil kararı alınabilmektedir (Ahunbay, 2011, s. 28).

3.2.1 Estetik Değer Ölçütü

Güzel olma yargısı tarihi yapıların korunması fikrini güçlendiren en önemli faktörlerin başındadır. Güzel yargısı toplumlara göre farklılıklar gösterebiliyor ayrıca zamana bağlı olarak değişkenlik göstermesi, tartışmalara neden olmaktadır. Çağdaş toplumlarda, güzel yargısının anonim olması, bir estetik yargı bulunması ve hızlı bir şekilde karar alınabilmesi kolay oluyor. Güzellięin toplumsal beğenin değerini uygar toplumlarda, toplum adına, uzmanlarını ve sanat tarihçileri görüşleri ile yönlendiriyor. Bizim ülkemizde eski yapıyı korunmaya değer görmemekte ve güzelliği konusunda her zaman birikim sahibi tescili arkeolog ve sanat mimarlık işlemini yapanlarla aynı kanıya sahip olmaktadır (Ahunbay, 2011, s. 29).

3.2.2 Tarihî Belge Ölçütü

Sivas Kongresi'nin yapıldığı bina içinde geçen tarihi olaydan dolayı tarihi belge niteliğindedir. Tarihi bir süreci yansıtmaması ve tarihi olayı hatırlatan eşyalarıyla bizim beleklerimizde özel bir anlam taşımakta günümüzde bina müze olarak korunmaktadır (Şekil 24).



Şekil 24. Sivas Kongresinin Yapıldığı Bina

Kaynak:http://www.gezilebilecekyerler.com/wp-content/uploads/sivas_kongre.jpg

3.2.3 Zaman Ölçütü

Türkiye'de yürürlükte olan Kanunun 2863 üncü yasanın, 6 ncı maddesine göre 1900 yılından önce yapılmış binalar koruma kapsamına alınmıştır 20. yüzyıl yapılarının koruma kapsamına alınabilmesi için önemli mimarların eserleri, mimari akımların temsilcileri, bir dizi yapıyı oluşturan unsurlar gibi özel niteliklere sahip olmaları gerekmektedir (Ahunbay, 2011, s. 29).

Geçmişin yıkıcı hasarlarından etkilenen ve İnsanların bilerek veya bilmeyerek yaptıkları yıkıcı hasarlarından Günümüze ulaşan tarihi eser ve kalıntıların sayısı oldukça azdır. Günümüzde eski tarihi yapıların sayısının ender nitelikte olması, değerler seçiminde daha titiz davranılması doğal bir sonuçtur.

3.3 Fiziksel Çevre Analizi

Fiziksel çevre analizi sağlık yapılarında, sağlık yapı alanının saptanmasında oldukça önemlidir. “Fiziksel çevre, sağlık yapılarında hizmetin sunulduğu, hizmeti veren ile hizmeti alanın etkileşim içinde olduğu, hasta tarafından somut ve soyut bir şekilde idrak edilebilen bütün olgulardır. Bu nedenle hizmetin sunulduğu ve hizmet veren ve hizmet alan arasındaki bütün olgular ile iletişimine etkide bulunan her türlü faktör bu kapsamda değerlendirilmektedir (Göktaş ve Uydacı, 2018, s. 48).”

Alan yazına bakıldığında sağlık yapılarında fiziksel çevrenin, sağlık yapılarının temeli olduğu dikkati çekmektedir. Fiziksel çevre bulgularına yönelik alan yazında çeşitli sınıflandırmalara gidilmekle birlikte, sağlık yapılarında temel olarak iki tür fiziksel çevrenin olduğu söylenebilmektedir. Bunlar sağlık yapısının içine dair fiziksel çevre ve sağlık yapısının dışına dair fiziksel çevredir. Sağlık yapısının iç mekanları, fiziksel ortamları, iç tasarımı, hastane odaları, aydınlatma, renkler, dekorasyon, mobilya, dokular, havalandırma, klima, gürültü, müzik, kokular ve iç ortamlar için işaret ve sembolleridir. Sağlık yapısı dış fiziksel çevresi ise sağlık yapısı tesis planlaması, Çevre düzenlemeleri, sağlık yapısının dış mekan tasarımı, ulaşım, otoparklar, dış mekan işaret ve sembolleridir (Göktaş ve Uydacı, 2018, s. 49). Nitekim Zeithaml ve arkadaşları (2006) sağlık yapılarındaki fiziksel çevre unsurlarını sağlık yapısının içindeki ve dışındaki unsurlar, hasta kabul alanı, danışma, hasta odaları, bekleme alanları, medikal ekipmanlar ve otopark olarak sıralamaktadır. Reimer ve Kuehn (2005) ise sağlık hizmetinin sunulduğu fiziksel çevrenin sağlık hizmeti kalitesinin ve böylelikle hasta memnuniyetine doğrudan ve dolaylı bir şekilde etkide bulunduğunu ifade etmektedir.

Bu bölümde fiziksel çevre analizi kapsamında doğal aydınlatma, akustik, iklim ve yapı kabuğu analiz edilecektir.

3.3.1 Doğal aydınlatma

Tarihsel süreç içinde mimari anlayışın ortaya çıktığı dönemlerden itibaren doğal aydınlatma, mimari tasarımın temel ve önemli bileşenlerinden biridir. Doğal ışık ve mimari tasarım arasındaki ilişki, zaman içinde hem estetik hem de işlevsel olarak daha güçlü bir temele oturtulmuştur. Nitekim Le Corbusier (1999) doğal aydınlatma

ile mimari arasındaki ilişkiyi şu şekilde açıklamaktadır: “Mimarlık ışıktadır bir araya getirilmiş kütlelerin ustaca, doğru ve muhteşem oyunudur. Gözlerimiz formları ışıktadır görmek için yapılmıştır; ışık ve gölge bu formları açıklar.”

Aydınlatma, çevrenin görsel açıdan algılanması hususunda önem arz etmektedir. Uluslararası Aydınlatma Komisyonu (CIE) tarafından aydınlatma, “çevrenin ve nesnelerin gereği gibi görülmesini sağlamak amacıyla ışık uygulanmasıdır”. Sağlık yapılarında, özellikle fiziksel çevrenin doğru tanınmasının önemli olduğu binalarda, doğal ışık daha da önemlidir (Altuncu ve Tansel, 2009, s. 116). Bu kapsamda dış uyaranlara daha duyarlı olunan sağlık yapılarında, verilen hizmetin niteliği, alana yüklenen işlevler ve kullanıcı nitelikleri sebebiyle aydınlatmanın, yapının işlevi ve kullanıcı gereksinimlerine göre tasarlanması ve planlanması gerekmektedir.

Sağlık yapılarında uygulanacak olan aydınlatma seviyeleri, uluslararası standartlar kapsamında belirlemiş olup, bu standartlar uzmanların sağlık yapılarının kullanıcıları durumundaki hasta ve sağlık çalışanları açısından iyi görme şartlarının sunulmasına dair belirlemiş oldukları aydınlatma seviyelerinden oluşmaktadır. Bu değerler lümen/m² hesaplamasına dayalıdır ve aydınlığın belirli bir yüzeye yansıdığı varsayılarak belirlenen sayılardan oluşur. CIE tarafından belirlenen bu aydınlık seviyeleri, sağlık yapılarında doğal aydınlatma bakımından bir standart meydana getirmektedir. Bu kapsamda belirlenen standartların her sağlık yapısı tarafından uygulanır olması, belli şartlarla ilişkilidir. Söz konusu şartlar, sağlık hizmetinin verildiği alanın işlevine, fiziksel yapısına, hizmetin sunumunda gereken görsel performansa, gün ışığından ne seviyede yararlandığına, alanın gündüz ve gece kullanım sürelerine ve hatta alanın genel rengi ve mobilyalardaki malzeme ve malzeme rengine göre farklılıklar göstermektedir (Altuncu ve Tansel, 2009, s. 123).

Yapılan çeşitli araştırmalarda hastaların iyileşme süreleri üzerinde doğrudan veya dolaylı katkılarının bulunduğu kanıtlanan (Rea, 2002; Figuerio, vd., 2001) sağlık yapılarında aydınlatma konusunu şekillendiren en önemli kriterler, sağlık yapılarının kullanıcılarının büyük bölümünün dış uyarıcılara karşı daha duyarlı kişilerden meydana gelmesi ve sağlık yapılarının bu kişilerin gereksinimlerine ve yapıların

işlevlerine göre farklılık göstermesidir. Bu kapsamda sağlık yapılarında aydınlatma, kullanıcı gereksinimlerine göre şekillenmelidir.

Görsel algılama hususunda önemli bir faktör olan doğal aydınlatma, bilhassa sağlık yapılarının kullanıcılar tarafından algılanmalarında oldukça önemli bir yere sahiptir. Nitekim mekansal analizlerde, bir mekanın fonksiyonu ile aydınlatma oranı ve şekli de doğru orantı göstermektedir. Örneğin, görsel incelemenin önemli bir teşhis faktörü olduğu çeşitli hastalıklarda, doğal aydınlatmanın hastalıkların tedavisinde oldukça önemli bir faktör durumundadır (Göktaş ve Uydacı, 2018, s. 55).

Sağlık yapıları bölümsel olarak incelendiğinde, mimari planlamanın başlangıç noktası olarak değerlendirilen hasta ve muayene odaları, doğal aydınlatma faktörünün önem arz ettiği alanların başında gelmektedir. Hasta ve muayene odalarının aydınlatılmasındaki en önemli kriter, doğal aydınlatmanın en önemli unsuru olan günışığından maksimum seviyede yararlanılmasıdır. “Psikolojik ve fizyolojik sistem üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle günışığından dolaysız olarak yararlanmak, hastane aydınlatmasında vazgeçilmez bir konudur. Gün ışığının antiseptik özelliğinin olması da bu durumu destekleyen bir özelliktir. Bunun yanında günışığının, gün ve yıl içinde, mevsimlere ve hava şartlarına bağlı olarak değişen yapısı, yapay aydınlatma kullanımını da gerekli duruma getirmektedir (Altuncu ve Tansel, 2009, s. 123).”

Fonksiyonel açıdan olduğu kadar, mimari açıdan da değerlendirildiğinde aydınlatma, renk, doku ve şekil niteliklerini ışık unsuruyla tanımlanarak algılanması ve doğal ışığın mekansal özellikleri ve mimari ifadeyi geliştirebileceği anlayışının sonucudur. Işık ve mekan arasındaki anlamsal ilişki ile mimari kabukların işleniş arasında doğrudan bir ilişki vardır. Doğal ışık, yapı kabuğunun özelliklerini şekillendirerek iç mekanın mimari ifadesini zenginleştiren bir ifade aracıdır. Bu, birçok mimarın doğal ışığı mimari tasarımın ayrılmaz bir parçası olarak görmesinin ve onu işlevsel ve anlamsal bir tasarım aracı olarak kullanmasının ana nedenidir. (Doğrusoy, 2002, s. 37).

Genel kullanım alanlarında hasta bekleme alanı dolaşımı engellemeyecek şekilde tasarlanmalıdır. Bekleme salonundaki doğal havalandırma ve aydınlatma, konforlu oturma alanı ve geniş alan hasta memnuniyetini artırıyor (Şekil 25).



Şekil 25. Genel Mekânlarda Doğal Aydınlatma Kullanımı, Kemang Medical Care, Endonezya

Kaynak: Yenidoğan, Cenk 2017. Gelişmiş doğal aydınlatma sistemlerinin iç mekânda kullanımı açısından incelenmesi Yüksek Lisans Tezi;

Doğal ışık, bina kullanıcılarının kendilerini daha rahat hissetmelerine ve yollarını bulmalarına yardımcı olur. Ünite boyunca doğal ışık kullanımı en üst düzeye çıkarılmalıdır. Hastane odasındaki yüksek pencereler, güneş ışığının mahremiyetten ödün vermeden girmesine izin verir. Dış duvarlarda dinlenme odaları, ofisler ve konferans salonlarının tasarlanması bu alanlara güneş ışığı sağlayacaktır. Personelin bekleme alanı ve dinlenme alanı da güneş ışığına maruz bırakılmalıdır. Bu, personelin ve hastaların oryantasyonunu artıracaktır (Kuruçelik, 2009).

Hastanelerde yatan hastaların aynı odada uzun süre kaldıkları göz önüne alındığında, pencereler hastanın iyileşmesi için önemlidir. Bu pencere kanatlarının havalandırma açısından açılabilen kanatlı olması gerekir. “Doğal ışığın ve temiz havanın hastanın iyileşme sürecine katkıda bulunduğu bilinse de ağır hastalar için sessizlik ve az ışık daha yararlı olacağı düşünülerek pencerelerin planlanması buna göre yapılmalıdır (Mutlu, 1973, s. 42).”

3.3.2 Akustik

Gürültü havada yer alan partiküllerin, ses dalgaları aracılığıyla sıkışıp genişlemesi sonucunda ortaya çıkan bir sonuç olup, hava basıncı değerinin frekans ve

şiddet farklılıkları oluşturabilecek şekilde azalması ve artmasına neden olmaktadır (Güler ve Çobanoğlu, 1994, s. 16). Gürültü, istenilmeyen nitelikte olan ve insanı rahatsız eden çeşitli nitelikteki sesler olup, gürültünün şiddeti desibel (dB) aracılığıyla ölçülmektedir (Pugh, Jones ve Griffiths, 2007 s. 942).

Sağlık yapıları bakımından incelenen gürültü kavramı hem hastalar hem de tıp uzmanları için önemli bir konudur. (Kol, İlaslan ve İnce, 2015, s. 122). Dünya Sağlık Örgütü'ne (1999) göre sağlık yapılarında gürültü seviyesinin gündüz 35 dB ile sınırlandırılması gerekirken, gece ise bu seviye 30 dB ile sınırlandırılmıştır.

Mimaride gürültünün engellenmesinde temel itibarıyla akustik düzenleme ve ses yalıtımı olmak üzere iki yöntem kullanılmaktadır. Akustik düzenleme, kapalı alandaki yansıma sürecinin düzenlenmesi iken, ses yalıtımı ise yapı elemanları aracılığıyla iletimi yapılan ses oranının azaltılmasına yönelik yapılan gürültü niteliğindeki sesleri azaltıcı işlemlerdir (Tamer Bayazıt, vd., 2018). Ülkemizde her türlü yapının gürültüye yönelik işlemlerinin yasal temelini “Binaların Gürültüye Karşı Korunması Hakkında Yönetmelik” oluşturmaktadır. Bu kapsamda, bu Yönetmeliğin uygulanmasından sonra kısmen veya tamamen yenilenecek olan mevcut bina ve tesisler, yeni binaların yapımında, büyük yenileme projelerinde bu Yönetmelikte belirtilen esaslara göre yapılır, kullanım amacına ve mekan özelliklerine göre yapılır (Binaların Gürültüye Karşı Korunması Hakkında Yönetmelik, md. 5). Yönetmeliğin ilgili maddesine göre gerek yeni yapılan yapılarda, gerekse de mevcut yapılarda gürültüye yönelik akustik ve yalıtım işlemleri söz konusu Yönetmelik kapsamında değerlendirilmektedir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde tarihi hastane yapılarının akustik ve yalıtım işlemleri de bu Yönetmelik kapsamında değerlendirilmeye alınmaktadır.

Binaların Gürültüye Karşı Korunması Hakkında Yönetmeliğe göre yapılarda gürültü kontrolünün uygulanma süreci; gürültü seviyesinin belirlenmesi, sınır değerlerin belirlenmesi, yapı elemanlarının belirlenmesi, tesisat ve servis ekipmanlarında gürültü kontrolü tedbirlerinin alınması ve reverberasyon süresinin sağlanması olmak üzere beş aşamada gerçekleşmektedir (Tamer Bayazıt, 2018, ss. 6-16):

1. Gürültü seviyesinin belirlenmesi: Bu kapsamda ilk olarak gürültü seviyesinin belirlenmesi gerekmektedir. Söz konusu Yönetmeliğe göre cephe elemanlarına dair sağlanacak minimum ses yalıtım değerleri, yapı cephesine etki eden dış ortam gürültü seviyesine bağlı bir şekilde verilmiş olup, bu kapsamda yapının gürültü kontrolünün uygulanma sürecinin tamamlanması için ilk olarak dış ortam gürültü seviyesi belirlenmelidir. Dış çevre gürültü seviyesinin saptanması için gürültü haritaları, uluslararası çevre gürültü seviyesi standartları olan ISO 1996-1 ve ISO 1996-2 ve gürültü hesaplama yöntemleri sonucu elde edilen değerlerin Çevresel gürültü değerlendirme ve kontrol kurallarında belirtilen değerler dahilinde olmak üzere üç yöntemden yararlanılabilmektedir.

2. Sınır değerlerinin saptanması: Gürültü kontrolü sürecinin ikinci aşaması ise sınır değerlerinin saptanmasıdır. Yönetmelik kapsamında yapılarda dört farklı akustik performans kıstasları temel alınmıştır. Buna göre bu akustik performans kıstasları a) Yapı içinde kabul edilen maksimum gürültü seviyesi: yapının işlevi, bina gürültü duyarlılığı, süresi. b) Dış ve iç bileşenler için gerekli olan ses yalıtım değeri (ses yalıtım değeri): yapının fonksiyonu, cephe ve çatı yalıtımı kullanılarak çevre ses yalıtım düzeyi, zemin ve duvardan ayrılmış alan işlevi, kaynak mekan, alıcı mekanın Gürültü duyarlılığı, alan hacmi; c) Mevcut iç mekanlarda bina hizmetleri ve bina servis ekipmanı nedeniyle izin verilen gürültü seviyesi: bina tipi, yerel işlev, gürültü kaynağı türü ve gürültü özellikleri, yerel gürültü duyarlılığı, periyot. d) Kullanılacak odanın (reverberasyon) yankılanma süresinin üst sınırı: Odanın işlevi, oda içindeki ses yutuculuğudur.

3. Uygun yapı elemanlarının belirlenmesi: Gürültü kontrolü sürecinin üçüncü aşaması ses akustik ve yalıtımı için uygun yapı elemanlarının saptanmasıdır. Bu kapsamda yapı projelerinde kat planları üzerinde alanları birbirinden ayıran bölme elemanlarının yapım teknikleri ve malzemeleri saptanarak akustik ve ses yalıtım değerleri saptanmalı ve sınır değerlerle mukayese edilmelidir.

4. Sıhhi tesisat ve servis ekipmanından gürültü kontrolü: Gürültü kontrol sürecinin dördüncü aşaması olan bu aşama kapsamında yapıdaki tesisat ve servis ekipmanlarında alınabilecek tedbirler söz konusu Yönetmelikte belirtilmiştir. Yapının iç ve dış tesisatları ile servis ekipmanlarını oluşturan Sıhhi tesisat ve ekipman (saf su

ve atık su ekipmanı: akış organları), vanalar, bataryalar, sıhhi tesisat: lavabolar, küvetler, duş tekneleri ve aksesuarları, su arıtma ve atık su ekipmanları: borular, bağlantılar ve bireysel ısıtma, soğutma binaları / Havalandırma üniteleri bu madde altında ele alınmaktadır.

5. Reverberasyon sınırının sağlanması: Gürültü kontrol sürecinin beşinci aşaması olan bu aşamada çeşitli işlevlere sahip yapılarda (sağlık yapıları, eğitim yapıları, tüm sirkülasyon alanları, kütüphaneler vb.) tavan kaplamasının ağırlıklandırılmış ses yutuculuk katsayısının minimum 0.75 değerinde olmalıdır. Söz konusu yapılarda tavan kaplamasının istenilen seviyede yutuculuk değerinin bu değere ulaşamaması durumunda, alanın duvar ve taban gibi diğer yüzeylerinde yutucular aracılığıyla reverberasyon süresi kriteri elde edilebilmektedir.

Teorik olarak, yapılardaki ses yalıtımı, kurulum ve bakım ekipmanı gürültü kontrolü ve reverberasyon ilişkili koşullarının sağlanması durumunda iç gürültü seviyesinin karşılanacağı beklenmektedir.

Sağlık yapılarında gürültü kaynakları yapısal ve operasyonel niteliktedir, yapısal nitelikteki gürültü kaynaklarını merkezi havalandırma ve iklimlendirme sistemleri ile kapı ve pencere yapılanması oluştururken, operasyonel nitelikteki gürültü kaynakları ise hastalar, sağlık personeli ve medikal araç-gereçler oluşturmaktadır (Krueger, Schue ve Parker, 2007, s. 358).

Binaların Gürültüye Karşı Korunması Hakkında Yönetmeliğe göre yapıların işlevlerine göre gürültülülük dereceleri ve gürültüye hassasiyet seviyeleri belirlenmiş olup, bu kapsamda sağlık yapıları bina ölçeğinde kaynak olması durumunda gürültülülük derecesi “orta gürültülü” olarak belirlenirken, alıcı olması durumunda gürültü hassasiyeti ise II. derece olarak belirlenmiştir. Sağlık yapıları mekan ölçeğinde değerlendirildiğinde ise özel hasta odaları, çok yataklı odalar, doktor muayene-tedavi odaları ve koridorların gürültülülük derecesi “orta gürültülü” olarak belirlenirken, ameliyathaneler ve laboratuvarlar “düşük gürültülü” ve sirkülasyon alanları “yüksek gürültülü” olarak belirlenmiştir. Mekanların alıcı olması durumunda gürültü hassasiyeti özel hasta odaları, çok yataklı odalar, ameliyathaneler I. derece, doktor

muayene-tedavi odaları ve laboratuvarlar II. derece, sirkülasyon alanları ve koridorlar III. derece olarak belirlenmiştir.

3.3.3 İklim

İklimlendirme kelime anlamı itibariyle, havanın belirli bir amaç kapsamında şartlandırılması olup, iklimlendirme etkinlikleri çeşitli biçimlerde sınıflandırılabilir. Sağlık yapılarında, alanların farklı amaçlar kapsamında kullanımları dikkate alındıklarında, hem endüstriyel iklimlendirme, hem de konfor iklimlendirmesinin tercih edildiği bilinmektedir. Bu kapsamda konfor iklimlendirmesi, kapalı bir alandaki İnsanların temiz hava ve ısı konfor ihtiyaçlarını karşılanması için yapılan bir iklimlendirme olup, kapalı bir alandaki insanların oksijen ihtiyaçlarının giderilmesi, oksijen seviyesi azalan havanın söz konusu alandan bertaraf edilerek bu havanın yerine kısmi veya tamamen tazelenmiş havanın filtre edilerek gönderilmesi aracılığıyla yapılmaktadır (Özçelebi, 2009, s. 17).

Sağlık yapılarında iklimlendirme sistemlerinde kullanılan klima ve havalandırma sistemleri aracılığıyla sıcaklık ve nem kontrolünün sağlanarak kullanıcılar için ideal bir ortam sıcaklığı ve hava akımının sağlanması önem arz etmektedir. Sağlık yapılarında iklimlendirme sistemlerinin kurulmalarının gerekliliği, kullanıcıların yaşam koşullarının geliştirilmesine ek olarak, sağlık yapılarında kullanılan iklimlendirme sistemleri kullanıcılar açısından gerçekleşecek tehlikelerin bertaraf edilmesi ve sterilizasyon koşullarının sağlanması bakımından önem arz etmektedir.

Sağlık yapılarında kullanılan iklimlendirme sistemleriyle kullanıcı konforunun sağlanmasının yanında, havada taşınır durumda olan mikroorganizma ve toz miktarının ve kötü koku gibi olumsuz etkilerin de önemli oranda azaltılması, sağlık yapılarının işlevlerini yerine getirmesinde önemlidir (Polat, Yağlı ve Koç, 2019, s. 420). “Hastanelerin her bir bölümü çoğu zaman kendi içinde özeldir. Temiz olarak dizayn edilsin veya edilmesin mekanlar arasında hava akışı çok büyük önem arz etmektedir. İklimlendirme prosesi çoğunlukla hastayı ve hastane ekibini enfekte olma riskinden korurken bazı durumlarda enfekte olmuş hastaların ilişki de oldukları

insanlara enfeksiyon bulaştırma ihtimaline karşı ayrıca korunmaları gerekmektedir (Özel ve Hançer, 2005, s. 27).”

Sağlık yapılarında iklimlendirme, hem bu yapıların strelizasyonu, hem kullanıcıların temiz hava ihtiyacının karşılanması, hem de hava sirkülasyonunun sağlanması bakımından önem arz etmektedir. Nitekim hastalıklara sebep olan mikroorganizmaların diğer insanlara bulaşmasının bir yolu da bu mikroorganizmaları taşıyan tanecik ve aerosollerin hava aracılığıyla taşınarak, soluma yoluyla bulaşmasıdır. Bu kapsamda sağlık yapılarında hava aracılığıyla taşınacak mikroorganizmaların engellenmesi, bu mikroorganizmaların kapalı alanlarda kalma süreleri ve riskli alanlara sızmalarının kontrol altına alınması ve ortamın hava kalitesinin ve hijyeninin sağlanması iklimlendirme tesisatı aracılığıyla sağlanmaktadır. Bununla birlikte sağlık yapılarındaki iklimlendirme sistemlerinden beklenen, aynı zamanda kullanıcıların ısı konforlarının da sağlanmasıdır. Bu açıda değerlendirildiğinde sağlık yapılarının iklimlendirilmesinde, iklimlendirme yapılan alan içindeki hava hareketleri, iklimlendirilen alanın havasında bulunan tanecik ve mikroorganizma sayısı, iklimlendirilen alandaki hava basıncı gibi faktörler de kontrol altında tutulmalıdır (Özçelebi, 2009, s. 19).

İklimlendirilen yapılarda hijyenik olması gereken alanların sınıflandırılmalarında kriter olarak 0.5 (μm) çaplı tanecikler alınmakla birlikte, birim hacimde (m^3 veya ft^3) buluna tanecik sayısı bir alanın hava kalitesini belirlemektedir. Bu kapsamda bir alanın havasının temizliğine yönelik çeşitli standartlar bulunmaktadır. Sağlık yapıları bakımından incelendiğinde, DIN 1946/4 standardı kapsamında sağlık yapılarındaki alanlar birinci sınıf alanlar ve ikinci sınıf alanlar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sağlık yapılarındaki birinci sınıf alanlar, yüksek seviyede hijyenik koşulların gerektiği, mikroorganizmanın bulunmaması gereken Ameliyathane, ameliyathaneye açık tüm alanlar (koridorlar, sterilizasyon malzeme deposu vb.), ameliyat öncesi ve sonrası hazırlık odaları, merkezi sterilizasyon, steril malzeme deposu, yoğun bakım üniteleri, yenidoğan odaları, cerrahi bölümler, cerrahi el yıkama Enfeksiyon riski taşıyan bölümler, ameliyathaneler, hasta hazırlık odaları, hasta uyanma odaları, anestezi cihaz odaları, tıbbi cihaz odaları vb. alanlar. İkinci sınıf alanlar, acil servis, bekleme odası, sezaryen odası, hastane odası, klinik, radyoloji,

röntgen, laboratuvar (kan bankası, biyokimya, gastrointestinal, nörokimya, tiroid endokrin, hematoloji, özel pıhtılaşma, klinik İmmünoloji, mikrobiyoloji), Eczane, gözlem odası, endokrin gibi alanlardır (Özçelebi, 2009, ss. 21-23).

Sağlık yapılarında iklimlendirme tesisat projelendirilmesinde, bir alanda bulunan popülasyon sayısı, alanda gerçekleşen faaliyetler, alanda bulunan cihazların nitelikleri iyi oranda bilinmeli ve söz konusu alanın ısı ve havalandırma ihtiyaçları bu kapsamda hesaplanmalıdır. Genel olarak değerlendirildiğinde sağlık yapılarında odaların sıcaklık değerleri 21-26 C° ve bağıl nem oranı ise %30-65 aralığında olmalıdır. Bu kapsamda sıcaklık değerlerinde ± 3 C° ve nem oranında ± 5 'lik bir tolerans gerçekleşebilmektedir. Bununla birlikte ameliyathanelerde ise sıcaklık değeri 21 C° ve bağıl nem oranı ise %30-65 arasında olmalıdır. Özel durumlara bağlı olarak sıcaklık değerleri, nem oranları ve bunlara yönelik toleranslar, çeşitli standart ve yönetmeliklerle belirlenmiştir (Özçelebi, 2009, s. 23).

3.3.4 Yapı Kabuğu

Sağlık yapıları, sahip oldukları karmaşık tipolojileri ve tekniksel donanımları sayesinde diğer kamusal yapılara oranla enerji tüketiminin daha fazla olduğu yapılar türleri olup, bu yapılarda enerji maliyetlerinin azatılımı ve enerji kaynaklarının etkili ve verimli olarak kullanımında yapının sahip olduğu yapı kabuğu önem arz eden bir yapı faktörü niteliğindedir.

Yapının iç ve dış alanlarını ayıran sınır niteliği olan yapı kabuğu, aynı zamanda devamlı değişim gösteren iklimsel koşulların etkisi altındadır. Bu kapsamda yapı kabuğunu meydana getiren bileşenlerden beklenen, bu faktörlerin kontrol altına alınması, yapı içinde uygun bir konfor bölgesi oluşturulmasıdır. Yapı içinde istenen iklimsel konforu, ışık, renk, ses, ısı, nem ve güneş ışığı gibi fiziksel faktörlerle doğrudan ilişkilidir Bu bağlamında, hem kullanıcının etkisi dışında oluşan faktörler hem de yaşam koşulları ve kullanıcı ihtiyaçları dikkate alınarak iç mekanlarda optimum konfor koşulları sağlanmalıdır. mimari tasarımlarda (Lakot Alemdağ ve Aydın, 2011, s. 485).

Günümüzde sağlık yapılarında ısı performansına yönelik olarak doğrudan etkili olan uygulamalar genellikle yapı kabuğu üzerinde uygulanmaktadır. Yapı kabuğunda

uygulanacak malzeme seçimi ve bu malzemelerin uygulamasında göz ardı edilen faktörler veya hatalı uygulamalar, enerji tüketiminin artmasına neden olmaktadır. Yapı kabuğu üzerinde opak ve saydam nitelikli bileşenleri yapının bütün cephelerinde doğru oranlı olarak tasarlanması, yalıtıma ek olarak ısı geçirme katsayısı düşük, uygun yapı kabuğu malzemesinin seçilmesi, yapı katmanlarının teknik olarak doğru sıra ve uygulamalarla yerleştirilmesi ve detaylandırılması bu açıdan önem arz etmektedir. Büyük cephelerin yer aldığı ve enerji tüketiminin yüksek olduğu karmaşık fonksiyonları bulunan sağlık yapılarında bu duruma yönelik olarak daha hassas yaklaşılmalı ve düşük maliyetle yüksek performans sunulması açısından yapının işlevi dikkate alınarak yapı kabuğu tasarlanılmalı ve uygulanmalıdır (Şener ve Türkmenoğlu Bayraktar, 2016, s. 42).

Bu kapsamda enerji tüketiminin azaltımı kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından, sağlık yapılarında ısı performansın artırımına yönelik kütle ve plan tasarımı hususunda yeni teknoloji ve malzeme kullanımına yönelik çeşitli yönergeler çıkartılmıştır. Söz konusu yönergelerde ısı performans ve enerji verimliliğine yönelik uygulamaların büyük çoğunluğunun yapı kabuğu üzerinde gerçekleştirilmesi öngörülmektedir. Sağlık yapılarında ısı performans ve enerji verimliliğine dair yapı kabuğu uygulamalarının büyük oranda diğer yapılarda da uygulanan teknolojilerle paralellik gösterdiği görülmektedir. Dış cephe kaplama ve ısı yalıtım malzemeleri, cam, pencere ve kapı doğrama tipleri gibi çeşitli yapı kabuğu bileşenleri ve bu bileşenlere dair uygulanan güncel yapım teknikleri, yapı kabuğu bazlı revizyonların temel odak noktalarındandır. Dış cephe tasarımında estetik bir görünüm, manzaraya yönelme ve doğal ışıktan yararlanma düşüncesi ile günümüz sağlık yapılarında yeni bir yapı kabuğu olarak cam kaplamanın sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (Şener ve Türkmenoğlu Bayraktar, 2016, s. 40).

3.4 Mekansal ve Sosyal Analizi

Mekansal analiz, bir yapının bulunduğu mekanı oluşturan sosyal yapı ile fiziksel kurgunun analiz edilmesidir. Mekansal analiz, bir yapının ve bulunduğu mekanın fiziksel bir analizinden ziyade, topolojik açıdan değerlendirilmesidir. Bu açının odaklandığı nokta, mekansal dokuyu meydana getiren sosyal yapının

anlaşılmasıdır. Bu kapsamda mekansal analizin temel amacı, gerçekleşen sirkülasyona bağlı olarak fiziki mekanın kullanıcıları bir araya getirme potansiyelinin idrak edilmesidir.

Sağlık yapıları açısından değerlendirildiğinde, sağlık yapılarında kullanıcı etkileşimi dikkate alınarak, bu mekanları büyük oranda topluma kazandırma ve bulunduğu bölgeye ait duruma getirmek, toplumsal açıdan sağlık yapısı algısını pozitif yönlü değiştirmede etkili olabilmektedir. Sosyoloji ve mimarinin bir arada değerlendirildiği mekansal analizde toplum ve mekan birbirinden ayrılamaz bir bütünü ifade etmektedir (Gürkaş ve Barkul, 2012).

Çok katlı ve kompleks bir yapıda olan sağlık yapıları mekansal açıdan değerlendirildiğinde, bu yapılarda yaşanan deneyimlerin önemi artmakla birlikte, mekansal deneyim daha karmaşık bir hal almaktadır. Nitekim sağlık yapıları, salt sayıca fazla çalışanları ve kompleks nitelikteki teknolojik aletleri ile değil, aynı zamanda yoğun kullanıcı sirkülasyonu ile kendine özgü bir yapıdadır.

Mimari mekanlar, kullanıcılarıyla iletişime girdikleri andan itibaren kullanıcı ile mekan arasındaki etkileşim süreci de başlamış olmaktadır. Bu kapsamda sağlık yapıları gibi yoğun sirkülasyonun olduğu ve kompleks yapılara sahip bu yapılarda mekansal deneyim daha karmaşık bir yapıdadır. Günümüz koşullarında sağlık sektörünün yapısına bakıldığında, sağlık yapılarının kullanıcılar açısından önemi gündeme gelmektedir. Sağlık yapıları sahip olduğu kullanıcı yapıları bakımından değerlendirildiğinde, herkes açısından erişilebilir ve okunabilir alanlar olarak tasarlanmalıdır. Kullanıcıların bu yapıları kullanabilmeleri açısından kullanım alanlarına rahatça erişilebilmeleri (dışsal erişebilirlik) ve söz konusu alanlar içinde rahatlıkla hareket edebilmeleri (içsel erişebilirlik) amacına kolaylıkla ulaşabilmeleri önem arz etmektedir. Engel seviyesi ne olursa olsun, sağlık yapılarını herkesin kullanımı açısından tasarlanması, modern hayatın bir gereği olarak sosyal bir vazife niteliğindedir (Güç, 2015, s. 426).

3.4.1 Arazi bilgileri

Sağlık hizmetlerinin sunumunda mekansal ve sosyal analiz kapsamında arazi büyüklüğü ve standartları, sağlık yapılarının tesisi ve işlevine uygun olarak hizmet

vermesi açısından önem arz etmektedir. Sağlık yapılarının kurulacağı arazinin büyüklüğünü yeterli seviyede olması ve yer seçimi doğru yapılmalıdır, sağlık yapılarının tasarımı bakımından önemlidir. Sağlık hizmetinin doğru yerde, yeterli büyüklükte, gerekli standartlar kapsamında planlaması, sağlık hizmetinin etkin ve işlevsel sunumunu sağlayacaktır.

Sağlık hizmeti sunumu açısından uygun olması açısından, söz konusu arazinin eğim seviyesi düşük, gürültü ve çevre kirliliğinden uzak olmalı, arazinin sahip olduğu mevcut durumu, bölgenin bitki veya orman örtüsü, doğal su kaynakları, arazinin üzerinde bulunan eski yapı ve eklentileri ile arazinin mevcut kullanım durumu göz önüne alınmalıdır. Sağlık yapısının tesis edileceği arazinin, olabildiğince yapılaşmaya olanak tanıyan bir geometride bulunması önemlidir. Örneğin arazinin kare veya dikdörtgen bir şekilde olması, ana yola yeteri seviyede genişlikte bir cephesinin bulunması gibi bazı mekansal kriterler sağlık yapıları açısından önem arz etmektedir. Arazinin konumu ve sahip oluna diğer nitelikleri kapsamında sağlık yapılarının tesis edilmesine uygun olması, ancak kadastral yönden parsel geometrisi uygun olmaması durumunda, geometrisi bozuk olan parsel ve bu parselin yakın çevresinde yer alan diğer parsellerin özellikleri dikkate alınarak, çevresindeki parsellerle birlikte düzenleme yapılabilme olanakları da araştırılmalıdır. Söz konusu parsel düzenlemesi 3194 sayılı İmar Kanunun 18. maddesi kapsamında gerçekleştirilebilmektedir (TC Sağlık Bakanlığı, 2010, ss. 41-42).

3.4.2 Altyapı bilgileri

Sağlık yapılarının kurulacağı söz konusu arazinin ve yakın çevresinin, elektrik, su ve doğalgaz gibi enerji tesisatlarının, yağmur suyu, kanalizasyon ve sulama kanalı gibi atık su tesisatlarının, telefon ve internet hatları gibi iletişim tesisleri gibi altyapı sistemlerinin varlığı önceden araştırılmalı ve arazi seçimi söz konusu bilgiler kapsamında değerlendirilmelidir. Altyapı bakımından değerlendirildiğinde, genel atık su sisteminin bulunmadığı ve özel sıvı atık sisteminin var olduğu sağlık yapılarında söz konusu yönetim tarafından onaylanmalı ve ilgili kanun ve yönetmeliklere uygun olmalıdır. Bununla birlikte septik tanklar ve kuyular gibi yüzey altı atık sistemleri, yönetmelik ve uygulamalar tarafından kullanımı kabul edilmeyen atık su sistemleridir. Niteliği ve sınıflandırması ne olursa olsun bütün sağlık yapılarının minimum beş

günlük yedek içme suyu kaynağına sahip olması gerekmektedir (TC Sağlık Bakanlığı, 2010, s. 42).

3.4.3 Ulaşım

Sağlık yapılarına yönelik ulaşılabilirlik kavramı, sağlık hizmetinin sürdürülebilir ve erişilebilir olması bakımından önem arz etmektedir. Sağlık yapıları, sahip olduğu nitelikleri kapsamında sirkülasyonun yoğun olduğu kamu yapıları olup, sınıflandırılma kriterleri ne olursa olsun mekansal ve sosyal analiz kapsamında öncelikli olarak belirlenmesi gereken unsur, sağlık yapılarına yönelik ulaşım imkanlarıdır.

Toplum tarafından sıklıkla kullanılan sağlık yapıları, yer aldığı bölgelerde kullanıcı bazında günlük olarak gidiş ve geliş sayıları, trafik yoğunluğu, debi ve araç trafiğini de beraberinde getirmesi sebebiyle sağlık yapısının kurulacağı bölgenin sahip olduğu mevcut yol sistemi, altyapısı, gelecekte planlanan yatırımlar, ulaşım imkanları ve nitelikleri önceden saptanmalıdır. Genel itibariyle bölgenin elverdiği her türlü ulaşım imkanlarına yönelik altyapısal ve yatırımsal olarak dikkat edilmeli ve bölgedeki mevcut altyapı yeterlilikleri belirlenmelidir. Bununla birlikte, sağlık yapılarının kendi içsel etkinlikleri kapsamında acil giriş-çıkışlarının, kullanıcıların araç ve yaya trafiği, lojistik giriş ve çıkışları da önceden öngörülmeli ve bu kapsamda ulaşım tespitleri yapılmalıdır. Genel olarak ulaşım altyapısı ile hava, kara, demiryolu ve deniz taşımacılığına yapılacak yatırımlara dikkat edilmeli, varsa mevcut altyapının yeterliliği belirlenmelidir. Ek olarak, bir ulaşım sisteminin parçası olan bir otopark sistemi, araç sayısına, park yerinin büyüklüğüne, erişilebilirliğe ve araçların nasıl girip çıktığına dikkat etmeyi gerektirir. Bu ve benzeri altyapı sağlık tesislerinin içinde veya yakınında araştırılmalıdır. Araç giriş ve çıkışları, yeterli büyüklükte ve mevcut trafik sistemi içinde iyi konumlanmış alanlarda yapılmalıdır. Aynı şekilde acil durum kapıları, insan ve araçlar için erişim, yayalar için erişim, lojistik için kapılar sağlık yatırımları için iç tedbirler çerçevesinde oluşturulmalı ve bu çerçevede trafik hazırlıkları yapılmalıdır (TC Sağlık Bakanlığı, 2010, s. 40).

Sağlık yatırımının söz konusu olduğu her tür ve ölçekli imar planları ve bu yapıların yakın çevresini konu alan planlar için “İmar Planı Verileri” nin temini

sağlanmalıdır. Bu verilerin temininde, söz konusu alanın sağlık yatırımının gerçekleşmesine olanak tanıyan arazi kullanımına imkan verdiği ve bu alanın sağlık tesis alanı olarak tahsis edildiğinin saptanması amaçlanmaktadır. Bu kapsamda eğer alan farklı bir kullanım amacına sahip ise, alanın mevcut ulaşım bağlantıları ve sağlık yapısı amacıyla kullanılması durumunda öngörölü ulaşım bağlantıları dikkate alınarak, sağlık hizmetinin sunumuna olanak tanıyacak şekilde arazi yetkili merciler tarafından imar planı değişikliği gerçekleştirilerek ulaşım işlevi yeniden düzenlenmelidir (TC Sağlık Bakanlığı, 2010, s. 39).

3.4.4 Erişilebilirlik

Sağlık yapıları yoğun insan trafiğinin bulunduğu yapılar olup, söz konusu yapıların kullanıcıları olan sağlık personeli, hastalar ve refakatçiler bu yapılar dahilinde uzun zaman geçirmektedir. Bu kapsamda kullanıcılar açısından sağlık yapılarının erişilebilir olması önemlidir. Erişilebilirlik bakımından değerlendirildiğinde giriş alanları, hasta karşılama ve bekleme alanlarının boyutları iyi ayarlanmalı ve bu alanlara ve alanlar arası erişim kullanıcıların gereksinimlerine uygun planlanmalıdır. Söz konusu alanların boyutları, sunulan sağlık hizmetinin niteliği ve kullanıcı sayısına uygun olmalı, kullanıcıların dinlenme, yemek yeme, tuvalet gibi fiziki gereksinimlerini karşılayacak imkanlara sahip olunmalıdır.

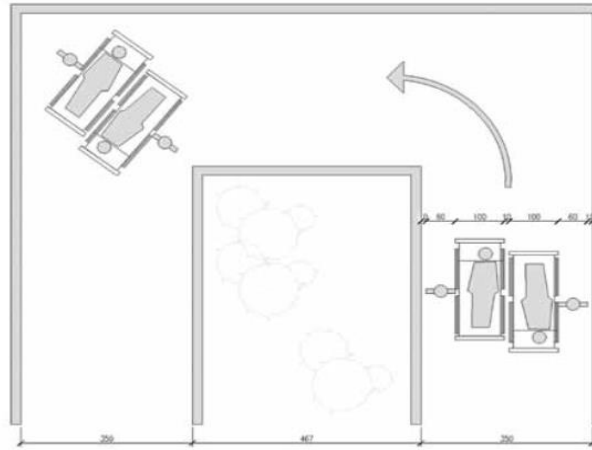
Sağlık yapılarının ana girişleri, kullanıcıların araçlarıyla erişimlerine uygun bir alanda ve aracın mümkün olabildiğince sağlık yapısının girişine yakın bir noktaya gelebilmesini sağlayacak biçimde planlanmalıdır. Giriş bölümleri, araçla gelen kullanıcıların inmeleri açısından elverişli, tekerlekli sandalye ve sedye ile gelen kullanıcılar için uygun ortamların bulunması gerekmektedir. Acil girişleri ise hem ambulansın, hem de yayaların girişine uygun nitelikte olmalı, Bu alanlar hasta indirme ve bindirme için tasarlanmalıdır. Acil servisin kapasitesine bağlı olarak, ambulans girişinde birden fazla ambulans hastayı indirebilmelidir. Aynı zamanda acil durum girişinde tekerlekli sandalye ve park yerleri bulunmalıdır. (TC Sağlık Bakanlığı, 2010, s. 56).

Sağlık yapılarının erişilebilirliğini belirleyen bir diğer unsur ise kullanıcıların yapı içindeki ulaşımını sağlayan koridor, rampa, merdiven ve asansörlerdir. Bu

unsurlar kullanıcıların yapı içinde ulaşımına olanak tanıyacak ve kolaylık sunacak nitelikte olmalıdır.

Sağlık yapılarında içsel erişilebilirliğin önemli unsurlarından biri koridorlardır. Koridor planlamasında en önemli unsur, koridorların eni ve genişlikleridir. Bir sağlık binasının geniş koridorları hem trafik hacmini hem de sağlık binasının kullanım kolaylığını ve güvenliğini üst seviyede sağlayacaktır. Trafik yoğun olmadığı ve tek yönlü geçişin planlandığı koridorlarda sedye ile birlikte sedyenin yanında taşınacak ekipman ve en az bir kişinin yürüyerek refakat edeceği dikkate alınarak en az 2 metre, çift yönlü geçişlerde ise en az 3,5 metre olmalıdır. Bununla birlikte koridor genişliklerinin planlanmasında sedye bu mesafeler, koridorlar üzerinde telefon, içecek ve yiyecek otomatı gibi çeşitli makineler koridor trafiğine ve yukarıda sayılan minimum genişlik standardına engel teşkil etmeyecek şekilde planlanmalıdır.

Ayrıca koridorlar yatak/sedye taşınması dışında diğer trafiğe de açık ise boyutları daha geniş olmalı ve öngörülen yoğunluğa göre koridorun eni tekrar hesaplanmalıdır. Koridorların 90o veya 180o dönüşe sahip olduğu durumlarda her iki yatağın veya sedyenin yanlarındaki ekipman ve personel ile birlikte aynı anda geçecekleri varsayımı ile koridorun dönüş kısımları dönüş engel olmayacak ebatta olmalıdır (Şekil 26).



Şekil 26. İki Sedyenin Yan Yana Geçebilmesi İçin Gerekli Asgari Alan

Kaynak:http://yts.saglikyatirimlari.gov.tr/dosyalar/yatirim/490/Sunum/Web/render_01.jpg:

Rampa Seviye farklılıklarını ortadan kaldırmak ve engellilerin ulaşımını sağlamak için tekerlekli sandalye ve sedye kullanan bir yol mekanizmasıdır. Tekerlekli sandalye kullanmayan diğer kullanıcıların ulaşımı için 30 cm'den fazla eğime ek olarak, 2 m'den yüksek kısımlara merdiven, asansör gibi diğer tesisler yerleştirilmelidir. Rampa hemen görünmüyorsa, rampanın yerini gösteren bir işaret asılacaktır. Rampanın maksimum eğimi 1:12 olmalıdır, ancak mesafe ve koşullara bağlı olarak maksimum eğim 1:20 olmalıdır. Kısa mesafeler için rampa 1:20 eğime de sahip olabilir. Rampanın uzunluğu 10 m'yi ve başlangıç noktasından bitiş noktasına kadar olan yüksekliği 50 cm'yi geçmemelidir. Rampanın toplam yüksekliği 2m'yi geçtiğinde asansör kullanılmalıdır. Rampa yüksekliği 30 cm'den fazla ise yanında alternatif merdiven bulunmalıdır. Rampaların genişliği en az 150 cm olmalıdır. Rampa yüksekliği 15 cm'yi veya yol 180 cm'yi geçtiğinde her iki tarafta da tırabzan bulunmalıdır.

Merdivenler Acil çıkışlar ve yüksekliği 2 metreden az olan erişim alanları için. Tüm merdivenler Yangın Yönetmeliğine uygun olmalıdır. Tüm merdivenler en az 150 cm genişliğinde olmalıdır. Merdivenlerin yapımı ve dekorasyonu 9 cm'den fazla kısaltılmamalıdır. Merdiven korkulukları, merdivenin toplam genişliğini her iki tarafta 9 cm'den fazla kısaltmamalıdır. Kiriş 4 cm dışarı çıkabilir. Merdiven kulpları, yetişkinlerin ve çocukların tutabilmesi için iki kademeli olmalıdır. Her basamak için ayak yüksekliği en az 15 cm, en fazla 17 cm olmalıdır. Her adımın genişliği (yatay) en az 28 cm olmalıdır. Her adımın genişliği, tüm kısımlarda (dönüşler dahil) 3/8'den az ve 3/8'den büyük olmamalıdır. Basamakların orta noktası 28 cm olmalıdır.

Asansörler Hastalara hizmet veren (ameliyat, doğum, teşhis veya tedavi) tüm hastanelerde hasta servis alanları (yatak odaları, yemek alanları veya elektrikli veya hidrolik asansörler) birinci kat dışındaki katlarda yer alır. Trafik akış mühendisliği olmayan tüm binalarda asansör bulunacaktır. Asansör numaraları aşağıdaki gibidir: Acil servis ile ameliyathane arasında birden fazla katı bulunan binalarda asansör sağlanacaktır. Asansörler, ziyaretçi asansörleri, hastane asansörleri ve yük asansörleri olarak ayrılmalıdır. 29 ziyaretçi asansörleri, engelliler için işlevsel olarak erişilebilir olacaktır. Ziyaretçi ve klinik alanı paylaşıyorsa, üst kata çıkmak için aynı asansör kullanılabilir. 60 ila 200 yataklı hastanelerin en az 6 asansörü olmalıdır. 201 ila 350

hasta için yatak kapasiteli en az 9 asansör gereklidir. Ameliyathane acil servisin üst katlarından birinde bulunuyorsa ameliyathanenin ayrı bir asansörü olmalıdır. Bu asansör, asansör toplamına sayılır.

Diğer Bilgiler Arazinin; yerleşme içerisindeki konumu, yerleşmenin gelişme yön ve büyüklüğü, yol ve ulaşım şeması içerisindeki erişilebilirliği, çevresindeki toplu taşıma güzergâhlarının bulunup bulunmadığı, çevresinde mevcut ve olası yatırımlar, gelişme senaryoları (yakın bir çevrede herhangi bir kamu veya özel yatırımının olup olmayacağı hakkında) değerlendirilmelidir.

Bir sağlık tesisi inşaatının Yapı Yönetmeliği, Yönetmelik ve sonraki bölümlerde belirtilen kabul standartlarına, 1 Temmuz 2005 tarih ve 5378 sayılı Kanun ilkelerine ve ADA American Disabilities Act) standartlarına doğrudan uygun olması gerekir. Engelliler Yasası) Sağlık tesisleri, çeşitli engellerin (görsel, işitsel ve fiziksel) tesisin ilgili bölümlerine erişmesine izin veren özelliklere sahip olmalıdır. Sağlık kuruluşlarının da 22 Nisan 2006 tarih ve 26147 sayılı Yapılarda Özürlülerin Kullanımına Yönelik Tadilat Komisyonunun Kuruluş, Çalışma Usulleri ve Özürlü Kullanım Esasları hükümlerine uyması gerekmektedir.

3.4.5 İmar yönetmeliği ve Otopark Yönetmeliği

Sağlık tesisleri için otopark ve araç sayıları hesaplanırken 1 Temmuz-21624 ve Madde 5 başta olmak üzere değişiklikler (Değişik: S.R.G. Yön / 3.md. 22 Mayıs 2006-26147). Park etme hakkında daha fazla bilgi için Bölüm 4.4.4'e bakınız.

Sağlık yapıları için geçerli olan diğer bir kriter de Otopark yerlerinin sayısı, büyüklüğü ve sayısıdır. Belediyeler sınırları içinde gerçekleştirilen sağlık binalarının yapımında dikkate alınan 3030 Hariç Belediyeler Tip Bölge Yönetmeliğine göre oluşturulan "Otopark Yönetmeliği"nde. 125m2 kapalı alan = 1 araçlık park yeri sağlanmaktadır. Otopark kurallarına ek olarak 125m2 için en az bir park yeri ayrılmıştır. Bu otopark miktarının, engellilere ayrılanlar da dâhil araç park yerlerinin, varsa parsel sınırından itibaren otopark rampasının, trafik akışının ve tesis kapasitesinin yapının onaylı mimari projesinde sayısal değerleri ile birlikte belirtilmesi zorunludur. Otopark rampası, hiçbir koşulda parsel sınırı dışından başlatılamaz. Otopark rampasının yapı yaklaşma sınırı içinden başlatılabilmesi için imar planı kararı

alınması ve rampa projelerinin hazırlanması zorunludur. Ancak, belirlenen otopark miktarları yöre ihtiyaçları göz önünde bulundurularak belediye ve mücavir alan sınırları içinde belediye meclislerince, dışında il genel meclislerince artırılabilir. Otopark sayısı, açık tesislerde parsel alanı üzerinden, diğer yapılarda ise emsal hesabına konu alan üzerinden belirlenir. Bu rakam, imar mevzuatında hasta yatak başına belirlenen kapalı alan büyüklüğüne oldukça yakın olduğundan, pratik olarak asgari hasta yatak sayısı kadar otopark yeri ayrılması zaruridir...” Yönetmelikler de verilmiştir. Unutulmamalıdır ki bu hükümler, sadece otopark sayısı için değil, otoparkların yerleşimi, fonksiyonel sınıflandırmalar, belediyelere ek tedbir ve önerilerde bulunulabilmesi için de kurallardaki hükümlerle uyumludur. Hesaplama yöntemi otopark kurallarında belirtilmiştir ancak gerçekte otopark hesaplamasında dikkate alınması gereken faktörler ve hesaplama yöntemleri aşağıdaki gibidir. Yeni tesisler, büyük eklemeler veya fonksiyon değişiklikler, hastaların, personelin ve genel halkın ihtiyaçlarını karşılamak için park etmeyi gerektirir. Resmi bir park yeri etüdü araştırması yapıyorsanız ve etüdün yapılamadığı durumlarda, yatak başına iki ve ya çalışan başına bir park yeri sağlamanız gerekecektir. Ayakta tedavi gören hastalar ve diğer hizmetler için ek park yeri gereklidir. Hizmet araçları ve acil hasta araçları için ayrı park yerleri sağlanmalıdır.

Park yerini hesaplamanın başka bir uygun yolu da şudur: Tesiste çalışan her doktor için bir park yerine ek olarak tesiste çalışan dört sağlık çalışanının her biri için bir park yeri ve her yatak için ilave bir otopark yeri bulundurulması.



Şekil 28. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eski ve Yeni Vaziyet Planı

Kaynak: <https://www.pressreader.com/turkey/betonart/20210916/282746294899161>

4.1.2 Zeynep Kâmil Hastanesinin tarihçesi

Yusuf Kamil Paşa ile eşi Zeynep Hanım tarafından kendi arazileri olan bostan tarlasını vermişlerdir. Hastalara parasız hizmet vermek amacıyla yaptırılmış olan Zeynep Kamil Hastanesi, sağlık hizmetini günümüzde kadar kesintisiz olarak sürdürmekte olan eski sağlık kuruluşlarından biridir. Bu yapının bir özelliği de, İstanbul'un ilk özel hayır kurumu olmasıdır. Zeynep Kamil Hastanesinin mimari yapısı Neoklasik taş işçiliği ön planda olan yapı pavyon sistemi şeklindedir, aşağıdaki resimde gösterilmektedir (Şekil 40).

Hastanenin inşaatını mimarlar Bercascomi ve Duca, yapmıştır. Hastanenin yapılması 2 yıl sürmüş olup, hastanenin hizmete girme tarihi 1862'dir. Hastanede 40 yatak vardı ve ilk doktorları gayri Müslim'di, Zeynep Kamil Hastanesinin bir özelliği de saray ve hanedanlığın dışında yaptırılan ilk hastane olmasıdır.



Şekil 29. Binaya Ait Görsel Görsel



Şekil 30. Binaya Ait Restorasyon Sonrası

Kaynak:http://zeynepkamil.gov.tr/zeynepkamil_fotogaleri.aspx

Yusuf Kamil Paşa, 1863 yılında Sultan Abdülaziz tarafından Sadrazam olarak atanmıştır. Hastanenin önündeki orijinal plana göre girişin üstündeki kitabe "insanların sağlığı" anlamına gelen fihişifaunli`nnas (bal arısı ayet 69) kelimesi geçmektedir. Restorasyon öncesi (Şekil 29). Restorasyon sonrası (Şekil 30). Zeynep Hanım ve Kamil Paşa, ölümlerinden sonra hastane bahçesine kendilerinin yaptırdıkları türbede toprağa verildi. (Şekil 31).



Şekil 31. Zeynep Hanım, Kamil Beyin Hastane Bahçesine Yaptırdıkları Türbe

Kaynak: http://zeynepkamil.gov.tr/zeynepkamil_fotogaleri.aspx



Şekil 32. Binaya Ait Görsel



Şekil 33. Binaya Ait Restorasyon Sonrası Görsel

Kaynak: http://zeynepkamil.gov.tr/zeynepkamil_fotogaleri.aspx

Zeynep Hanım ve Kamil Paşa'nın ölümünden sonra, 1896'da özel cerrahi kliniği olarak Doktor Cemil Topuzlu Paşa'ya verildi. Şekil (32)-(33). Türkiye'deki ilk antisepsi uygulayan yön veren kişi Cemil Topuzlu yapıyı onardı, tıbbi gereçleri yeniden aldı. Isınma sistemi kurdu. Şekil (34) ve hastaların ameliyat öncesi yıkanması için yapının ikinci katına hamam yaptırmıştır. Şekil (35). Hastane bir süre ruh beyin ve sinir hastalıklarını tedavi etmiştir. Hastane 1935 yılında doğum evi olarak kullanılmaya başlamıştır.1982 yılına gelindiğinde hastanenin yönetimi ve işletim hakkı İstanbul belediyesinden sağlık bakanlığına verilmiştir.

Günümüzde Zeynep Kamil Hastanesi sağlık bakanlığına bağlı olarak özel dal eğitim hastanesi statüsünde hizmetine devam ediyor (Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2017).



Şekil 34. Restorasyon Sonrası Isınma Sistemi Görseli



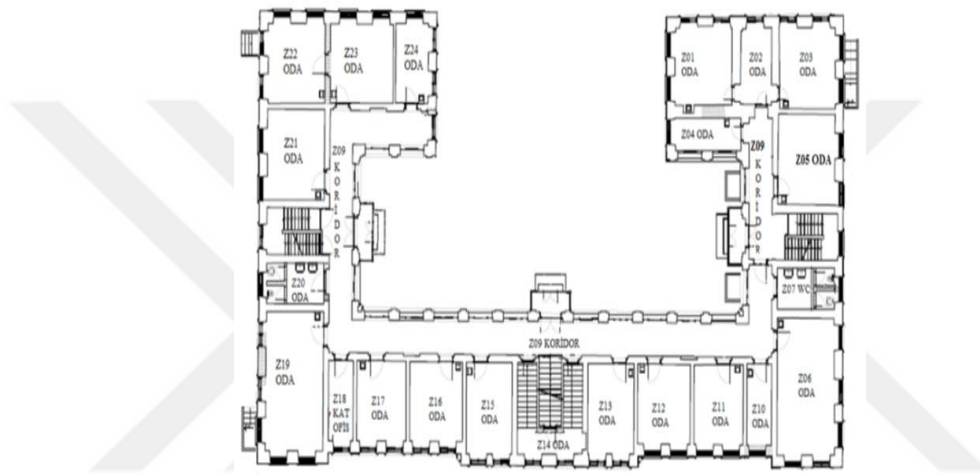
Şekil 35. Restorasyon Sonrası İkinci Katındaki Hamam Bölümü

4.2 Zeynep Kamik Hastanesi' nin Mekansal Analizi

İstanbul'daki kullanıma açık tarihi hastane yapılarına bakıldığında, hastane yapılarının ilk yapım amacına uygun şekilde kullanıldığı görülmektedir. İlk inşa edilme amaçları da sağlık hizmeti verme amacı olması sebebiyle, hali hazırda hastane olarak kullanılan tarihi hastane yapılarında yeniden işlevlendirmenin söz konusu olmadığı görülmektedir.

İstanbul'daki tarihi hastane yapılarına bakıldığında, ilk yapım planlarının parmak plan şeklinde planlandığı görülürken, Cumhuriyetin ilanından sonraki dönemlerde ihtiyaçların, hastane faaliyetlerinin ve hizmetlerin artması sonucunda genellikle ilk hastane binalarının yanına veya yakınına yeni ek binalar inşa edilerek tarihi hastane yapılarının bağımsız alçak ve yüksek bloklar planı halini aldığı görülmektedir. İlk başta az katlı ve tek bir yapı olarak inşa edilen bu binalar, zamanla ilk yapılan bina örneğinden daha yüksek katlı ve ayrı konumda yeni binalar inşa edilmiştir. İstanbul'daki tarihi hastane yapıları yatay mimari örneği gösterirken, sonradan eklenen binalarda yatay mimarinin yanında dönemin mimari özelliklerine göre dikey mimari örneklerinin de görüldüğü görülmektedir. İlk örnekleri pavyon sistemi olan tarihi hastanelerin, sonradan eklenen bölümlerinin ise blok sistemine uygun şekilde inşa edildiği görülmektedir.

Zeynep Kamil Hastanesi yapıldığı dönemin mimari yapı sistemine göre düz arazi üzerine yığma yapı sistemine göre uygun bir planda inşası yapılmıştır, iki katı bulunan yapının bodrum katı ve iki katlı kagir yapı sistemi uygulanmıştır. Zeynep Hanım ile eşi Yusuf Kâmil Paşa'nın türbesi geniş avlulu bahçenin içindedir. Büyük bir iç avlulu çevresi olan yapı “U” şeklindeki bir planı ve pavyon sistemi olan, yapının içerisinde bulunan ayrı hizmet birimlerine ulaşımı sağlayan iki koridoru bulunmaktadır. İki katı ayrı amaçlara hizmet eden mekanlar ve bölümler arası geliş gidişi sağlayan, bu özellikleri nedeniyle de planimetrik yapıdır. Şekil (36).



Şekil 36. Zeynep Kamil Hastanesi Tarihi Binası Zemin Kat Planı

Kaynak: Demirhan B. Zeynep-Kamil Hastanesi Restorasyon Projesi (Tez), İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2005.



Şekil 37 Binaya Ait Restorasyon Sonrası Giriş Kapısı Görseli



Şekil 38 Binaya Ait Restorasyon Sonrası Görseller

Zemin döşemelerinin duvar kısmına 10-12cm.yüksekliğindeki süpürgelikler duvarlar ekseninde montajı yapılmıştır. (Şekil39) baktığımızda binada, işlevsel değişime bağlı olarak kullanılmayan prizler dahil korunmuştur. Tavanı yüksek eski yapılarda kullanılan Volta döşenmiştir ve oda duvarlarına sıva üzerine plastik boya yapılmıştır. Bodrum kat pencerelerinin cepheye gören yüzeylerine yerleştirilmesinden dolayı yanıl duvarlar dik açılı olmamıştır; bu sebepten, doğrama açıklıklarında içten dışa doğru bir daralma söz konusudur. Mekanın bu uçundaki batı duvarı 327cm doğu duvarı 508cm. uzunluğundadır. Koridorun, dolayısıyla da yapının simetri eksenindeki Ana Merdiveni de içine alan zemin kat mekanlarıyla sınırlandırılmıştır (Demirhan,2005)



Şekil 39. Zemin Döşeme Süpürgeliği

4.3 Cepheler

Yapının Cephe düzeni ve planlaması ile dönemin modern yapılarından birisidir. Modern hastane işlevlerinin gereklilikleri göz önüne alınarak tasarlanmıştır. Binanın tasarımı Kâgir yapıya uygun inşa edilen yapının taşıyıcı cephe duvarlarına yığma tuğla kullanılmış ve üzeri sıvanmıştır. Bulunduğu dönem mimari yapı olanağını yansıtmaları açısından mimari unsurlarından biri olarak kat aralarına ve saçak hizasına yerleştirilmiş kornişler, duvarlarında yatay hatlar oluşturmaktadır. Günümüzde Neoklasik üslubun cephe süsleme programı, özgünlüğünü büyük ölçüde korumuştur. Kat ve saçak kornişleri; pencerelerin profilli ve düz çerçeveleri ve eşikleri zemin kat dış cephelerindeki pencerelerin düz çerçeveli alınlıkları ,dışa yanal çıkıntı yapan çıkıntılı silmelerle tamamlanmıştır; dışta üst pencerelerin alt kemerli üçgen alınlıkları , kavisli Barok parantezler tarafından desteklenmektedir; Dış cephe köşelerinde Malta taşları; ayrıca avlunun pencerelerinin altına yerleştirilen madalyonlar; pencere

açıklıklarını çevreleyen yarım daire biçimli kemerler; bu kemerlerle taçlandırılmış pilastırlar. Yapısal elemanlar üzerine yerleştirilmiş bilezikli ve Toskana başlıklı pilastrlarda kullanılan tuğlalar ise 20x6.5x9cm. boyutundadır.



Şekil 40. Yapının Cephe Düzeni

Şekil 41. Restorasyon Sonrası Cephe Düzeni

Kaynak: http://zeynepkamil.gov.tr/zeynepkamil_fotogaleri.aspx

4.3.1. Restorasyon Öncesi ve Sonrası

Sahiplerinin vefatından sonra bakımsız kalan Zeynep Kamil Hastanesi, farklı yöneticilerin idaresinde hizmet vermiştir. Çanakkale Savaşları ve Birinci Dünya Savaşında Askeri Hastane olarak kullanılmış, ardından Akliye ve Asabiye Bimarhanesi, yatılı Ebe ve Hemşire Okulu öğrencilerinin kullandığı bir yapı olmuş ardından uzun bir süre doğum ve çocuk hastanesi olarak kullanılmıştır. Buna bağlı olarak yoğun kullanımın yol açtığı değişim baskıları, yapıdaki malzemelerde bozulmalara yol açmıştır. Zamanla, binadaki farklı mekanların ihtiyaçlarına bağlı

olarak, artan talebi karşılamak için bölmelerin eklenmesi ve çıkarılması veya niteliksiz uzantıların yapılması nedeniyle mekânsal bozulmalara neden olmuştur. (Demirhan,2005).

4.3.1.1.Kapılar

İç mekan kapılarının detayları incelendiğinde, kapıların eski halini koruduğu ve kullanılan malzeme seçimi, iç mekânda bazı kapıların zaman içinde değiştiğini göstermektedir. Restorasyon aşamasında özgün mekanlara ulaşım sağlayan kapıların da yeniden tanımlanıp, sonradan eklenmiş olanların kaldırılması neticesinde kapı ve pencerelerin rölöve ve restitüsyon projelerine uygun olarak yeniden yapılmıştır (Hallaç, 2016, s.72)



Şekil 42. Sağlam Durumda Olan Kapı Menteşeleri Kullanılmıştır

Yapının zemin katında 42 ve birinci katında 34 olmak üzere toplam 76 kapı tespit edildi. Kapıların genişlikleri ve yükseklik ölçülerinde farklılıklar vardır 90cm. ile 130cm.arasındadır. Yükseklikleri 220cm. ile 255cm. arasında değişmektedir. Tarihi yapının boyutuna ve yapısına göre bir sınıflandırma yapılarak yapıda 7 çeşit kapı olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 43. Restorasyon Sonrası İç Mekan Kapısı

4.3.1.2. Pencereleler

Tarihi yapının incelenmesinde binadaki pencerelere 5 ayrı model uygulanmış olduğu görülmektedir. İki katında Pencerelelerdeki model detay uygulaması aynıdır. Binanın eski fotoğraflarında bulunan zemin kattaki pencerelerine dışarıya bakan denizliklerine koruma amaçlı demirlel varmış. Restorasyon aşamasında koruma demirlel çıkarılmıştır. Binadaki pencerelerlel çoğu özgün ahşap giyotin özelliklerine sahip pencereler olup, bazıları tek, bazıları ise ahşap giyotin pencerelerdir (Şekil.44). Restorasyon sonrası bazı ahşap giyotin pencerelerlel mûdahale ile çift kanatlı pencereye dönüştürüldüğü görülmektedir. (Şekil.45).

Yapının pencerelerlel dikdörtgen açılıdır, bodrum ve birinci katlarda aynı düşey eksenlel simetrik olarak uygulanmıştır. Yapının zemin kat pencerelerlel üzerine düz atkılı malzeme kullanılmış estetik bir görüntü vermesi içinde konsol taşıma sistemi kullanılmıştır. İkinci katın pencerelerlel üstünde bulunan üçgen alınlıklar ise, basık kemerlel baz alarak, cephelerdeki monotonluğı dengelemek istenmiştir. Ayrıca pencere altlarına kadar mermer kaplanmıştır (Demirhan,2005).

Dış cephelerdeki pencerelerin genişliği 122 cm'dir, açıklık genişlikleri ise 130-147cm, arasında değişmektedir zemin katta, 244 cm birinci kat pencereleri 230-235 cm, arasında değişen yüksekliktedir. İç avluya bakan pencereler, 122cm. 137 cm arasında değişen genişliklere sahip niş içine de konumlandırılmıştır. Kotlar ve yükseklikler yaklaşık olarak dış pencerelerle aynıdır. Yapının zemin katında 69, birinci katında 63 olmak üzere toplam 129 adet pencere tespit edilmiştir



Şekil 44. Pencerelerdeki Model Detay Şekil 45. Restorasyon Sonrası Detayı

Kaynak:<http://zeynepkamil.gov.tr/HastaneIcerik.aspx?p=4938d548-df37-4482-b92e-c8e9fc816b17>



Şekil 46. Zemin Kat Pencere Örneği

4.3.1.3. Duvarlar

Duvarların bölme ve ayırıcı özeliği vardır. İzolasyon ve hijyenin önemli olduğu mekânlarda, hastanelerde, duvar tasarımına dikkat edilmelidir. Duvarların ayırıcı özelliklerine ek olarak taşıyıcı özellikleri de vardır. Özellikle çevreden gelebilecek ses, gürültü ve sıcaklık değişimlerine karşı yapıyı korurlar (Uzunay, 2011, s. 43).

Yapının alt ve üst taşıyıcı sistemini oluşturan taşıyıcı yığma dış duvarlar 45-76 cm, iç duvarlar ise 17-55 cm'dir. Bu bileşenler düşey yükleri binanın temeline ileten en önemli yapı elemanları olarak tanımlanabilir. Altyapı taşıyıcısındaki kapı ve pencere açıklıkları, duvarların gücünü önemli ölçüde azaltır (Şekil.47). Bu aşamada, sadece kesme taş lentoların yerleştirildiği, duvarlar boyunca kuvvetleri mekanın kenarlarına ileten, yapısal eleman olarak kemerler kullanmakla sınırlıydı. altyapı. Pencere açıklıklarının olduğu yerlerde, duvarın kalınlığından dolayı dış parapetin genişliği elde edilir.



Şekil 47. Pencere Açıklıkları, Duvarların Gücünü Önemli Ölçüde Azaltır

4.3.1.4. Döşeme ve Tavanlar

Hastane yapılarında zemin ve tavan malzemelerinin tamiri kolay ve ekonomik olmalıdır. Zemin kaplaması kaymaz malzemeden yapılmış, kolay temizlenebilir, su itici, hijyenik, aşınmaya ve darbeye dayanıklı, ses iletimini azaltan akustik özelliklere sahip olmalıdır. (Kuruçelik, 2009).

Yapının döşeme konstrüksiyonu, iki putrel kiriş arasına tuğlayla örülmüş küçük tonozlardan meydana gelen volta döşeme sistemine temellendirilmiştir. Zemin ve birinci kat Özgün döşeme kaplamaları günümüze kadar ulaşabilmiş ve kullanılmıştır. Süpürgelikler, döşeme kaplamalarının duvarlar doğrultusunda döndürülmesiyle kullanılmıştır özgün haldeki döşemelerin ağırlıklı olarak mermer ve karo mozaik kaplı olduğu düşünülmektedir (Şekil.48).

Yapının bazı volta döşemeli yüzeylerine tavanın zarar gören yüzeyler sıvanmıştır, metal panelli asma tavan sistemi uygulanarak mekanların tavan kotu düşürülmüştür. Yakın bir dönem uygulaması olduğu anlaşılmaktadır.



Şekil 48. Süpürgelikler, Döşeme Kaplamaları



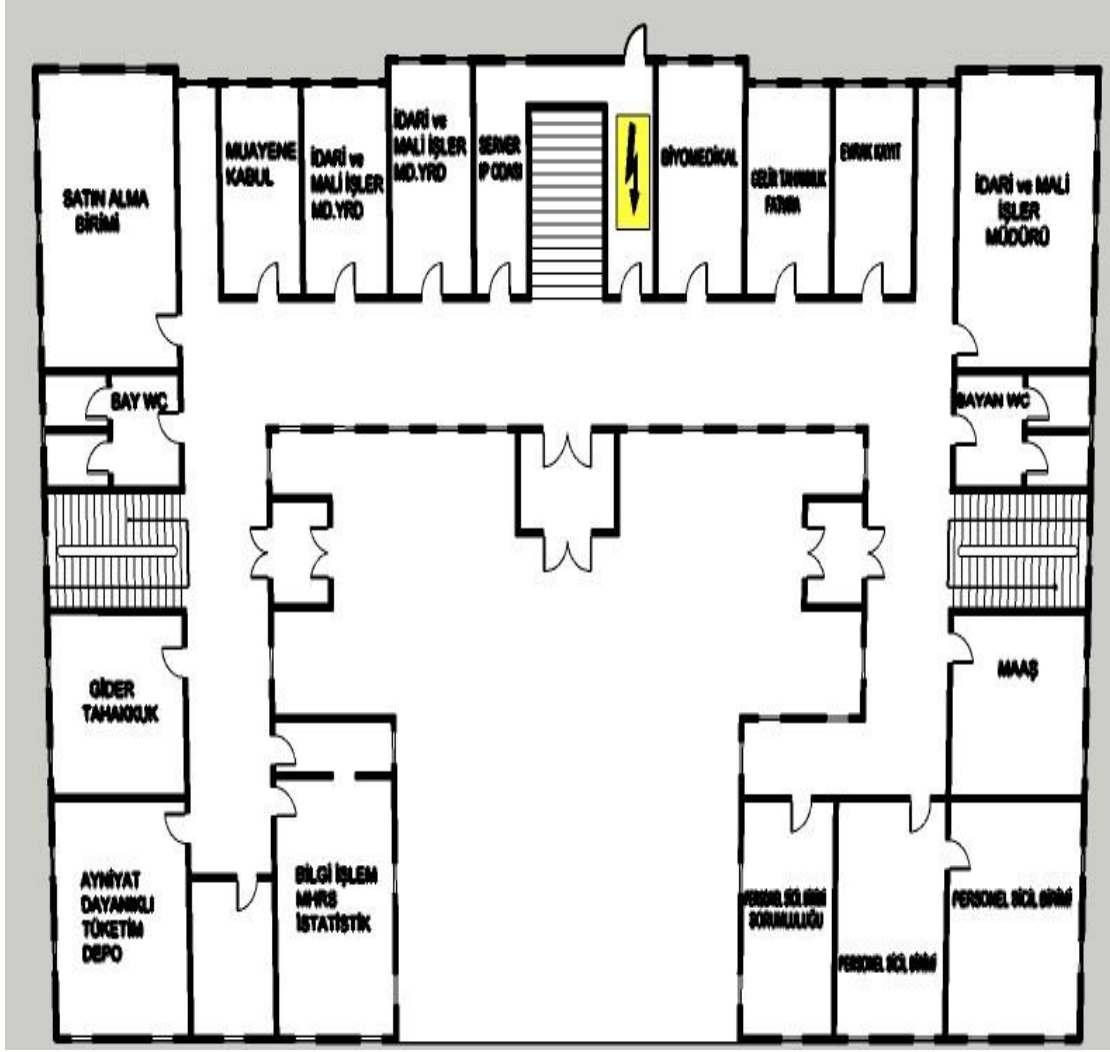
Şekil 49. Görsellerde Eski Hali Ve Restorasyon Sonrası Yapılan Metal Asma Tavan Örneği

Kaynak: Demirhan B. Zeynep-Kamil Hastanesi Restorasyon Projesi (Tez), İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2005.

Sağlık yapılarında bina içinde sonradan düşünölen bölömler genellikle tavanlardır. Tasarım tüm yönleriyle ele alındığında tavanlar da tasarımdaki meşru yerini almıştır. Günümüzde tavanlar, fonksiyonel ve biçimsel hususlara göre seçilmektedir. Sağlık binalarında akustik tavan tercih edilmektedir. Estetik, akustik ve erişilebilirlik bu tavanların odak noktalarıdır (Mathis, 1991).

4.3.2. Restorasyon Sonrası Müdahaleler

Tarihi yapının yapısına uygun olmayan ek yapılarla olan bağlantıların kaldırılması ve hastanenin tarihi kimliğinin yeniden kazandırılması için hastane bahçesi yeniden düzenlenmeli ve restore edilmelidir. Ön bahçenin açık alana, iç avlunun ise enstitüye kazandırılması hedeflenmiştir. Zeynep Kamil Hastanesi'nin restorasyonu için önerilen müdahale yöntemleri temizlik, yeniden entegrasyon, yenileme ve yeniden yapılanma olacaktır (Şekil.50).



Şekil 50. Restorasyon Sonrası Giriş Kat Plan Görşeli

4.3.2.1. Temizleme/İyileştirme

Tarihi yapının hasar gören mekanları sonradan eklenen ve hiçbir değeri olmayan eklemelerden arındırılması. Duvarlarda yağmur sularından dolayı tuzlanma ve yosuna maruz kalan sıvalı yüzeyler temizlendikten sonra. Malzeme çeşitlerine bakılarak daha sonra önerilen yöntemlerle koruyucu malzeme uygulanacaktır. İlave eski boya, binanın orijinal duvarlarının bütünlüğünü bozan badana temizliği yapılacaktır.

4.3.2.2. Sağlamaştırma

Yapının özgün malzemelerinin mevcut yöntemlerle zarar gördüğü, zamanla tahrip olduğu ve işlevini yitirdiği alanların sağlamaştırma aşamasıdır. Yapının zamanla duvar ve cephelerde işlevini yitiren sıvaları sökülmüş, bağlayıcı ve taşıyıcı özelliğini kaybeden yığma tuğla döşemeler yeniden güçlendirilmiştir.

4.3.2.3. Bütünleme

Binanın yapıldığı tarihten sonra hasar görmüş işlevini yitirmiş özgün parçaların doğru malzemeyle bütünlemesidir. Kullanıcı ihtiyacından kaynaklı değişimler yapının özgün haline gelmesi için yapıda, cephelerin merkez bina bağlantı koridorlarının ve çocuk polikliniği ve niteliksiz eklerinin bulunduğu noktalarında bütünlemesi önerilir.

4.3.2.4. Yenileme ve Yeniden Yapma

Yapının yığma bölümünde kullanılan malzemelerin kapsamlı bir analizi yapılacak ve Yerinde bırakılamayacak derecede bozulan elemanlar, restitüsyon verilerine göre imal edilen malzemelerle değiştirilecektir. Ayrıca dış etkenlere maruz kalan tüm iç ve dış sıvalar yenilenecektir.

4.3.2.5. Yapı-İşlev İlişkisinin Sürdürülebilirliği

Gülersoy, Yeşil Ev ile bu tarihi havuzu buluşturmanın heyecanını yaşadığını aktardığı kitabında, bunun asıl nedeni olarak konak ve havuzun aynı döneme ait olduğunun altını çizmiştir. Tarihi yapı, ait olduğu dönem ile ilgili birçok ipucu verir, hikâyeler anlatır. Yapıyı restore ederken, yeni işlev uğruna bu hikâyelerin üstünü örtmek demek, tarihi gelecek nesillerden saklamak anlamına gelir. Yapılara yeni işlev verilirken, salt amaç yapıyı restore etmek olmamalıdır.

Hastane olarak tasarlanan ve kullanılan bina, çeşitli işlevleri barındıran Zeynep Kamil Hastanesi işlevlerin yarattığı değişimin baskısı altındadır. Yoğun kullanımdan kaynaklanan hasarlardan dolayı, bina işlevlerinin hafifletilmesini veya yeni bir işlev önerilmesini yapılmıştır. Günümüzde tarihi yapı yönetim ve Enstitü destek birimi olarak kullanılmaktadır.

Asıl amaç, yapıya yıllar boyu birlikte yaşayabileceği, uyum sağlayabileceği ve zarar görmeyeceği en doğru işlevi belirlemektir (Şekil 51).



Şekil 51. Zeynep Kamil Hastanesi Güçlendirme ve Renovasyonu

Kaynak <http://zeynepkamil.gov.tr/HastaneIcerik.aspx?p=4938d548-df37-4482-b92e-c8e9fc816b17>

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kavalalı Mehmet Ali Paşa'nın kızı Zeynep Hanım ve Eşi Sadrazam Yusuf Kamil Paşa tarafından yaptırılan. Zeynep Kamil Hastanesi, 6250 m²'lik bir alanda, yığma yapım sistemi esas alınarak inşa edilmiş olup bodrum kat ile birlikte iki katlı kâgir yapıda olup saraydan bağımsız kurulan ilk özel vakıf hastanesi ve parasız hayır kurumu özelliği taşımaktadır. Hastane'nin mimarları Neoklasik üslubu benimseyerek simetrik düzenli bir yapı tasarlanmıştır. 19. yüzyılın sonlarına doğru İstanbul'da hizmete açılmıştır. 19. yüzyılda İstanbul'da birçok hastane inşa edilmiştir. Bunlardan bazıları, Fransız La Paix Hastahanesi, İngiliz Gemiciler (Beyoğlu) Hastahanesi, Hamidiye Etfal Hastahanesi vb. birçok hastane için dönem analizi yapıldığında Zeynep Kâmil Hastahanesi ile bu hastaneler arasında neoklasik üsluplu pencere düzenleri, cephe tipolojisi gibi benzerlikler tespit edilmiştir. Günümüze gelene kadar hastane ruh ve sinir hastalıkları, kadın doğum vb. gibi birçok farklı alanın çalışması için ev sahipliği yapmış ayrıca birçok savaş sonucu yaralanan askerlerin tedavisi için hizmet verdiğinden dolayı 159 yıllık tarihi ile geçmişle gelecek arasındaki bağıni koruyarak günümüze kadar gelmiş tarihi hastane özelliği taşımaktadır. Zaman içerisinde yapıda ihtiyaçtan dolayı doğan bölücü duvarların eklenmesi mekânsal bozulmaya yol açarak tarihi yapının özgün hali bozulmuştur. Yapının boyutları ölçülerek plan, kesit ve görünüşü yapıldıktan sonra malzeme analizi ile oluşan bozulmalar çizimlerle ifade edilmiş olup yapının mevcut sorunları incelenmiştir. Dönem analizi sonucunda tipolojik karşılaştırması ve yapıdan elde edilen veriler ışığında Zeynep Kâmil Hastahanesi için sonradan özgün girişlerin yerine inşa edilmiş eklerin yapıdan kaldırılarak restitüsyon çizimlerinde özgün haline getirilmeye çalışılmıştır. Sorunlar tespit edildikten sonra, özgün halinin korunmasını ve yapının kimliğini bozan eklerden arındırılması için bütünleme (reintegrasyon), yenileme (renovasyon), yeniden yapma (rekonstrüksiyon) ve temizleme (liberasyon) gibi bazı restorasyon tekniklerinden yararlanılarak hastanenin gelecekte de yaşatılması amaçlanmaktadır.

Tarihi hastane, şehrin tarihini ve geleneğini yaratan, şehrin manzarasının ayırt edici bir unsurunu oluşturur. Herhangi bir genişletme veya yeniden yapılanma ile yeni mekansal ve mimari çözümler taşır. Diğer özelliklere sahip kamu tesislerinden farklı

olarak, hastanelerin mimarisi esas olarak işlevsel koşullar temelinde oluşturulur. Binanın şekli büyük ölçüde operasyonel gereksinimler tarafından belirlenmiştir. Pavyon olarak inşa edilmiş bu hastanede departmanları arasında anında iletişim sağlanması gereksinimleri, binanın kompakt bir kompozisyon olmasına neden olur. Hızlı iletişim erişilebilirliği ve organize etme açısından ihtiyaç duyulsa da günümüzde teknolojinin gelişmesinden dolayı yatak koşulları birbirinden daha uzak bir mesafeye yerleştirilerek aynı malzeme ve yöntemle ek bina inşaatı ile hastane eskisi gibi daha geniş kapsamda hizmet verebilir. Dış cephe kaplaması, kornişler, kapı alınlıkları vb. gibi binanın genel tarihi karakterini tanımlamada önemli olan ahşap özelliklerinin belirlenmesi, boyaları, cilaları ve renklerinde özgün halini bozmayarak tekrardan yapılmasına dikkat edilmelidir. Uygun koruma çalışmalarını gerçekleştirmeden önce önlem olarak bozulmuş veya hasar görmüş ahşabı stabilize edilmeli ve korunmalıdır. Çürüme tehlikelerine maruz kalan ve geleneksel olarak boyanmayan kiriş uçları veya payandalar gibi ahşap unsurlara kimyasal koruyucular uygulanabilir. Ayrıca hastanenin genel tarihi karakterini yansıtan elemanların biri de pencerelerdir. Pencereler için uygun bir koruma planı yapılmadan önce önlem olarak bozulmuş veya hasarlı pencerelerin sabitlenmesi gerekebilir. Daha sonra onarım ve yükseltme yönteminde mevcut pencerelerin durumuna ilişkin derinlemesine bir araştırma yapılmalıdır. Pencere çerçevesi, kanat, çıtalar ve çerçeveleri oluşturan ahşap ve mimari metallerin temizlik, pas giderme, boya çıkarma ve koruyucu kaplama sistemlerinin yeniden uygulanması gibi uygun yüzey işlemleriyle korunması ve bakımı sağlanabilir. Yapının kagir bölümünde kullanılan malzemelerin kapsamlı bir analizi yapılarak ve yerinde bırakılamayacak ölçüde bozulmuş elemanlar toksik yapı malzemelerinin kapsamlı testler yapıldıktan ve yalnızca daha az invaziv azaltma yöntemlerinin yetersiz olduğu gösterildikten sonra kaldırılarak özgün olmayan döşeme kaplamalarının yerini karo mozaik kaplama yapılabilir.

Yukarıda bahsedilen bu çalışmalar yapılırken gereksiz değişikliklerden kaçınılabilmesi için yasaların öngördüğü sistemlere, yöntemlere veya eşdeğer veya üstün etkililiğe ve güvenliğe sahip sistemleri, yöntemler için yerel yasa yetkilileriyle birlikte çalışılmalıdır.

Yukarıda belirtilen öneriler ışığında yapının tarihi dokusu ne kadar kalabilir ve ne derece müdahaleler kabul edilebilir sorusu tartışmaya açık konulardır. Tarihi yapı enderlik, mimari, özgünlük, estetik, tarihi, belge, ekonomik ve işlevsel değerlere sahiptir. Ayrıca 19. yüzyılda inşa edilen Zeynep Kamil Hastanesi, Neoklasik mimari özelliklerinin ender bir örneğidir. Yapı içerisine niteliksiz duvarlar eklenmesi, Neoklasik cephe özelliklerinin değiştirilmesi gibi fiziksel müdahalelere maruz bırakılarak özgünlüğünü bozacak şekilde yeni ek binalar oluşturulmuştur. Ayrıca bakım eksikliğinden dolayı bazı yapısal sorunları vardır.

Çalışma sonucunda tarihi geçmiş ve yeni sahibi göz önünde bulundurularak “Tıbbi Simülasyon Merkezi” olarak kullanılması da bir diğer öneridir. Tıp tarihi araştırmalarına katkı sağlayacak bir Tıp Tarihi Enstitüsü’ne veya Tıp Tarihi Müzesine dönüştürülerek yapının tarihi kullanımını canlandırmak, bu proje çalışması kapsamı dışında Zeynep Kâmil Hastanesi için uygun görülen yeniden kullanım sorusuna cevap olabilir. Asıl amaç, yapının değerlerini ortaya çıkarmak ve özgün özelliklerine zarar vermeden yeni işlevine uyarlamaktır.

KAYNAKÇA

- A. Mutlu , Sağlık Yapıları ve Hastaneler , Devlet Güzel Sanatlar Akademisi Yayınları , Türk Arşivi Matbaası ,istanbul, 1973
- Ahunbay, Z. Tarihi Çevre Koruma ve Restorasyon,6.Basım,istanbul:YEM Yayın,2011
- Arslan, M.A, Sağlık Yapılarında Yalıtımın Önemi, izolasyon Dünyası, Sayı 70, (2008)
- Aydın, D. (2009). Hastane Mimarisi İlkeler ve Ölçütler. Konya: Mimarlar Odası Konya Şubesi
- A. Altan (2003). Hastane Yapıları Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Mimarlık Bölümü Yüksek Lisans Tezi.
- Baldasso, R., (2007) Function and Epidemiology in Filarete's Ospedale Maggiore, The Medieval Hospital and Medical Practice, Barbara S. Bowers, Routledge
- Berglund B, Lindvall T, Schwela DH. Guidelines for Community Noise Geneva: World Health Organization; 1999
- Binaların Gürültüye Karşı Korunması Hakkında Yönetmelik
- Binaların gürültüye karşı korunması yönetmeliği açıklama ve uygulama kılavuzu
Nurgün TAMER BAYAZIT, Selma KURRA, Bilge ŞAN ÖZBİLEN, Ayça ŞENTOP 2018
- Cengiz Bektaş, Koruma Onarım,2.Basım,İstanbul:Literatür Yayıncılık,2001,s.97
- Cullinane, J. J. (2013). Maintaining and Repairing Old and Historic Buildings. Kanada: John Wiley & Sons, Inc.
- Çapan, K., (2002) 19. Yüzyıl Sonunda İstanbul' da Yabancı Misyonlar Tarafından Yapılmış Hastane Binaları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Çelik Gülersoy, Yeşil Ev, 1.Basım, İstanbul: TTOK, 1999

- Çolak, N.İ., 2009, Kültür ve tabiat varlıklarının devlet malı niteliği ve sonuçları.
- Dedehayır, H. Yerelden Ulusala Ulusaldan Evrensele Koruma Bilincinin Gelişim
- Demirhan B. Zeynep-Kamil Hastanesi Restorasyon Projesi (Tez), İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2005.
- Dinçer, İ. ve Akın, O., 1994. Kültür ve tabiat varlıklarını koruma kapsamında koruma planı ve idari yapısı. İstanbul: 2. Kentsel Koruma Yenileme ve Uygulama Kollokyumu, ss.127-131.
- Doğan HASOL.(Ansiklopedik Mimarlık Sözlüğü)
- Doğrusoy, İ., 2002 Mimari Bir Eleman Olan Pencerelelerin/Açıklıkların İnsan Mekan İlişkileri Bağlamında İrdelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Enis F. ARCAN, Hastane Binalarının Planlanması Ve Toplam Kalite Yönetimi İle İlişkisi, Modern Hastane Yönetimi, Cilt 2, Sayı 6, İstanbul. 1998
- Erder, C. Tarihi Çevre Bilinci, 24. Yayın, Ankara: ODTÜ Mimarlık Fakültesi, 1975
- Etker Ş, Günergun A, Köşe A. “Zeynep-Kamil Hastanesi’ nin Kuruluşu ve Vakfiyesi”, Günergun F. Osmanlı Bilimi Araştırmaları, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2004, 5(2):1-12.
- Figuerio, M.G., Rea, M.S., Boyce, P., White, R., Kolberg, K., 2001. The effects of bright light on day and night shift nurses performance and well-being in the NICU, National Intensive Care, 14(1): 29-32.
- Filiz Şenkal, Sağlık Yapılarının Kullanılmasında Dikkat Edilecek Hususlar, Yapı Dergisi, Sayı 240,2001, s.51
- Güler, Ç., ve Çobanoğlu, Z., (1994) Gürültü, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi, No: 19

- Gürkaş, T., E. ve Barkul, Ö. (2012). Yer Üzerine Kavramsal Bir Okuma Denemesi, Sigma 4, 1-11, Yıldız Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezlerinden Üretilmiş Yayınlar
- Hasol, D., Ansiklopedik Mimarlık Sözlüğü, Yapı Endüstri Merkezi Yayınları İstanbul, 1993.
- Hastane İklimlendirme Sistemlerine Genel Bir Bakış Prof. Dr. Salim ÖZÇELEBİ 6. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi - 2009
- İpekoğlu, B., (1993) Buildings with Combined Functions in Anatolian Seljuk Architecture: An Evaluation of Design Principles, Past and Present Functions, PhD Thesis, Ortadoğu Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- İşbilir, V., Uğurlu, Y., Aygen, S., Us, E., (1982) Diyarbakır Tıp Fakültesi ve Hastanesi, Mimar Dergisi, 10
- İzmit Özel Konak Hastanesi Örneği Mehmet Burak TAŞERİMEZ FBE Yüksek Lisans Tezi 2008
- J Turk Soc Intens Care 2015;13: 122-128 Yoğun Bakım Ünitelerinde Gürültü Kaynakları ve Gürültü Düzeyleri, Emine Kol, Emine İlaslan, Serpil İnce
- Karadeniz Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hastane Yapılarının İç Mekanlarının Görsel Algı Açısından Değerlendirilmesi Acıbadem Hastaneleri Örneği Yüksek Lisans Tezi Mimar Dilara ONUR 2007
- Kazanasmaz, Z.T. 2003. Sağlık Yapılarında Aydınlatma, Yüksek Lisans Tezi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Kenter, H.M. 2004. Steril ve Temiz Üretim Alanlarının Tasarımında, Tesisat Mühendisi Açısından Dikkat Edilmesi Gereken Konular, 6. International Hvac+R Technology Symposium, İstanbul.
- Kortan, E., (1986) Türkiye’de Mimarlık Hareketleri ve Eleştirisi 1960-1970, Yapı Endüstri Merkezi Yayınları

- Krueger C, Schue S, Parker L. Neonatal intensive care unit sound levels before&after structural reconstruction. MCN Am J Matern Child Nurs 2007; 32: 358-362.
- Kuban, D. (2000). Tarihi Çevre Korumanın Mimarlık Boyutu Kuram ve Uygulama. İstanbul: YEM Yayın.
- Kuruçelik, G. (2009). Hastanelerin Acil Servis Tasarımında Bir Kalite Değerlendirme Modeli, Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon
- Le Corbusier, C. E. J. (1999). Bir Mimarlığa Doğru. İstanbul: Yapı kredi Yayınları.
- Mathis, J. F. (1991). Healthcare Design, Sara O. Marberry.
- Mete Tapan, Soru ve Cevaplarla Koruma, 1. Basım, İstanbul: TMMOB Mimarlar Odası İstanbul Büyükkent Şubesi, 2007, s.141).
- Mutlu, A., "Sağlık binaları ve hastaneler", No 36, Devlet Güzel Sanatlar Akademisi Yayınları, İstanbul, 1973.
- Nart, Duygu. 2015. İstanbul'da Endüstri Yapılarında Gerçekleşen Dönüşümlerin Mekânsal Açıdan İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi
- Önal, F., Önal, B. (2000). Hastane Yapıları Gelişim Süreçleri ve Tasarım İlkeleri Bağlamında Değerlendirilmesi., N. Sarp ve Ö. Evirgen (Editörler). 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı.
- Özdemir Ergüç, G., 2012. Kamu Yararı Kavramı Kapsamında Koruma-Planlama İlişkisinin İncelenmesi: Xanthos Antik Kenti Örneği, Kültür Ve Turizm Bakanlığı Kültür Varlıkları Ve Müzeler Genel Müdürlüğü Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Özel Hastaneler Yönetmeliği ,27.03.2002 tarih ve 24708 sayılı Resmi Gazete , Değişiklikler 13.04.2003/25078 – 14.01.2004/25346 – 03.03.2004 – 28/5/2004/25475 –21.10.2006/26326 – 15.02.2008/26788 sayılı Resmi Gazeteler, 2008.

Öztürk, L., Ünver, R., (2002) “Dünya Tarihinde Sağlık Yapıları”, Tasarım Dergisi, 119

Pugh RJ, Jones C, Griffiths RD. The impact of noise in the intensive care unit. In: Vincent JL, editor. Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine 2007 (Annual Update). New York: Springer; 2007.

Rea, M.S., 2002. Light-Much More Than Vision, 5.Uluslararası Aydınlatma Araştırmaları Sempozyumu, Palo Alto.

Reimer A, Kuehn R. (2005). The Impact of Service Scape on Quality Perception, European Journal Of Marketing, 39(7/8);785-808.

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

Sağlık Hizmeti Pazarlamasında Fiziksel Ortam Bulgularının Önemi Sakin GÖKTAŞI
Mert UYDACI İstanbul Sosyal Bilimler Dergisi, 2018, 19, 45-75

Sungur Ergenoğlu, A., ve Aytuğ, A., (2007) Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi, YTÜ Mim. Fak. E-Dergisi, 2 (1), 44-63.

Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi 3(3), 2015, 425-432, 2015, 21. Ulusal Ergonomi Kongresi Özel Sayısı, okunabilirlik ve erişilebilirlik açısından hastane dolaşım alanlarındaki mekânsal düzenin etkisi Süleyman Demirel Üniversitesi Poliklinikleri, Berna GÜÇ

Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2017 Sayı:27, s.7-21 Hastanelerin Tarihsel Gelişimi Sevil ASLAN Ramazan ERDEM

Şener, M., ve Türkmenoğlu Bayraktar, N., (2016) Sağlık Yapılarında Isıl Performans, Yapı, 418.

T.C. Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hastane yapıları Yüksek Lisans Tezi Aslı ALTAN 2003

- T.C. Beykent Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Sürdürülebilir Tasarım İlkelerinin Sağlık Yapılarını Şekillendirmesi, Fatma DOĞAN, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,2019
- Tasarım Kuram. 2009; 5(8): 116-143 Aydınlatma Kontrol Sistemlerinin Hastanelerde Kullanımı Damla Altuncu, Burak Tansel
- Taş, Y., Hastane Organizasyonlarında Kurumsallaşma Yönelimli Örgüt KültürününStratejik Yönetim Yaklaşımı İle Tasarımı, Doktora Tezi, Kocaeli Üniversitesi SosyalBilimler Fakültesi, Kocaeli, 2002.
- TC Sağlık Bakanlığı (2010) Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu, T.C. Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı
- Tesisat Mühendisliği Dergisi Sayı: 89, s. 27-42, 2005 Hastanelerde İklimlendirme Sistemleri Fevzi ÖZEL, M. Zafer HANÇER
- Tever M . Otel Olarak İşlevlendirilmiş Tarihi Yapıların İncelenmesi Projesi (Tez), İstanbul Marmara Üniversitesi Güzel Sanatlar Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2013.
- Uzunay, S., (2011). Hastane Yapılarının Planlanması ve Hastanelerde Sirkülasyon. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- White, A. (2007). Interpretation and display of ruins and sites. J. Ashurst içinde, Conservation of Ruins. Oxford: Elsevier Limited.
- X. ulusal tesisat mühendisliği kongresi 13/16 nisan 2011/İzmir hastanelerde cam giydirmeye cephe sistemlerinin konfor koşullarına etkisi Esra LAKOT ALEMDAĞ Özlem AYDIN
- Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hastane Genel Kullanım Alanları ve Hasta Yatak Odalarında Kullanıcı Mekan İlişkisi İzmit Seka Devlet Hastanesi ve

Yılmaz, B., 2006. Avrupa Birliği'ne üye bazı ülkelerdeki kültür varlıklarını koruma yaklaşımı, örgütlenme ve Türkiye, Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi Mimarlık Bölümü, Restorasyon Anabilim Dalı, İzmir.

Yolcu, E., Hastanede Hacim Tasarımı ve Donatımında İnsan, Hasta, MobilyaBağlantısı, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1997

Zeithaml VA, Bitner MJ, Gremler DD. (2006), Service marketing. integrating customer focus across the firm. Singapore: Mcgraw Hill.

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi (2017).

