

Sağlığın ve hastalığın sosyolojik coğrafyası

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni ve aynı fakültede 1991 yılında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimini bitirdi. 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi'nde, 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yaptı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2005-2015 arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Eğitim Sorumlusu ve Başhekim olarak görev yaptı. 2008 -2013 yılları arasında Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği görevinde bulunan olan Dr. Ovalı halen İstanbul Medeniyet Üniversitesi öğretim üyesi olup aynı zamanda Rektör Yardımcılığı görevini de sürdürmektedir.

Herhangi bir hizmetin verilmesinden söz edilirken hemen daima “uygun mekân” ve “uygun zaman”dan bahsedilir. Mekânlar, içinde yaşamış olanlar ve yaşayanlarla anlam kazanır. Uzay, insanlarla, eylemlerle nesnelere ve temsil ettikleriyle “mekân” haline gelir. Hatta mekânın kendisi de bu süreçte aktif bir “oyuncu”dur. Mekânlar, yalnızca madden meydana gelmezler, hepsinin öyle veya böyle bir ruhu vardır. Mekân, yalnızca belirli bir yerdeki ölçülebilir mesafelerden oluşmuş değildir. Bunun da ötesinde, insanlarla çevresi arasındaki ilişkiler bağlamında ortaya çıkan kültürel ve sembolik fenomenlerden oluşur (1). Hatta mekânsal ve çevresel etkilerin genler üzerindeki etkilerinin ortaya konmasından ve “yerel biyolojilerin” anlaşılmasından sonra, beden ve mekân ilişkileri üzerindeki genomik etkiler daha fazla önem kazanmıştır (2).

Mekânların sağlık ve tedavi ile ilişkisini inceleyen disipline “sağlık coğrafyası” adı verilir. Sağlık coğrafyasının günümüzde uğraştığı en önemli konuların başında “terapötik mekânlar” gelir. Bu mekânlar, coğrafi bölgelerden başlayarak şehirlere, hastanelere ve hastane odalarına kadar uzanır. Diğer uğraş konuları ise sağlık hizmetlerine mekânsal ulaşım ve bu

hizmetlerden yararlanma oranlarıdır. Sağlık coğrafyasının uğraş alanı, tüm sağlık çalışanlarını etkiler ve sağlık çalışanlarının hastalarla olan “yakınlığı” ve mekânın yarattığı güç ilişkileri “mekân siyaseti”ni meydana getirir.

Binalar, sosyal hayatı stabilize eden mekânlardır. Binalar, kurumları, sosyal ilişkileri ve davranış şekillerini belirler. Britanyalı devlet adamı Winston Churchill'in parlamento binasının bombalanmasından sonra söylediği söz, birçok şeyi açıklar mahiyettedir: “*Biz binalarımızı şekillendiririz, binalarımız da bizi şekillendirir*”. Hastane binaları da bu konseptin dışında değildir. Eskiden beri hastanelerin havadar, çevresi güzel bölgelerde kurulmasına dikkat edilmiştir. Temiz bir havanın yanı sıra, güzel bir manzaranın, iyileşmeye olumlu katkıda bulunduğu kabul edilmiştir. Bu konseptte, hastanelerin iç mekânları da dâhildir. Diğer bir deyişle, hastane mimarisi estetik ve tedavi, güzellik ve iyilik, doğa ve teknolojinin kesişim noktalarında yer almaya başlamıştır. Kanada'da 12 hastanede yapılan bir araştırmada, bekleme salonlarının hepsinde doğa manzaralı resim ve fotoğrafların bulunduğu tespit edilmiştir (3). Bu manzaraların, iyileşme sürecini olumlu etkilediği düşünülmektedir. Hipokrat'ın *Hava, Su ve Mekân Üzerine* adlı eserinde de bu kavramların

yansımalarını bulmak mümkündür. Diğer yandan böyle tablolarla doğanın pasif, hareketsiz ve uzakta resmedilmesi, onu seyreden kişinin doğa üzerinde egemen olduğu izlenimi vermektedir. Bu egemenlik hissi, hastanelerdeki “tıbbi egemenlik” kavramına göndermelerde bulunur. Bu bağlamda insan vücudu, pasif ve hareketsiz doğayı temsil ederken, hekimler ve hastane yönetimi baskınlık kazanmaktadır (3). Diğer bir deyişle, bekleme salonundaki manzara resmi, bir yandan bakan insanları rahatlatırken, bir yandan da modern tıptaki güç ilişkilerinin adeta bir aynası olmaktadır.

Zaman ve mekân, çeşitli şekillerde insanları, deneyimleri, nesnelere ve mekânları birbirine bağlar. Zaman ve mekân kısıtlı olsa da, tıbbi uygulamalar zaman ve mekâna sıkı sıkıya bağlıdır. Tıbbi mekânların prototipi ise hastanelerdir. Eskiden evlerde veya farklı mekânlarda yapılan birçok tıbbi uygulamanın modern zamanlarda hastanelere taşınması ile birlikte hastane mimarisi de farklılaşmaya başlamıştır. İnsan, hastalık ve sağlık ilişkilerinin değişmesiyle birlikte hastalar da kendi yaşadıkları mekânlardan kopararak, bir takım “modüllerin” (muayene odaları, bekleme odaları, laboratuvarlar, ofisler vb.) içine adeta hapsolmuşlardır (4). Buralarda zaman ve mekân, randevular ve muayene odaları ile “hayattan”

Günümüzde Batı'daki birçok hastaneye alışveriş merkezi, otel ve ev konseptlerinin yerleştirilmiş olduğunu görürüz. Yeni yapılanmada hastanenin en önemli idarecilerinden birisi "otelcilik müdürü" olmakta, hastaneler "eve benzediği oranda" iyi hastane olduklarını ima etmektedir. Çiçekli duvar kâğıtları ve yumuşak mobilyalar, hastaların yabancılik çekmesini önlemeye yöneliktir. Bu durumda tıp bir "iş" haline, "tıbbi bakım" bir "meta" haline, hastalar ise "müşteri" haline gelmekte; mimari çözümler de buna göre düzenlenmektedir.



ayrılmıştır. Aslında bu tıbbi mekânların "sağlığının" da ayrıca irdelenmesinde fayda vardır. Aslında hastaneler bir yandan da insanların bir araya geldiği, sosyalleştiği, birbiriyle dertleştiği ve iletişim kurduğu mekânlar olarak da düşünülebilir. Hastane kuyruklarında edinilen dostluklara ilişkin birçok hikâye dinlemiştir.

Eskiden şifa bulmak üzere gidilen şifahaneleri, modern zamanlarda "hastahane"lere dönüştürdüğümüzden olsa gerek, sanki şifa bulma ümidini bırakıp hastalıkların ve hastaların bol bulunduğu -şifanın esamesinin okunmadığı- mekânlara mahkûm olduk. Bu cümleye hemen itiraz edecekler çıkacaktır. Ancak bu durum; deri kaplı koltuklar, parlak zeminler, neon ışıklarıyla süslü günümüz hastanelerinin şifa üretme verimliliğinin ne kadar olduğu

sorusunun cevabını vermekte zorlanmamızı hiç de kolaylaştırmayacaktır. Çünkü yapılan birçok çalışmada, zemin materyalinin, gürültü, ışık düzeyinin, tek kişilik odaların, havalandırma sistemi ve gün ışığına erişimin, pencere konumlarının ve yeşilliklere bakmanın, hastanede yatanların sağlığını etkilediği ortaya konmuştur (5, 6). Diğer yandan sosyolojik olarak bakıldığında, sosyal yapılarla fiziksel yapılar arasında kimlik ve iktidar ilişkileri bağlamında bir bağ olduğu kesindir. Hillier'e göre binaların "derin yapısı", insanları bir araya getirme veya ayırıştırma potansiyeline sahiptir (7). Dolayısıyla binaların içine "gömülmüş" anlamlar bulunur ve bireylerin yaşamları ve hareketleriyle ortaya çıkan "mekânın kafiyesi" ilişkilerimize anlam katar. Gieyn'e göre, "mekâna saygılı sosyoloji", sosyolojiyi değişik bir bakış açısıyla ele alır ve sosyologların haritalar, planlar,

fotoğraflar, tuğla, beton ve çimenler ile daha fazla haşır-neşir olması gerekir (8). İnsanların duygularını etkileyen ve mekân hakkında fikir oluşturmasını sağlayan "anlık görüntüler" mekânın ruhunu oluşturur.

Terapötik mekânlar kavramının içinde insanların tedavi oldukları bölgeler, şehirler ve hastaneler yer almaktadır. Bu çevresel algı, hasta güvenliğini de önemli hale getirmektedir. Örneğin steril veya steril olmayan işlerin yapılacağı mekânların planlanması ve yapılandırılması, hasta güvenliği ile yakından ilişkilidir. Bu bağlamda mekânsal ilişkiler, hasta güvenliği yaklaşımlarını da doğrudan etkiler. Nitekim özellikle yoğun bakım gibi özellikli ünitelerde yatakların konumlanmasından muslukların yerlerine, pencerelerden duvar boyasına, yer döşemesinden ses ve ışık izolasyonuna kadar mekân

Sağlık ve hastalık telakkileri hastane mimarisine nasıl yansır? Bu binaların içinde, kişisel ilişkiler, tıbbi pratikler ve sosyo-teknik uygulamalar nasıl gerçekleşir? Bu binalar, sosyal sınıfları ve bölümlenmeleri nasıl etkiler? Mimarlar; hastane binaları tasarlarlarken kendilerini ne kadar hasta, personel, müşteri veya ziyaretçi yerine koyarlar? Mimarların tıbbi ve hastane bilgilerinin kaynağı ve düzeyi nedir? Sami Zan Hocamızın deyimiyle, 3 gün hastanede yatmamış mimarların hastane planı çizmesi ne kadar doğrudur?

yapılanmaları ve ilişkileri en ince ayrıntısına kadar kurallara bağlanmış ve kalite yönetim sistemlerince güvence altına alınmıştır. Yani bu mekânlar, yalnızca içinde dolaşılabilir ve yaşanılan pasif hacimler değil, hasta güvenliğine katkıda bulunan "aktif" aktörlerdir.

Binalar, yalnızca toplumun birer sembolü değildir. Binaların yarattığı ve düzenlediği mekânlar vasıtasıyla bizler de toplumu "tanırız". İnsanların aile ilişkileri, anne-baba rolleri ve vatandaşlık vizyonları, mimari formlarla ifade edilebilir ve yönlenebilir. Mimari çevre, sağlık ve tıp alanındaki bilgileri, ideolojileri ve fikirleri açığa çıkarırken, onları kullananları da derin bir şekilde etkiler. Özellikle psikiyatri ve çocuk hastaneleri ile hospis bakımı veren kuruluşların terapötik mekâna sahip olmalarının kullanıcılar açısından faydaları ortaya konmuştur (9, 10). Hastanelerin "ev ortamına" benzetilmesi veya evin "hastane ortamına" benzetilmesi çalışmaları istenilen sonuçları vermemiştir (11). Mekânın planlanması; yalnızca çevrecilerin, mimarların veya tarihçilerin işi değil, aynı zamanda sosyologların da işidir. Brandt ve Sloane'nın dedikleri gibi, "Tıbbi değerler, hastane duvarlarında ve mekân planlamalarında yazılıdır" (12). Örneğin 19. yüzyıl hastane mimarisi, o dönemdeki hastalıkların nedenleri

ve tedavi yöntemlerini yansıtacak şekilde, içlerinde tıbbi bilgileri hapseden arkeolojik kalıntılar şeklindedir (13). Bu dönemde yapılan pavyon (blok) şeklindeki binalarda, hava ve ışık giriş-çıkışını kolaylaştıracak şekilde geniş pencereler yapılmış, tuvaletler, kötü kokuların çıkması için çıkışlara yakın bir konumda yerleştirilmişti. Bu tasarım, o dönemde revaç bulan miasmik hastalık teorilerine uygun bir yerleşimdi.

Günümüzde hastane dizaynı, Rönesans'ın saraymsı yapılarından her bilim dalını içeren panoptikal modele doğru bir geçiş göstermiş, modern devasa hastaneler ortaya çıkmıştır. (14, 15). Ülkemizde de geçmiş yıllarda yapılmış olan Vakıf Gureba Hastanesi, Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane binası ve daha sonra yapılan Haydarpaşa Numune Hastanesi gibi heybetli binalardan günümüz mimarisine geçiş sürecini gözlemlemek bu konuda fikir verebilir. Tıptaki gelişmelere ve değişimlere paralel olarak hastaneler de "anatomik sistemlere" veya "hasta gruplarına" göre ayrılmaya başlamıştır. Örneğin 18. yüzyılın ikinci yarısından itibaren hastalar yaş gruplarına göre ayrıştırılmaya başlanmış, pediatri uzmanlık alanının ayrılmasıyla birlikte çocuklar da ayrı "çocuk hastanelerinde" bakılmaya başlanmıştır. Dünyada çocuklar için yapılan ilk hastane olan Londra'daki Great Ormond Street Hospital'in 1852'de açılmasından sonra 1899 yılında Sultan II. Abdülhamit'in emriyle ülkemizde de çocuklar için ilk hastane olan Şişli Etfal (Çocuklar) Hastanesi açılmıştır. Bunun yanında akıl hastalığı olanlar için de ayrı hastane binaları yapılması gündeme gelmiş, bu binalarda hastaların kontrolüne uygun mimari çözümler üretilmiştir. Ancak zamanla, "delilik" kavramından "akıl hastalığı" kavramına geçiş yapıldığı için, hastanelerin yerini bu kez gündüz bakım evleri almıştır. Diğer yandan 19. Yüzyılda Batı'daki hastaneler, çeşitli vakıflar tarafından sübvansede ediliyor ve bu hastanelerde değişik sosyokültürel ve etnik zeminlerden gelen hastaların farklı binalarda bakıldığı da oluyordu (12). Böylece, her vakfın dayandığı temellere veya hedeflerine göre farklı yapılar ortaya çıktığı gibi, farklı hasta grupları için de farklı mimari tarzlar geliştirilmişti. 20. yüzyılın ikinci yarısında ise hastanelerde "yatay ve dikey kibrit kutusu" modeli benimsendi. Bu dönemde tüm hastalar ve hastalık grupları için ortak kullanılan yatay bir binanın üzerinde kuleler şeklinde çıkan hasta koşuollarının yapıldığı binalar ortaya çıktı. İngiltere'de savaş sonrası yapılan birçok hastane, yaklaşık 1000 metre kareye oturan, haç işareti şeklinde merkezi olan ve üç katlı bir bina olarak tasarlanmıştı ve gerektiğinde aynı sistem tekrarlanıyordu. Bu yeni yapı şekli, uzman hekimler başta olmak üzere birçok masrafin azalmasına neden olmuştur. Diğer bir deyişle,

minimum masraf yapılarak maksimum fayda sağlanmaya çalışılmıştır (16). Tabii ki hastanelerin kâr etmelerinin tek nedeni, bu mimari çözümler değildir. Ancak hastane dizaynının verimliliğe etkisi olduğunu kabul etmek gerekir.

Hastane dizaynları; ekonomik, profesyonel, demografik ve teknolojik güçler tarafından ciddi değişimlere maruz kalabilir (17). Böylece hastaneler çağdaş önceliklerin, teorilerin ve tercihlerin somut göstergeleri olarak ortaya çıkar. Örneğin bireyselliğin ve kişisel hakların öne çıkması ile birlikte hastanelerde de "hasta-merkezli" bakım ön plana çıkmış, hastane yapılarının da bu konseptte göre düzenlenmesi gündeme gelmiştir. Bu bağlamda, kişilerin psikososyal ihtiyaçları hastanelerde ön planda ele alınmaya başlanmış, karar verme süreçlerinde kişilere daha fazla haklar verilmiş ve doktor-hasta ilişkilerinde devamlılık sağlanmıştır. Birçok kişi, hastanelerin en son medikal teknolojiyle donatılmasını ve en iyi tedaviyi sunmasını arzu ederken aynı anda hastane binasının da umut, iyilik ve şefkat hissi vermesini tercih etmiştir. İyi bir mimari, başarılı bir tedavinin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu binalar makineler için değil, insanlar için yapılmaktadır. Bazı mimarlar, insani boyutu vurgulamak için çok uzun koridorlardan ve sonsuz gibi görünen oda numaralarından kaçınmak gerektiğini öne sürmüştür. Hasta odaklı yaklaşımın gereklilikleri olarak 3 nokta öne çıkmıştır: 1) Tedavide kullanılan aletlerin göz önünde olmaması, gizlenmesi, 2) Hastalara konsierj hizmeti verilmesi 3) Hasta-hekim ilişkilerinde yumuşak bir dilin kullanılması.

1) Hastane alanı, görünür olan ve olmayan olarak iki alanda düşünülebilir. Bu duruma "Disneyland konsepti" adı verilir. Disneyland konseptinde, parklardaki her şey fantastik bir dünya izlenimi verirken bu fonksiyonları gören karmaşık ve teknolojik aletler, makineler ve altyapı ortalıkta görünmez. Hastanelerde de birçok tıbbi cihaz, teknik personel ve aletler gözlerden uzaktır. Kliniklerin yerleri, asansörlerin pozisyonu, girişler ve çıkışlar hep bu konseptte göre şekillendirilir. Odaların içinde yer alan oksijen ve aspiratör çıkışları ve elektrik prizleri bile kapalı dolaplar içine gizlenmiştir ve gerektiğinde açılarak kullanılır. Tedavi odaları, tıbbi cihazlar, personel odaları her katta merkezi bir çekirdeğin içinde bulunur ve tanımlanmamış, kapalı kapılar ardında yer alır. Odaların tabelasız ve penceresiz olması, çevredekilerin içerde ne olup bittiğini öğrenmesini engeller. Buna karşılık, "görünür" halde olan koridorlar, hasta odaları ve açık koşuollar daima temiz tutulur, buralarda herhangi bir tedavi arabası veya başka alet veya ekipman bulunmaz. Dolayısıyla hastane alanının ancak yarısı gerçek hasta

bakımına ayrılır. Görüşmeler genellikle merkezi çekirdek içinde gerçekleştirildiği için koridorlar genellikle boştur. Hastaların ve personelin kullandığı asansörler ayırıcı ve ihtiyaçtan daha fazladır. Hastane giriş lobileri ise büyük, görkemli ve şiktir ve adeta bir müze veya tiyatro lobisine benzer. Böylece aslında, hastane "hastaneye benzemez" ve birçok insan da bunu ister. Çoğu kişi kendini evde veya oteldeymiş gibi hisseder ve bundan memnun olur. Bu durum belki de günümüzde insanların bireysellik yanında "görüntüye", "görünür olana" verdikleri önceliklerin bir sonucudur.

2) Konsierj: Tüm bu "anti-hastane" yaklaşımlara ek olarak, hastanelerde artık otellerdeki gibi "müşteri ilişkileri" servisleri devreye girmiştir. Bu kavramın temel bileşenleri, tek kişilik hasta odaları, oda servisleri ve diğer otelcilik hizmetleridir. Hastalar ve aileler servise geldiğinde buyur edilir, çay kahve ikram edilir, odaları gösterilir, özel istekleri (battaniye, yastık vb.) olup olmadığı sorulur ve her türlü şikâyetlerine anında yanıt verilir. Ancak bu durum bazı hemşirelerin kendilerini hemşireden çok kat görevlisi olarak görmelerine ve şikâyet etmelerine yol açmıştır.

Tek kişilik hasta odaları en önemli öğedir. Bu odalar en az 30 metrekare büyüklüğündedir ve içinde oturma odası mobilyaları, banyo, televizyon, radyo, kablosuz internet, refakatçi koltuğu ve geniş bir alan bulunur. Ziyaret saatleri kısıtlı değildir. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları, hasta ve ziyaretçilerin isteklerine hangi hızda yanıt verdiklerine bakılarak değerlendirilir. Çalışanların formları da daha şık ve çekicidir. Yemekler, hastanın isteğine göre verilir. Bu işleri yapacak olan personel de özel eğitimden geçirilir. Bu eğitim genellikle otel personellerine verilen eğitime benzer. Örneğin "hastaneye gelen herkese gülümsemek", "ilişki kurduğunuz herkese karşı nazik olmak" gibi özellikler istenir.

3) Hasta merkezli bakımın ayrılmaz bir parçası olarak hastalarla ve ziyaretçilerle ilgili iletişim teknikleri personele öğretilir. Yönetim, belirli aralıklarla hastalarla yaptığı anketler ve geri bildirimler vasıtasıyla personelinin değerlendirir.

Hasta merkezli olmanın bir sonucu olarak, hemşireler, hekimler ve diğer hekimler için ayrılan özel alanlar ve toplantı odaları giderek azalmaktadır. Elektronik hasta kayıtları ve elektronik iletişim gibi olanakların artması da bu eğilimi kuvvetlendirmektedir. Ancak hasta bakım kalitesinin artırılması ve hasta güvenliğinin sağlanması için, personelin birbiriyle olan iletişimi hayati öneme sahiptir ve bu durumun mimarlar tarafından anlaşılması gerekir. Tek

yataklı odaların enfeksiyon kontrolü açısından faydalı olacağı öne sürülse bile tüm bu mimari özelliklerin hasta bakımına olan etkileri konusunda yapılan çalışmalar son derecede azdır. (18, 19). Bazıları tarafından terapötik olarak kabul edilen bu çevresel değişiklikler, bazıları tarafından anlamsız veya istenmeyen olarak da kabul edilebilir.

18 ve 19. yüzyıldaki dini kaynaklı mimarinin aksine, günümüzde Batı'daki birçok hastaneye alışveriş merkezi, otel ve ev konseptlerinin yerleştirilmiş olduğunu görürüz. Bu hastane mimarisi, ülkemizde de giderek yaygınlaşmaktadır. Her hastane içinde, kafeleriyle birlikte küçük bir alışveriş merkezi bulunmaktadır. Yeni yapılanmada hastanenin en önemli idarecilerinden birisi "otelcilik müdürü" olmakta, hastaneler "eve benzediği oranda" iyi hastane olduklarını ima etmektedir. Çiçekli duvar kâğıtları ve yumuşak mobilyalar, hastaların yabancılaşma çökmesini önlemeye yöneliktir. Bu durumda tıp bir "iş" haline, "tıbbi bakım" bir "meta" haline, hastalar ise "müşteri" haline gelmekte; mimari çözümler de buna göre düzenlenmektedir. Bu yapılanmalarla birlikte çağdaş hastaneler, "insan ölçeğinde" etkili ve prestijli binalar olmakta ve insanlara "ümit", "tedavi olma" ve "insan olma" duygusu vermektedir. Bir hastanın deyimiyle "Bu hastanenin güzel tarafı, hastaneye benzer hiçbir tarafının olmamasıdır". Ancak tüm bunlara rağmen, hastane mimarisinin her kültürde ve her toplumda farklı biçimler aldığı unutmamak gerekir.

Sağlık ve hastalık telakkileri hastane mimarisine nasıl yansır? Bu binaların içinde, kişisel ilişkiler, tıbbi pratikler ve sosyo-teknik uygulamalar nasıl gerçekleşir? Bu binalar, sosyal sınıfları ve bölümlenmeleri nasıl etkiler? Tüm bu ilişkiler, gelişen süreç içinde aynı binada nasıl farklı yansımalar neden olur? Mimarlar; hastane binaları tasarlarlarken kendilerini ne kadar hasta, personel, müşteri veya ziyaretçi yerine koyarlar? Mimarların tıbbi ve hastane bilgilerinin kaynağı ve düzeyi nedir? İnsan bedenini, birbirinden ayrı sistemler olarak gören görüşlere karşı bütüncül olarak gören görüşlerin, bedeni tedavi etme ve değerlendirme yöntemleri ve buna yönelik yapılanmaları da farklı olmalıdır? Eski bir hocamızın deyimiyle, "3 gün hastanede yatmamış mimarların hastane planı çizmesi ne kadar doğrudur?" (Sami Zan).

Bu soruların doğru cevaplarını bulmak zordur ve zaman içinde de değişir. Ancak kişisel ve toplumsal sağlığın korunması için bu sorulara uygun cevaplar bulunmadan yapılacak mekân planlamalarının eksik ve yetersiz olacağını da bilmek gerekir.

Kaynaklar

- 1) Andrew GJ, Moon G. Space, place and the evidence base: part I. An introduction in health geography. *Worldviews on Evidence Based Nursing* 2005; 2: 55-62
- 2) Shostak S. Locating gene environment interaction: At the intersections of genetics and public health. *Social Sci Med* 2003; 56: 2245-2247
- 3) Evans JD, Crooks VA, Kingsbury PT. Theoretical injections: on the therapeutic aesthetics of medical spaces. *Social Science Medicine*; 2009; 69: 716-721
- 4) Marin W, Baum F, Kalucy E, Murray C, Veale B. The power of place: space and time in women's and community health centers in South Australia. *Social Science and Medicine* 2000; 50: 1863-1875
- 5) Daykin N, Byrne E, Soteriou T, O'connor S et al. The impact of art, design and environment in mental healthcare: a systematic review of the literature. *Perspectives in Public Health* 2008; 128: 85-94;
- 6) Lawson B, Phiri M, Wells-Thorpe J. The architectural healthcare environment and its effects on patient health outcomes: a report on an NHS estatis funded research Project. London; Stationery Office, 2003
- 7) Hillier B. Space is the machine. A configurational theory of architecture. Cambridge, Cambridge University Press 1996
- 8) Gieyn T. A space for place in sociology. *Annual Rev Sociol* 2000; 26: 463-96
- 9) Curtis S, Geler W, Fabian K, Francis S. Therapeutic landscapes in hospital design: a qualitative assessment by staff and service users of the design of a new mental health inpatient unit. *Environment and Planning C. Government and Policy* 2007; 25: 591-610
- 10) Adams A, Theodore D, Goldenberg E, McLaren C. Kids in the atrium: comparing architectural intentions and children's experiences in a pediatric hospital lobby. *Social Science and medicine*. 2010; 70: 658-67
- 11) Hockey J. The ideal of home: domesticating the institutional space of old age and death. In: Chapman T, Hockey J (eds) *Ideal Homes? Social change and domestic life*. London. Routledge 1999
- 12) Brandt AM, Sloane DC. Of beds and benches: building the modern American hospital. In: Galison P, Thompson E (eds) *The Architecture of Science*. Cambridge, MIT Press 1999
- 13) Prior L. The architecture of the hospital: a study of spatial organization and medical knowledge. *British J Sociol* 1988; 39: 86-113
- 14) Prasad S (ed). *Changing hospital architecture*. London, RIBA 2008
- 15) Verderber S. *Innovations in hospital architecture*. New York, Routledge 2010
- 16) Monk T. *Hospital Builders*. Chichester: Wiley Academy, 2004
- 17) Rosenberg CE. *The care of stranger: The rise of America's hospital system*. Baltimore, MD. The Johns Hopkins University press 1995.
- 18) Dettenkofer M, Seegers S, Antes G, Motschall E, Schumacher M. Does the architecture of hospital facilities influence nosocomial infection rates? A systematic review. *Infection control and hospital epidemiology*. 2004; 25: 21-25
- 19) Van de Gling, de Roode S, Goossensen A. Do patients in hospitals benefit from single rooms? A literature review. *Health Policy* 2007; 84: 153-161