T.C.

YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDETİN ÖNLENMESİNDE MEKÂN TASARIMININ ETKİSİ

Ayşenur ÇELİK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mimarlık Anabilim Dalı

Mimari Tasarım Programı

Danışman

Doç. Dr. Feride Pınar ARABACIOĞLU

Mart, 2024

T.C.

YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDETİN ÖNLENMESİNDE MEKÂN TASARIMININ ETKİSİ

Ayşenur ÇELİK tarafından hazırlanan tez çalışması 13.03.2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Mimarlık Anabilim Dalı, Mimari Tasarım Programı **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Feride Pınar
ARABACIOĞLU
Yıldız Teknik Üniversitesi
Danışman

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Feride Pınar ARABACIOĞLU, Danışman
Yıldız Teknik Üniversitesi _____

Doç. Dr. Selin YILDIZ, Üye
Yıldız Teknik Üniversitesi _____

Dr. Öğr. Üyesi
Aslı Pınar BİKET, Üye
Beykent Üniversitesi _____

Danışmanım Doç. Dr. Feride Pınar ARABACIOĞLU sorumluluğunda tarafımca hazırlanan "Sağlık Kurumlarında Şiddetin Önlenmesinde Mekân Tasarımının Etkisi" başlıklı çalışmada veri toplama ve veri kullanımında gerekli yasal izinleri aldığımı, diğer kaynaklardan aldığım bilgileri ana metin ve referanslarda eksiksiz gösterdiğimi, araştırma verilerine ve sonuçlarına ilişkin çarpıtma ve/veya sahtecilik yapmadığımı, çalışmam süresince bilimsel araştırma ve etik ilkelerine uygun davrandığımı beyan ederim. Beyanımın aksinin ispatı halinde her türlü yasal sonucu kabul ederim.

Ayşenur ÇELİK

İmza

Aileme

ve

eşime

TEŞEKKÜR

Tezim üzerinde çalışırken, konumun gelişiminde, içeriğin şekillenmesinde ve çalışma planımın oluşturulmasında bana değerli görüşleriyle rehberlik eden, akademik bilgi birikimi ve tecrübesiyle çalışmama büyük katkılar sağlayan, her zaman destekleyici bir tutumla yanımda yer alan danışmanım Doç. Dr. Feride Pınar ARABACIOĞLU'na

Bu yolculukta, tanıştığımız ilk gününden itibaren hayatımın her köşesini aydınlatan, maddi ve manevi varlığıyla bana güç veren, her adımda teşvik edici sözleri ve koşulsuz desteğiyle yanımda duran çok sevdiğim sevgili eşim Oğuzhan ÇELİK'e

Yüksek lisans eğitimim süresince bana her zaman destek olan, zor zamanlarımda yanımda olan ve başarıma katkıda bulunan tüm aile bireylerime ve arkadaşlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Ayşenur ÇELİK

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR **v**
KISALTMA LİSTESİ **ix**
ŞEKİL LİSTESİ **x**
TABLO LİSTESİ **xi**
ÖZET **xii**
ABSTRACT **xiv**
1 GİRİŞ **1**
1.1 Literatür Özeti 1
1.2 Tezin Amacı 3
1.3 Hipotez 3
2 SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDET **4**
2.1 Şiddet 4
2.2 İş Yerinde Şiddet 5
2.2.1 İş Yerinde Şiddetin Türleri 7
2.3 Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Kurumlarında Şiddetin Boyutu 9
2.3.1 Sağlık Kurumlarında Şiddetin Dağılımı ve Görüldüğü Alanlar 14
2.3.2 Şiddeti Uygulayanların Özellikleri 18
2.3.3 Şiddetin Hedefi Olan Çalışan Profili 19
2.3.4 Poliklinikler ve Acil Servis Arasındaki Şiddet İlişkisi 21
2.4 Sağlık Kurumlarında Şiddetin Kaynağı ve Nedenleri 22
2.4.1 Sağlık Kurumlarında Şiddetin Kaynağına Dair Etiyolojik Yaklaşımlar 23
2.4.2 Zayıflayan Hasta-Doktor ilişkisi 25
2.4.3 Kurumsal Sorunlar 26
2.4.4 Medya 27
2.4.5 Kültürel Dinamikler 28
2.5 Sağlık Kurumlarında Şiddetin Olumsuz Etkileri ve Sonuçları 29
2.5.1 Mağdurda Yarattığı Psikolojik ve Fiziksel Sonuçlar 29

2.5.2 İşyerinde Şiddetin Ekonomik Maliyeti 31

2.6 Sağlık Kurumlarında Şiddeti Önleme ve Müdahale 33

3 MİMARİNİN ALGI ÜZERİNDEN ŞİDDET EĞİLİMİNE ETKİSİ 35

3.1 Mekân Algısı 35

3.1.1 Mekânda Algı Türleri 37

3.2 Mimarinin İnsan Psikolojisi Üzerinden Şiddet Eğilimine Etkisi 41

3.2.1 Duyguların ve Algının Oluşumu, Tepkisel Davranışların Fizyolojisi 42

3.2.2 Öfke ve Diğer Negatif Duyguların Şiddet ile İlişkisi 44

3.2.3 Mimarinin Algı Üzerinden Şiddet Eğilimine Etkisi 46

4 SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDETİN ÖNLENMESİNDE MEKÂN TASARIMININ ETKİSİ 49

4.1 Sağlık Kurumları Mekânsal Özellikleri 49

4.1.1 Hastaneler 50

4.1.2 Hastane Birimleri ve Mekân Organizasyonu 51

4.1.3 Poliklinikler (Muayene Odaları) 53

4.1.4 Poliklinik Bekleme Alanları 58

4.2 Poliklinik ve Poliklinik bekleme alanlarında şiddetin önlenmesinde mekânsal tasarımın etkisi 61

4.2.1 Renk 62

4.2.2 Ses ve Gürültü 68

4.2.3 Koku ve Hava Kalitesi 72

4.2.4 Aydınlatma 75

4.2.5 Malzeme ve Donatılar 77

4.2.6 Form 81

4.2.7 Güvenlik Algısı 83

4.2.8 İnsan Yoğunluğu 84

4.3 Mevcut Poliklinik ve Poliklinik Bekleme Alanlarının Değerlendirilmesi . 87

5 SONUÇ 91

KAYNAKÇA 98

TEZDEN ÜRETİLMİŞ YAYINLAR **105**

KISALTMA LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
CIE	International Commission on Illumination
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FGI	Facility Guidelines Institute
GSR	Galvanic Skin Response
ICN	International Council of Nurses
ILO	International Labour Organization
NHS	National Health Service
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development
PSI	Public Services International
TTB	Türk Tabipler Birliği
WHO	World Health Organization
YÖK	Yükseköğretim Kurulu

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1 Mekanın Duyum Aşaması **36**
Şekil 3.2 New York Paley Park **39**
Şekil 3.3 Duygudurumun oluşumu **43**
Şekil 3.4 Tepkisel davranışların oluşumu **44**
Şekil 3.5 Öfke **45**
Şekil 3.6 Olumlu mimari uyaranların davranışlara etkisi **47**
Şekil 4.1 Hastane bölümler arası ilişki matrisi **52**
Şekil 4.2 Poliklinik (muayene odası) planı **54**
Şekil 4.3 Muayene odası ve doktor odası birleşik poliklinik düzeni **55**
Şekil 4.4 Muayene odası ve doktor odası ayrı poliklinik düzeni **55**
Şekil 4.5 Radboudumc tıp merkezi ana binası poliklinik planı **56**
Şekil 4.6 Poliklinik planı **57**
Şekil 4.7 Poliklinik önü, sirkülasyon üzeri bekleme alanı **60**
Şekil 4.8 Polikliniklerden ayrı, niş şeklinde planlanmış bekleme alanı **60**
Şekil 4.9 Polikliniklerin merkezinde bulunan bekleme alanı **60**
Şekil 4.10 Sıcak ve soğuk renkler **63**
Şekil 4.11 Radboudumc tıp merkezi ana binası bekleme alanı **65**
Şekil 4.12 Radboudumc tıp merkezi ana binası **66**
Şekil 4.13 Radboudumc tıp merkezi ana binası poliklinik odası **68**
Şekil 4.14 Radboudumc tıp merkezi ana binası **76**
Şekil 4.15 Hastane girişindeki kontrolsüz X Ray cihazı **84**
Şekil 4.16 Mevcut poliklinik ve bekleme alanlarının plan şeması **88**
Şekil 4.17 Önerilen poliklinik ve bekleme alanlarının katmanlı plan şeması **93**

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1 Bazı ülkelerde sağlık çalışanlarına şiddet olgularının, şiddet türlerine göre dağılımı**……..10**

ÖZET

Sağlık Kurumlarında Şiddetin Önlenmesinde Mekân Tasarımının Etkisi

Ayşenur ÇELİK

Mimarlık Anabilim Dalı

Mimari Tasarım Programı

Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Doç. Dr. Feride Pınar ARABACIOĞLU

İnsanlık tarihi boyunca var olan şiddet olgusu, günümüzde toplumun her kesimine yayılmış ve özellikle sağlık sektöründe ciddi bir sorun haline gelmiştir. Bu durum küresel bir boyut kazanarak, sağlık çalışanlarının hem mesleki hem kişisel refahını olumsuz etkilemiştir. Şiddet, bir eylem olarak incelendiğinde, zihinsel bir süreç olarak başlar, psikolojik dinamiklerle şekillenir ve sonuç olarak davranışsal bir tepki ile sonlanır. Bu bağlamda, mimari tasarımın unsurları, şiddetin zihinsel sürecinin evrimini etkileyebilir ve bu süreç tamamlanmadan, olumlu uyaranlar aracılığıyla şiddet eğilimini önleyebilir. Mimari tasarım, özellikle sağlık kurumları gibi şiddet riski yüksek ortamlarda hem şiddeti azaltma hem de çalışanlar ile hastaların psikolojik refahını iyileştirme potansiyeline sahip olabilir. Bu yaklaşım, sağlık çalışanlarının güvenliğini ve hastaların tepkisel davranışlarını iyileştirmek için, mimari tasarımın insan psikolojisiyle olan ilişkisini merkezine alarak yeni çözümler geliştirmektedir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet üzerine yapılan araştırmalar, şiddetin özellikle acil servisler ve poliklinik birimlerinde yoğunlaştığını göstermektedir. Polikliniklerdeki işleyiş bozukluklarından kaynaklanan yoğunluğun acil servise yansıması ve bu durumun da acil servisteki

şiddet olaylarını arttırma ihtimali göz önünde bulundurularak, özellikle hastanenin temel birimleri olan poliklinik ve poliklinik bekleme alanları üzerine odaklanılmıştır. Polikliniklerde uzun bekleme süreleri, yetersiz ilgi algısı, kalabalık, mahremiyet eksikliği, doktor-hasta arasındaki iletişim kopukluğu ve stresli hasta ile hasta yakınlarının oluşturduğu gerginlik gibi şiddetin nedenlerini önlemek amacıyla; renk, hava kalitesi, gürültü seviyesi, form ve malzeme gibi çeşitli bileşenlerin psikolojik refahı destekleyecek şekilde tasarlanması, polikliniklerin ve bekleme alanlarının daha huzurlu ve güvenli hale getirilmesine katkıda bulunurken aynı zamanda sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önleyebilir.

Çalışmanın sonunda önerilen üç katmanlı mimari düzenleme, sağlık tesislerindeki poliklinik ve bekleme alanlarının yeniden yapılandırılmasını içermekte, doktor-hasta ilişkisinin güçlendirilmesi, hasta mahremiyetinin sağlanması, sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınlarının stres seviyelerinin düşürülmesi amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, sağlık kurumlarında şiddet, poliklinik, mekân algısı, mekân tasarımı

ABSTRACT

The Impact of Space Design on Preventing Violence in Healthcare Facilities

Ayşenur ÇELİK

Department of Architecture

Master of Science Thesis

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Feride Pınar ARABACIOĞLU

Throughout human history, the phenomenon of violence has existed and, in contemporary times, has permeated every segment of society, becoming a significant issue, particularly within the healthcare sector. This situation has taken on a global dimension, adversely affecting both the professional and personal well-being of healthcare workers. When examined as an action, violence begins as a mental process, is shaped by psychological dynamics, and culminates in a behavioral response. In this context, elements of architectural design can influence the evolution of the mental process of violence and can prevent tendencies towards violence through positive stimuli before this process concludes. Architectural design, especially in environments with a high risk of violence such as healthcare facilities, may have the potential to both reduce violence and improve the psychological well-being of both workers and patients. This approach develops new solutions by focusing on the relationship between architectural design and human psychology, aiming to enhance the safety of healthcare workers and the reactive

behaviors of patients. Research on violence towards healthcare workers indicates that violence is particularly concentrated in emergency departments and outpatient units. Considering the potential for operational dysfunctions in outpatient clinics to overflow into emergency services and thereby increase incidents of violence in these settings, a focus has been placed specifically on the hospital's core units: the outpatient clinics and their waiting areas. To prevent causes of violence such as long waiting times, perceptions of inadequate attention, overcrowding, lack of privacy, communication breakdowns between doctors and patients, and tension created by stressed patients and their relatives, designing these spaces to support psychological well-being through various elements such as color, air quality, noise level, form, and material can contribute to making outpatient clinics and waiting areas more peaceful and secure, while also preventing violence towards healthcare workers.

The study concludes with a proposed three-tier architectural adjustment that entails the restructuring of outpatient and waiting areas in healthcare facilities, aiming to strengthen doctor-patient relationships, ensure patient privacy, and reduce stress levels among healthcare workers, patients, and their relatives.

Keywords: Violence, violence in healthcare institutions, polyclinic, perception of space, space design

1
GİRİŞ

Dünya genelinde şiddet ve saldırganlık vakalarındaki artış, toplumun temel yapılarını ve bireylerin günlük yaşamlarını derinden etkilemektedir. Bu artış, işyerlerinde, özellikle de sağlık sektöründe ciddi boyutlara ulaşarak dikkat çekici bir sorun haline gelmiştir. Yapılan araştırmalar, sağlık sektöründe alınan önlemlerin ve müdahale yöntemlerinin genellikle şiddet olayları sonrası odaklı olduğunu, zararın azaltılması, mağdurların desteklenmesi ve benzer durumların tekrarının önlenmesi amacını taşıdığını göstermektedir. Ancak, bu yaklaşım şiddet olaylarının kök nedenlerine yönelik proaktif çözümleri yeterince ele almamaktadır, bu durum da sağlık kurumlarında şiddet vakalarının önlenmesinde etkili bir strateji geliştirilmesinin önündeki en büyük engellerden biri olarak görülmektedir.

Mimarlık disiplini, bu sorunun çözümünde önemli bir rol oynayabilir. Mimarlık, hasta ve hasta yakınlarının mekânı algılama biçimlerini olumlu yönde etkileyerek, beklemek zorunda kaldıkları süreleri subjektif olarak daha kısa hissetmelerini sağlayabilir. Ayrıca, mimari tasarım, hasta ve doktor arasındaki iletişim sürecini etkinleştirme ve hastalar ile yakınlarının yaşadığı gerginlik ve kaygı düzeylerini azaltma potansiyeline sahiptir.

1.1 Literatür Özeti

Türkiye genelinde yapılan çalışmalar incelendiğinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunun birçok farklı makale ve tezde ele alındığı ancak henüz mimarlık alanında bu konunun işlenmediği ve bu yönde herhangi bir yayının bulunmadığı görülmektedir. Örneğin, YÖK Tez Merkezi web sitesi üzerinden mimarlık ana bilim dalında üretilmiş sağlık kurumlarında şiddeti konu alan herhangi bir tez bulunmamaktadır. Ancak YÖK Tez Merkezi'nin web sitesinde ‘‘sağlıkta şiddet, sağlık çalışanlarına şiddet, sağlık kurumlarında şiddet’’ kavramlarını ele alan farklı anabilim dallarına ait 33 farklı tez bulunmaktadır. Dünya literatüründe ise sağlık kurumlarında şiddetin mimarlık açısından ele alındığı yayınlar mevcuttur, ancak sayıları sınırlıdır.

Bu çalışmada, literatür taraması Google Scholar, Academia.Edu, ScienceDirect, PubMed gibi çeşitli platformlardan yapılmıştır. Çalışmanın yapısı gereği, farklı

bilim dalları üzerinden yapılan yayınlara ihtiyaç duyulmuştur. Bu doğrultuda, ilk olarak ‘‘şiddet’’ kavramı üzerinde araştırmalar yapılmış, çeşitli kitap ve makalelerden faydalanılmıştır. Bu konuda Phillip L. Walker, Oğuz Polat, Etienne G. Krug ve arkadaşları gibi yazarların makalelerinden ve Hannah Arendt ile Yves Michaud’un kitaplarından yararlanılarak şiddetin genel bir çerçevesi çizilmiştir.

Sağlık kurumlarında şiddetin boyutunun ve nedenlerinin anlaşılması, sağlık hizmetlerinin etkinliği ve sağlık çalışanlarının güvenliği açısından büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, Dünya’daki özellikle de Türkiye'deki sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin boyutunu anlamak için çeşitli bilimsel yayınlardan yararlanılmıştır. Bu yayınlar; Tevfik Pınar ve Gül Pınar, Bilge Annagür, Oya Çamcı ve Yasemin Kutlu, Ayşe Büyükbayram ve Hale Okçay tarafından gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmanın devamında, mekanın insan psikolojisini nasıl etkilediği ve şiddet ile olan ilişkisini aydınlatmak adına öncelikle mekan algısına odaklanılmıştır. Bu bağlamda; Özlem Uslu ve Gamze Yalçın, Fürüzan Aslan ve arkadaşları, Nedim Alici ve Müge Göker Paktaş’ın makaleleri ile Henri Lefebvre ve Bruno Zevi’nin kitaplarından faydalanılmıştır.

Şiddetin kök nedenlerine yönelik derinlemesine literatür taramaları, insan fizyolojisi ve psikolojisi ile şiddet eğilimleri arasındaki ilişkileri anlamak adına önemli bilgiler sunmuştur. Bu doğrultuda, ilk olarak ‘‘duyguların ve algının oluşumu’’ üzerine araştırmalar yapılmış, Yakup Türkel ve Murat Terzi, Özgen Korkmaz ve Ahmet Mahiroğlu’nun makalelerinden yararlanılmıştır. Bu bulgular mimari tasarım sürecine entegre edilerek, fiziksel çevrenin bireysel şiddet eğilimlerini azaltma potansiyelini maksimize edecek şekilde yeniden düzenlenmesi amaçlanmaktadır.

Literatürde; renk, ses, koku, form, aydınlatma ve malzeme gibi bileşenlerin bireyin psikolojik ve fizyolojik tepkileri üzerinde önemli etkileri olduğuna dair geniş bir bilgi yelpazesi bulunmaktadır. Bu alanda; Patricia Valdez ve Albert Mehrabian, Sally Augustin, Neil Frankel ve Cindy Coleman gibi araştırmacıların çalışmaları mevcuttur. Bu çalışmalardan edinilen bilgiler, poliklinik ve bekleme alanlarının mimari unsurlarının şiddeti önleme potansiyeli üzerine odaklanılarak kullanılabilir.

Bu şekilde, sağlık sektöründeki şiddet vakalarının önlenmesine yönelik etkili yeni stratejiler geliştirilebilir.

1.2 Tezin Amacı

Bu çalışmanın amacı, sağlık kurumlarındaki şiddet vakalarının azaltılmasında fiziksel çevre ve mimari tasarımın rolünü araştırmak ve sağlık kurumlarının mekânsal düzenlemelerinin şiddet olaylarını nasıl etkileyebileceğini anlamaktır. Ayrıca, bu çalışma, mekânın kalitesinin hastaların ve sağlık profesyonellerinin deneyimlerini nasıl etkilediğini incelemeyi ve bu etkileri iyileştirmeye yönelik öneriler sunmayı amaçlamaktadır.

1.3 Hipotez

Hastane mekânlarındaki şiddet olgusunun sebepleri arasında mekânsal faktörler etkilidir. Mekan tasarımının şiddeti engelleme noktasında önemli bir etkisi bulunmaktadır. Özellikle poliklinikler gibi yoğun ziyaret edilen alanlardaki uzun bekleme süreleri, yoğun kalabalık, yetersiz mahremiyet, iletişim kopukluğu ve stresli atmosfer, hastaların ve hasta yakınlarının şiddet eğilimlerini artırabilir. Mimarlık, bu mekânların tasarımıyla hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğini ve refahını sağlamak için kritik bir rol oynamaktadır.

Polikliniker, sağlık sisteminin kilit noktalarıdır ve diğer birimler ile doğrudan ilişkilidir. Ayrıca, doktor-hasta ilişkisinin ilk kurulduğu mekanlar olmaları sebebiyle de büyük önem taşımaktadırlar. Bu noktaların şiddetle ilgili sorunlarının tüm hastane geneline yayılma potansiyeli bulunmaktadır. Polikliniklerdeki mekansal düzenlemeler, potansiyel çatışma ve şiddetin önüne geçerek hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğini artırabilir. Bu faktörlerin etkisi, polikliniklerde yaşanan şiddet olaylarının sadece o anki durumu değil, aynı zamanda tüm hastane ortamını etkileyebileceğini göstermektedir. Bu bağlamda, mimari tasarımın şiddeti engelleme noktasında önemli bir etken olduğu ve mekânsal düzenlemelerin polikliniklerdeki şiddeti azaltarak hastane genelinde şiddetin azalmasına katkıda bulunabileceği vurgulanmaktadır.

2
SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDET

Son yıllarda, şiddet ve saldırganlık olgularının hem dünya genelinde hem de Türkiye özelinde artış gösterdiği gözlemlenmektedir. Toplumsal yapı içerisinde, şiddet eylemleri farklı biçim ve boyutlarda, her yaş ve sosyal gruptan bireyi etkileyerek yaygınlaşmaktadır. Bu durum hem bireysel hem de toplumsal düzeyde derin yaralar açarken toplumsal yapıyı derinden etkileyerek, bireylerden kurum ve organizasyonlara kadar geniş bir alanda ciddi sorunlara neden olmaktadır. Şiddetin bu geniş yelpazede ele alınması ve anlaşılması, çok boyutlu ve karmaşık yapısını ve etkilerini ortaya koymaktadır.

2.1 Şiddet

Şiddetin genel tanımına bakıldığında, bireyler arasındaki etkileşimlerde ortaya çıkan kasıtlı zarar verme veya başkasının yararını engelleme eylemlerini içeren geniş bir kavramdır. Şiddetin evrimleşen formları olsa da insanlık tarihi boyunca varlığını sürdürmüş ve toplumsal yapılar, iklim değişiklikleri ve diğer çevresel faktörlerle iç içe geçmiştir (Walker, 2001).

Şiddet, insanların birbirleriyle veya çevreyle etkileşimlerinde zararlı ve saldırgan eylemler olarak tanımlanabilir. Bu eylemler fiziksel, duygusal, psikolojik veya cinsel olabilir. Fiziksel şiddet doğrudan fiziksel zarar anlamına gelirken; duygusal ve psikolojik şiddet, kişinin ruhsal ve zihinsel dünyasını hedef almaktadır (Krug, Mercy, Dahlberg ve Zwi, 2002). Toplumların bu tür şiddet eylemlerine nasıl tepki vereceği, o toplumun sosyal ve kültürel değerlerine bağlı olmaktadır. Şiddetin ortaya çıkışında etkili olan birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında güç dengesizlikleri, sosyal ve ekonomik eşitsizlikler, öfke, ayrımcılık, sosyal normlar ve ekonomik faktörler yer almaktadır. Kültürel ve bireysel farklılıklar da şiddetin algısını ve etkisini şekillendirebilir. Toplumların şiddetle başa çıkma stratejileri, sosyal yapının sağlığını ve bireyin genel refahını belirlemede önemli bir rol oynamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, şiddet; bir bireyin veya topluluğun bilinçli bir güç veya iktidar kullanımıyla tehdit veya zarar oluşturabilen eylemlerdir (Krug vd.,

2002). Hukuki perspektiften bakıldığında ise, şiddet bedensel zarar verici, saldırgan ve kaba kuvvet içeren hareketler olarak tanımlanır (Polat, 2016).

Yves Michaud'a göre, şiddet sadece fiziksel saldırıları değil, aynı zamanda bireylerin veya toplulukların etik, ahlaki bütünlüğüne ve mülkiyet haklarına yönelik ihlalleri de içerir (Michaud, 2002). Michaud'un perspektifi, şiddetin somut fiziksel zarar vermeyle sınırlı olmadığını, aynı zamanda ideolojik ve kültürel boyutları da içerebileceğini vurgular.

Hannah Arendt'e göre, şiddet sadece basit bir araç değil, aynı zamanda derin bir politik ve felsefi boyuta sahip bir olgudur. Arendt, şiddetin sadece bireysel kararların bir sonucu olmadığını, aynı zamanda toplumsal ve politik yapıları derinden etkilediğini belirtir. Şiddetin sadece fiziksel saldırganlık açısından değil, aynı zamanda ideolojik ve epistemolojik açıdan da ele alınması gerektiğini vurgular (Arendt, 2016).

Johan Galtung'un sosyolojik sınıflandırmasına göre, şiddet üç temel kategoride incelenebilir: fiziksel, psikolojik ve yapısal. Fiziksel şiddet, bir kişiye yönelik hayati tehlike içeren eylemleri içerir. Psikolojik şiddet, kişinin zihinsel bütünlüğünü hedef alan manipülatif eylemleri içerir. Yapısal şiddet, bireyin potansiyeli ile gerçek yetenekleri arasındaki tutarsızlığı ifade eder (Özerkmen ve Gölbaşı, 2012).

Bu bağlamda, şiddetin çok boyutlu yapısı ve toplumsal etkileri, disiplinlerarası bir yaklaşımla ele alınması gereken karmaşık bir konu olarak öne çıkmaktadır.

2.2 İş Yerinde Şiddet

Günümüz toplumlarında şiddet, eğitim kurumlarından kamusal alanlara, trafikten işyerlerine ve sokaktan kentsel mekânlara kadar her alanda yaygınlaşırken insan ilişkilerini ve toplumsal dinamikleri olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yaygınlaşma, işyerlerinde özellikle dikkate değer bir şekilde ortaya çıkmakta, özellikle sağlık sektöründe şiddet olaylarının artışı, endişe verici bir hal almaktadır. Sağlık sektöründe şiddet tüm ülkelerde ve tüm meslek gruplarında yaygın görülen bir sorun olmakla beraber, sağlık sektörü çalışanları işyerinde şiddete maruziyet açısından diğer sektörlere göre yüksek risk altındadırlar. İşyerlerinde görülen toplam şiddetin yaklaşık %25'i sağlık sektöründe görülmektedir. Sözel şiddet gibi bazı şiddet türlerine, sağlık çalışanlarının yarıdan fazlası maruz kalmaktadır (T.

Pınar ve G. Pınar, 2013). Bazı çalışmalarda, özellikle sağlık sektöründe çalışanların, hasta, hasta yakını ve diğer insanlardan şiddete maruz kalma risklerinin diğer sektör çalışanlarına (gardiyanlar, polisler, banka çalışanları, perakende çalışanları, ulaşım sektöründe çalışanlar) göre 4 ila 16 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (T. Pınar ve G. Pınar, 2013).

İşyerlerindeki şiddet, çalışanların mağdur edildiği veya saldırıya uğradığı eylemleri içermekte ve her meslek grubu için ciddi bir problem oluşturmaktadır. Bu durum, "çalışanların işle ilişkili koşullarda tehdit, saldırı veya diğer saldırgan eylemlere maruz kalmaları" olarak ifade edilebilir (İlhan, Çakır, Tunca, Avcı, Çetin, Aydemir, Tezel ve Bumin, 2013).

DSÖ ve Avrupa Komisyonu, işyerindeki şiddeti, yaralanma, ölüm, psikolojik zarar veya diğer olumsuz sonuçlarla neticelenebilecek güç kullanımı olarak tanımlamaktadır (T. Pınar ve G. Pınar, 2013). Özellikle sağlık, ulaşım, eğitim, cezaevleri, güvenlik, hukuk ve perakende gibi kamu hizmeti sunan sektörlerde şiddet riski yüksektir. Risk faktörleri arasında gece çalışma saatleri, nakit veya ilaçla ilgili işler, topluma güvenlik hizmeti verenler ve suç oranının yüksek olduğu bölgelerde çalışma gibi etmenler bulunmaktadır. Yetersiz organizasyonel ve fiziksel koşullar da şiddet riskini artırabilir (T. Pınar ve G. Pınar, 2013).

Amerika'da şiddet acil bir sağlık durumu olarak ilan edilirken Birleşik Krallık, Avrupa ve Avustralya'da araştırmacılar, şiddetin toplumda ve işyerlerinde yaygın bir halk sağlığı sorunu ve mesleki tehlike olduğunu belirtmişlerdir (Akca, Yılmaz ve Işık, 2014).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin ise ziyaretçiler, çalışma arkadaşları, hastalar ve hasta yakınlarını içeren çok çeşitli kaynakları vardır. Özellikle hasta yakınlarının bir an önce kendileriyle ilgilenilmesini istemesi, kendi hastalarının daha acil olduğunu düşünmeleri, bekleme odalarının düzensiz ve kalabalık olması, hasta ve hasta yakınlarının işlerin düzenli yürümediği veya içeri almada adil davranılmadığı hakkındaki şüphelerinin olması gibi faktörler şiddetin nedenleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Çamcı ve Kutlu, 2011).

24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, stresli aile üyelerinin varlığı, hastaların uzun süre beklemesi ve bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamaması gibi şiddet riskini arttıran değişik faktörler bulunmaktadır. Ayrıca işlerin yoğun fakat personel

sayısının az olması, aşırı kalabalık ortamda çalışma, tek başına çalışma, şiddetle baş etme konusunda çalışanın eğitim yetersizliği ve yeterli sayıda güvenlik elemanının olmaması gibi birtakım faktörler de şiddet riskini artıran unsurlar arasında sayılabilir (Akca vd., 2014).

Bu bağlamda, işyerindeki şiddetin önlenmesi ve azaltılması için kapsamlı stratejilerin geliştirilmesi ve bu konuda multidisipliner bir yaklaşım benimsenmesi zorunludur. Sağlık sektörü ve diğer riskli alanlarda çalışan profesyoneller, olumsuz davranışlarla mücadele ederken aslında çözümün de bir parçası olabilirler.

2.2.1 İş Yerinde Şiddetin Türleri

İşyerinde şiddetin sınıflandırılmasında en yaygın kullanılan sınıflama şiddetin kaynağına veya saldırganın niteliğine göre yapılan Kaliforniya İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi'nin tanımladığı sınıflamaya göre yapılmaktadır. Bu sınıflandırma, işyerlerinde şiddeti önlemek ve yönetmek için stratejiler geliştirmeye yardımcı olmak üzere dört alt tip şeklinde incelenmektedir (T. Pınar ve G. Pınar, 2013).

Tip 1 - Dışsal Şiddet: Önceden kuruluşla ilişkisi bulunmayan dışarıdan gelen kişiler tarafından gerçekleştirilen suç eylemlerini kapsar. Bu şiddet türünde ana hedef, nakit para ve değerli şeylerdir. Bu tip perakende sektörü, bankacılık ve sağlık hizmetleri gibi nakit para veya değerli eşyaların bulunduğu yerlerde daha sık görülür.

Tip 2 - Müşteri/Kullanıcı Şiddeti: Bir müşteri, hasta veya hasta yakını tarafından yapılan fiziksel, sözel veya psikolojik saldırıyı kapsamaktadır. Saldırganın kurumla ilişkisi bulunmaktadır. Bu tip şiddet, özellikle sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, eğitim ve ceza infaz kurumları gibi insanlarla doğrudan etkileşim gerektiren sektörlerde yaygındır. İşyerinde şiddetin en yaygın türüdür.

Tip 3 - İşyeri İçi Şiddet: : İşyerindeki bir kişi tarafından diğer çalışanlara yönelik uyguladığı şiddeti ifade etmektedir. İşyerinde şiddetin bu türü, amirlerine, meslektaşlarına, iş arkadaşlarına, astlarına ve diğer personele karşı şiddet uygulayan eski ya da mevcut çalışanları kapsamaktadır, daha çok mobbing ile ilişkilidir.

Tip 4 - Kişisel İlişki Şiddeti: Çalışanın kişisel hayatından biri tarafından işyerinde çalışana yönelik şiddet. Bu tip, genellikle aile içi şiddetin işyerine taşınması şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Sağlık çalışanları daha çok Tip II şiddete maruz kalmakla beraber diğer tip şiddetlere de değişik düzeylerde maruz kaldığı bilinmektedir. Kaliforniya İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi'nin tanımladığı sınıflandırmanın yanında genel literatürde şiddetin oluş şekline göre ve şiddetin türüne göre de işyerinde şiddeti iki ana başlık altında sınıflandırma yapmak mümkündür.

2.2.1.1 Fiziksel Şiddet

Bir bireye veya topluluğa, hedef alınan kişiye fiziksel, cinsel veya ruhsal hasar verecek biçimde fiziksel güç kullanılması sürecidir. Fiziksel şiddet, aletsiz saldırılar (tokat , yumruk atma, itme, ısırma vb.) ve aletli saldırılar (kemer, ev eşyaları, sıcak su gibi) olarak iki ana başlık altında incelenebilmektedir (Polat, 2016). Her iki fiziksel saldırı tipinde hedef alınan kişiye zarar veren kasıtlı davranışlar içermektedir ve hukuki yaptırımları olan saldırganlık davranışı kabul edilmektedir. (Polat, 2016).

2.2.1.2 Psikolojik Şiddet

Birey veya grupların fiziksel, mental, ruhsal, etik veya sosyal gelişimlerine olumsuz etki edebilecek şekilde bilinçli bir baskının uygulanması sürecini ifade etmektedir. Psikolojik şiddet, tüm şiddet türleri içerisinde en az belirgin olmasına rağmen etkileri ağır ve kalıcıdır. Bu şiddet türü, bir bireyin benlik saygısı, özsaygısı ve psikolojik bütünlüğünün hedef alınmasıyla karakterize edilir ve genellikle kelimeler ve davranışlar aracılığıyla gerçekleşir, mağdura fiziksel zarar vermese de ruhsal bütünlüğüne ciddi zararlar verebilir (Orbay, 2022). Psikolojik şiddet, bireyin fiziksel güç kullanımıyla tehdit edilmesi yoluyla korkutulmasını da içermektedir ve söz konusu şiddet biçimi, sözlü saldırılar, mobbing/yıldırma, cinsel taciz ve tehdit gibi eylemleri barındırır. Psikolojik şiddetin toplumda yeterince ciddiye alınmaması, bu sorunun hafife alınmasına ve normalleştirilmesine neden olmaktadır. Bu durum, psikolojik şiddetin tanımlanmasını, fark edilmesini ve sonuçlarının anlaşılmasını zorlaştırmaktadır (Polat, 2016).

Sözel şiddet bir psikolojik şiddet türü olup bireyi küçük düşüren, aşağılayan veya bireyin itibar ve değerine zarar veren sözlü ifadeler olarak tanımlanmaktadır. Söylem yoluyla gerçekleştirilen psikolojik şiddet, dilin bir güç aracı olarak kullanılmasına dayanır. Bu tür şiddet, hakaret, tehdit, alay, yıkıcı eleştiri ve özel hayatın ihlali gibi farklı biçimlerde ortaya çıkabilir. Sözel şiddet hedef alınan birey

veya grup üzerinde, fiziksel, cinsel, psikolojik ya da başka türlü zarar görme korkusu oluşturacak şekilde gerçekleşiyor ise hukuk alanında bu eylem tehdit olarak tanımlanmaktadır (Polat, 2016).

İşyerindeki psikolojik şiddetin bir formu olan mobbing, işyerinde bireye yönelik düşmanca ve ahlaki olmayan saldırgan davranışlar olarak tanımlanmaktadır (İbiloğlu, 2020). Mobbing, kişiyi hedef alan, sistematik ve kasıtlı davranışları ifade ederken işyerinde bireyin maruz kaldığı psikolojik şiddet biçimi olarak kabul edilmektedir. Bu tür şiddet, bireyin işyerindeki sosyal ve profesyonel ilişkilerini olumsuz etkileyebilir ve uzun vadede ciddi psikolojik sorunlara yol açabileceği bilinmektedir.

Cinsel taciz yine bir psikolojik şiddet türü olup, bireye yönelik saldırganlık içeren ve onun korku, aşağılanma, utanç hissetmesine veya kendini küçük düşmüş hissetmesine yol açan, karşılıksız, hoş karşılanmayan ve istenmeyen cinsel içerikli eylemler olarak tanımlanmaktadır (T. Pınar ve G. Pınar, 2013). Cinsel şiddet, kişinin fiziksel ve ruhsal bütünlüğüne yönelik en sinsi saldırı biçimlerinden biridir ve cinsiyet eşitsizliği ile erkek egemenliğinden kaynaklanan bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütü tarafından cinsel şiddet, "başka bir kişi tarafından, o kişinin rızası olmadan gerçekleştirilen cinsel nitelikteki herhangi bir eylem" olarak tanımlanmaktadır (Gürhan, Erdoğan ve Seyran, 2020).

2.3 Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Kurumlarında Şiddetin Boyutu

2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) tarafından hazırlanan "sağlık sektöründe işyeri şiddeti" başlıklı ortak rapora göre, sağlık kurumlarındaki şiddet tanımı: "hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir kişiden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan, tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum" şeklinde yapılmıştır. Bu ortak rapora göre, sağlık çalışanlarının yarısından fazlası mesleklerini icra ederken şiddete maruz kalmaktadır. Raporun belirttiği istatistiklere göre, sağlık çalışanlarının %3-17'si fiziksel, %27-67'si sözel, %10-23'ü psikolojik, %0.7- 8'i cinsel içerikli ve %0.8-2.7'si etnik şiddete maruz kalmıştır (Büyükbayram ve Okçay, 2013; T. Pınar ve G. Pınar, 2013).

Özellikle Avrupa kıtasındaki bazı ülkelerde gerçekleştirilen bir çalışmada, on Avrupa ülkesinden (Belçika, Almanya, Finlandiya, Fransa, İtalya, Hollanda, Norveç, Polonya, Slovakya ve İngiltere) 2002-2003 yılları arasında toplam 77.681 hemşireye anket dağıtılmış ve 39.894 cevap alınmıştır. Bu anket sonuçlarına göre hemşirelerin %22,0'si şiddete maruz kalmıştır (T. Pınar ve G. Pınar, 2013).

Sağlık Sektöründe Mesleksel Şiddet 2002 raporu da bu bulguları destekleyici niteliktedir. Bu rapora göre, tüm şiddet olaylarının %25'i sağlık sektöründe meydana gelmektedir.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Public Services International (PSI)'nin 2002'de bazı ülkelerde gerçekleştirdiği araştırmalarda sağlık çalışanlarının karşılaştığı fiziksel ve sözel saldırılar, mobbing ve cinsel taciz vakaları şu şekilde belirlenmiştir (T. Pınar ve G. Pınar, 2013)

Tablo 2.1 Bazı ülkelerde sağlık çalışanlarına şiddet olgularının, şiddet türlerine göre dağılımı (T. Pınar ve G. Pınar, 2013)

Ülkeler		Şiddetin Türü			
		Fiziksel şiddet (%)	Sözel şiddet (%)	Mobbing (%)	Cinsel taciz (%)
Avustralya	(400 kişi)	12.0	67.0	10.5	–
Brezilya	(1.569 kişi)	6.4	39.5	15.2	5.7
Bulgaristan	(508 kişi)	7.5	37.2	30.9	2.2
Lübnan	(1.016 kişi)	5.8	40.9	22.1	2.3
Güney Afrika	(1.018 kişi)	17.0	52.0	20.6	4.6
Tayland	(1.090 kişi)	10.5	47.7	10.8	1.9
Portekiz	(498 kişi)	2.6	27.4	16.5	2.7

İngiltere'de gerçekleştirilen bir araştırma, sağlık çalışanlarının son bir yılda %27,0'ının fiziksel, %68,0'ının ise sözel şiddete maruz kaldığını göstermektedir (T. Pınar ve G. Pınar, 2013). Almanya'da 39 farklı kurumdan 1973 sağlık çalışanının dahil olduğu bir çalışmada, bu çalışanların %56,0'ının fiziksel şiddet, %78,0'ının sözel şiddet ve %10,5'inin cinsel taciz mağduru olduğu saptanmıştır. Finlandiya'da raporlara göre, on sağlık çalışanından biri son bir yılda işyerinde şiddet mağduru olmuştur. İspanya'da 2008 yılında üç hastane ve 22 birinci basamak kurumdan 1.866 katılan ile yapılan bir başka araştırma, sağlık çalışanlarının

%11'inin fiziksel, %64,0'ının tehdit ve %24,3'ünün sözel şiddete uğradığını ortaya koymuştur (T. Pınar ve G. Pınar, 2013).

İtalya'da 700 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada, bu hemşirelerin bir yıl içinde %49,0'ının şiddete uğradığı ve bu olayların %82,0'sinin sözel şiddet içerdiği ve şiddet olaylarının en çok acil, psikiyatri ve geriatri servislerinde yaşandığı gözlemlenmiştir (T. Pınar ve G. Pınar, 2013).

ABD'de gerçekleştirilen ülke genelinde 142 hastanenin sağlık çalışanlarına yönelik yapılan bir çalışmada, son bir yıl içinde fiziksel saldırıya maruz kalma oranı %13 olarak saptanmıştır. Minnesota Nurses Study raporunda ise bir yıl içinde %13,2 fiziksel şiddet, %38,8 sözel şiddet ve %7,0 cinsel taciz vakası bildirilmiştir. Ayrıca, acil servislerde çalışan 177 doktorun %28,1'i fiziksel, %74,9'u sözel şiddete maruz kalmıştır (T. Pınar ve G. Pınar, 2013).

Kanada'da acil servis çalışanları üzerinde yapılan bir araştırma, çalışanların %60'ının herhangi bir zamanda şiddete uğradığını, %57'sinin fiziksel şiddete, %76'sının sözel şiddete tanık olduğunu belirtmiştir (İlhan vd., 2013). Aynı ülkede yürütülen bir başka çalışmada, acil servis personelinin yüksek oranda şiddete maruz kaldığı ortaya konmuştur. Bu çalışma sonuçlarına göre, personelin %60'ı belirlenen bir zaman aralığında şiddet görmüş, %76'sı sözel tacize uğramış ve %86'sı fiziksel tehdit veya saldırıya maruz kalmıştır. Çalışmanın diğer sonuçlarına göre, katılımcıların %73'ü maruz kaldıkları şiddet nedeniyle hastalardan çekindiklerini, %49'u hastalarca tanındığını ve %74'ü işten aldıkları tatminin düştüğünü belirtmiştir. Şiddete uğrayan personelin %67'si bu durumu yetkililere bildirmiştir (Annagür, 2010).

Avustralya'da 9449 hekim üzerinde yapılan ulusal bir çalışmada, pratisyen hekimlerin son 12 ayda %32,3 fiziksel, %70,6 sözel şiddete uğradığı saptanmıştır (T. Pınar ve G. Pınar, 2013).

Japonya'da 2011 yılında 8711 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleşen bir kesitsel çalışmada, sağlık çalışanlarının %36,4'ünün son bir yılda işyerinde şiddete uğradığı belirlenmiştir. Bunların %15,9'unun fiziksel şiddet, %29,8'inin sözel şiddet ve %9,9'unun cinsel taciz şeklinde olduğu saptanmıştır (T. Pınar ve G. Pınar, 2013).

İngiltere'de gerçekleştirilen başka bir araştırmada ise hastane genelinde çalışan tüm sağlık personelinin maruz kaldığı şiddet olaylarına odaklanılmıştır. Bu çalışmanın

bulgularına göre, şiddete maruz kalanların büyük çoğunluğu kadınlar olup, çalışanların %23'ü hastalar tarafından davranışsal tehdide, %15.5'i hasta yakınlarından davranışsal tehdide maruz kalmıştır. Fiziksel saldırıya uğrayan personelin oranı ise %20 olarak belirlenmiştir (Annagür, 2010).

Türkiye'de 2000'li yıllardan günümüze kadar, resmî kurumlar ve bağımsız araştırmacılar tarafından, sağlık sektöründe görev yapan profesyonellere yönelik şiddet olaylarına dair akademik çerçevede birçok derinlemesine çalışma yürütülmüştür. Bu araştırmalar, resmi bildirim raporlarından elde edilen veriler ve bağımsız araştırmacıların saha anketleri sonuçlarına dayanarak gerçekleştirilen iki farklı frekans çalışmasından ortaya çıkmıştır. Bölgesel ve kültürel farklılıklar, şiddetin türü ve sıklığını etkileyebilir, ancak genel olarak sağlık sektöründe yaygın bir şiddet sorunu olduğu ve uluslararası literatürde benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir.

Bu çalışmalardan bir tanesi 2002 yılında Eskişehir-Bilecik Tabip Odası tarafından Eskişehir, Ankara ve Kütahya bölgelerinde gerçekleştirilmiş olup, söz konusu çalışmada bu illerdeki sağlık kuruluşlarında görevli 1.071 personelin yarısından fazlasının %50,8 son bir yıl içerisinde çeşitli şiddet türlerine maruz kaldığı tespit edilmiştir. Bu şiddet vakalarının etkilenen personel dağılımı incelendiğinde erkeklerde %48, kadınlarda ise %52,5 oranında olduğu saptanmıştır. Şiddete maruz kalma durumu Eskişehir'de %46,6, Ankara'da %58,0, Kütahya'da %74,5 olarak saptanmıştır. İller arasında bu oranların değişiklik gösterdiği gözlemlenirken, özellikle pratisyen doktorlar ve hemşirelerin daha fazla şiddete maruz kaldığı kaydedilmiştir. Acil servislerde çalışan personelin diğer birimlerdekilere nazaran daha yüksek oranda şiddete uğradığı belirtilmiştir (Ayrancı, Yenilmez, Balcı ve Kaptanoğlu, 2002).

2006 yılında batı bölgelerinde gerçekleştirilen bir diğer araştırma, son bir yıl içerisinde sağlık çalışanlarının %49,5'inin en az bir kez şiddete uğradığını ortaya koymuştur. Bu oranın yaklaşık yarısının 1-5 kez arası şiddet gördüğü saptanmıştır. Çalışanın deneyimi ya da yaşı ile şiddet oranları arasında belirgin bir ilişki tespit edilememiştir. Ancak, kadın sağlık çalışanlarının şiddete daha fazla maruz kaldığı, %60 oranında, kaydedilmiştir. Şiddet türleri arasında sözel şiddet %72,4 ile en yaygınken, fiziksel şiddet %11,7 ile izlemiştir (Ayrancı, Yenilmez, Balcı ve Kaptanoğlu, 2006). Cinsel şiddet ve silahla şiddet uygulanma oranları oldukça

düşük seviyelerde bulunmuştur. Araştırmanın bir diğer dikkat çekici bulgusu ise, şiddete uğrayan personelin genellikle yardım alamadığı ve bu durumların ardından yüksek oranda anksiyete ve huzursuzluk yaşadıklarıdır.

Bolu merkezli gerçekleştirilen bir çalışmada, şehir merkezindeki devlet ve üniversite hastanelerindeki uzman doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğunun %87,1 çeşitli şiddet biçimlerine maruz kaldığı belirlenmiştir. Bu şiddet biçimleri arasında sözel şiddet %46,9, agresif davranışlar %33,5 ve fiziksel saldırı %19,4 öne çıkmaktadır. Şiddet uygulayanların genellikle 21-30 yaş aralığında ve düşük eğitim seviyesine sahip bireyler olduğu gözlemlenmiştir. En yaygın şiddet kaynağının hasta yakınları, ardından hasta ve yakını kombinasyonu ve nadiren sadece hastalar olduğu tespit edilmiştir (Annagür, 2010).

Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yapılan başka bir araştırmada, çalışanların şiddetle karşılaşma oranı %85,9 olarak kaydedilmiştir. Bu kişilerin yaklaşık %59'u sözel, %26,5'i ise fiziksel şiddetle karşılaşmıştır. Literatürdeki sonuçlara benzer olarak bu çalışmanın sonucuna göre de acil servis bölümünde şiddet oranlarının daha yüksek olduğuna dikkat çekilmiştir (Gökçe ve Dündar, 2008).

Acil servislerde yapılan çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılmıştır. İzmir'de gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların %98,5'lik bir oranla neredeyse tamamının sözel şiddete maruz kaldığı, %19,7'sinin ise fiziksel şiddet gördüğü ifade edilmiştir. Adana'da acil serviste gerçekleştirilen bir diğer inceleme, katılımcıların tamamının her görev başında en az bir defa sözel şiddetle karşılaştıklarını ortaya koymuştur. Bir ay içerisinde agresif davranış oranının %53,2 fiziksel şiddetin ise %38,5 olduğu belirlenmiştir. Şiddet eylemlerini gerçekleştiren bireylerin çoğunlukla 15-30 yaş arası gençler olduğu ve alkol veya madde kullanımı olan bireylerin daha agresif eğilimler gösterdiği vurgulanmıştır (Annagür, 2010).

Eskişehir'de 2004 yılında 195 sağlık çalışanının katılımı ile yapılan çalışmada, çalışanların %72,3'ü son bir yılda şiddetin herhangi bir türüne maruz kaldığını ifade etmişlerdir. Çalışanların %69,5'i sözel/duygusal şiddete, %8,5'i fiziksel şiddete maruz kalmışlardır (T. Pınar ve G. Pınar, 2013). Aynı şehirde 1.209 sağlık çalışanı

ile 2006 yılında yapılan çalışmada son bir yıl içinde çalışanların %49,5'inin fiziksel, sözel ya da hem fiziksel hem de sözel (erkeklerde %39,5 ve kadınlarda %60,4) şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Eskişehir özelinde yapılan iki farklı çalışma ise bu şehirde şiddetin sıkça rastlanan bir sorun olduğunu göstermektedir (T. Pınar ve G. Pınar, 2013).

Samsun'da 2006 yılında 522 pratisyen hekim üzerinde yapılan bir araştırmada, katılımcıların %82,8'i meslek hayatları boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldıklarını ifade etmiştir (T. Pınar ve G. Pınar, 2013). Ankara'da 2006 yılında 8 farklı hastanede gerçekleştirilen bir araştırmada, 1.204 hemşire çalışmaya katılmış, 622'si anketi tamamlamış ve bu katılımcıların %91,1'i meslek hayatları boyunca en az bir kez sözel şiddete, %33'ü fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Son olarak, Türkiye'nin değişik bölgelerinden 7 tıp fakültesi hastanesinde 2007 yılında yürütülen bir çalışmada, 2.442 katılımcının 1.712'si ankete yanıt vermiş ve bu katılımcıların %68'inin son bir yıl içerisinde şiddetle karşılaştığı, %16'sının fiziksel şiddete, %3'ünün cinsel tacize maruz kaldığı belirlenmiştir. Bu bulgular, sağlık sektöründeki şiddetin ciddi boyutlarda olduğunu ve derhal önlem alınması gerektiğini göstermektedir (T. Pınar ve G. Pınar, 2013).

Bu çalışmaların ışığında, sağlık çalışanlarının dünya genelinde şiddet mağduru olduğunu ve bu durumun hem bireysel hem de kurumsal düzeyde ciddi sonuçlara yol açtığını söylemek mümkündür. Sonuç olarak, sağlık sektöründe çalışanların maruz kaldığı şiddet oranı alarm verici düzeydedir. Bu oranların hem sağlık çalışanlarının hem de toplumun genel güvenliği açısından önem arz ettiğini söylemek mümkündür. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi ve azaltılması için etkin politikaların ve stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir.

2.3.1 Sağlık Kurumlarında Şiddetin Dağılımı ve Görüldüğü Alanlar

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet, hizmet verdikleri servis ya da bölüme, cinsiyetlerine ve mesleklerine göre değişiklik göstermektedir. Uluslararası ve ulusal literatür bu konuda çeşitli bulgular sunmaktadır. İlgili verilere göre, çalıştıkları hastane bölümü, sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşma ihtimalleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

2004 yılında İngiltere'de Winstanley ve Whittington tarafından gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, sağlık çalışanlarının %27'si son bir yıl içinde fiziksel saldırıya

maruz kalmıştır. Bu çalışanların %23'ü hastalar tarafından, %15,5'i ise ziyaretçiler tarafından tehdit edilmiştir. Ayrıca, sağlık personelinin %68'inden fazlası sözel şiddetle karşı karşıya kaldığı saptanmıştır (Çamcı ve Kutlu, 2011). Bu çalışmaya göre şiddet mağdurlarının %36'sı cerrahi bölümlerde, %30'u acil servislerde ve %42'si diğer kliniklerde çalışmaktadırlar. Acil servislerin yoğunluğunun, bekleme sürelerinin artmasının ve hastaların karşılaştığı acil durumların onları potansiyel olarak daha agresif bir hale getirmesinin, bu bölümlerde şiddetin daha yaygın olmasına neden olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular ışığında, acil servislerin, tüm dünyada şiddetin sıklıkla karşılaşıldığı riskli bölümler arasında olduğunu vurgulamak gerekir. 2017'de yapılan bir araştırmaya göre, şiddetin yaygınlığına etki eden önemli faktörlerden biri de sağlık çalışanlarının hastalarla ne sıklıkta temas kurduğudur. Araştırmada, laboratuvar ve görüntüleme gibi hastalarla daha az temasın gerçekleştiği bölümlerde şiddetin daha nadiren meydana geldiği belirtilmiştir. Şiddetle karşılaşma durumunun bizzat hasta bakımı yapan çalışanlarda hastadan daha uzak çalışanlara göre daha yüksek olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Yıldız, 2019). Buna karşılık, psikiyatri klinikleri şiddetin yoğunlukla ele alındığı başka bir bölüm olup, Almanya'daki bir çalışmada, bu alanda çalışanların %96,7'sinin sözlü şiddete maruz kaldığı rapor edilmiştir. 2012'de yapılan diğer bir çalışmada ise acil servis yanında dâhiliye servisleri, anestezi klinikleri, yoğun bakımlar da şiddet için riskli alanlar olarak sıralanmıştır (Yıldız, 2019).

Cinsiyetin, şiddetle karşılaşma olasılığında önemli bir değişken olarak literatürde sıkça karşımıza çıktığını görmekteyiz. Minnesota, ABD'de Gerberich ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir çalışma, erkek sağlık çalışanlarının kadınlara kıyasla daha sık şiddete maruz kaldığını ortaya koymuştur. Ancak, bu bulgu diğer çalışmalarla tutarlılık göstermemiştir. Örneğin, Zampieron ve arkadaşlarının İtalya'da yaptığı çalışma, Ayrancı ve arkadaşlarının Türkiye'de gerçekleştirdiği çalışma ile benzer bir şekilde, şiddete maruz kalanların çoğunluğunun kadın olduğunu belirtmiştir (Ayranci vd., 2006). Mevcut literatür çalışmaları incelendiğinde sağlık sektöründe en çok şiddete maruz kalan cinsiyetin kadın olduğu aşikardır.

Sağlık sektöründe, şiddetin hangi meslek gruplarına daha yoğun bir şekilde yöneldiği de önemli bir araştırma konusudur. 2005 yılında İsrail'de Carmi-Iluz ve

çalışma arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, hekimlerin %56'sının geçtiğimiz yıl en az bir kez sözel şiddete maruz kaldığı, %9'unun ise fiziksel şiddetle karşılaştığı ortaya konmuştur. Türkiye'de ise 2009 yılında İlhan ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir çalışmada, bir üniversite hastanesinde görev yapan hekimlerin %60,9'unun kariyerleri boyunca en az bir kez işyerinde şiddetle karşılaştığı belirlenmiştir (Yıldız, 2019).

Avrupa ve Amerika kıtasındaki mevcut literatüre göre, hemşirelere yönelik şiddet sıklığı, doktorlara yönelik şiddetle benzer veya bazı durumlarda daha yüksek oranlarda gözlemlenmektedir, fakat Doğu Avrupa'dan Doğu Asya'ya kadar olan alanda ve Güney Amerika'da yapılan çalışmalarda doktorlara yönelik şiddetin hekim dışı sağlık çalışanlarına göre daha yaygın bir şekilde yaşandığına dikkat çekilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin genelinde, doktorların yarısından fazlası hasta kaynaklı sözlü ve fiziksel şiddetle karşılaşmıştır. Sözlü şiddet, fiziksel şiddete nazaran (%42,5'e karşılık %24,4) daha yaygındır (Kumari, Kaur, Ranjan, Sarkar ve Baitha, 2020). Bu şiddet vakaları özellikle acil servis %68,4, yoğun bakım %50 ve psikiyatri birimlerinde %40 görev yapan genç doktorlar ve asistanlar arasında daha sık gözlemlenmektedir. Sharma ve ekibinin 2019'da yürüttüğü Hint çalışmasında, sözlü şiddetin en sık genç asistanlarda %53 yaşandığı, ardından üst asistanlar %14 ve kıdemli uzman doktorlar %13 tarafından deneyimlendiği sonucuna varılmıştır.

Türkiye'de yapılan şiddetle ilgili araştırmalar incelendiğinde, sağlık sektörüne odaklanan çalışmaların büyük bir kısmının genellikle tek bir sağlık profesyoneline, özellikle doktorlara veya hemşirelere özgü olduğu tespit edilmiştir. Mevcut literatürde, Türkiye bağlamında karşılaştırmalı olarak gerçekleştirilmiş birçok çalışma bulunmaktadır. Türk Tabipler Birliği'nin (TTB) 310 sağlık personeli üzerinde yürüttüğü en güncel araştırmada, sağlık çalışanları arasında işyerinde karşılaşılan şiddet oranının %45 olduğu saptanmıştır (Çamcı ve Kutlu, 2011). Bu şiddete uğrayanlar arasında en yüksek oranlara pratisyen hekimlerde %67.6 ve hemşirelerde %58.4 rastlanmıştır (Çamcı ve Kutlu, 2011).

2013 yılında Bıçkıcı tarafından gerçekleştirilen bir araştırma, son bir yıl içerisinde sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddeti ele almıştır. Ankara'da toplam 24 hastaneyi kapsayan bu çalışma, sözel ve fiziksel şiddet oranlarının sırasıyla %55,8 ve %7,7 olduğunu ortaya koymuştur. Şiddete maruz kalan sağlık profesyonellerinin demografik özelliklerine göre dağılımında, %50,5'inin kadın olduğu belirlenmiştir.

Şiddeti uygulayan kişilere yönelik verilere göre, şiddetin %54,9'u erkekler tarafından gerçekleştirilirken, bu şiddetin %69,4'ü hasta yakınları tarafından uygulanmıştır. Kadın ve erkek sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma kaynaklarına dair ayrıntılı verilere bakıldığında, kadın sağlık çalışanlarının %57,7'si hasta yakınlarından, %28,8'i hem hastalardan hem de hasta yakınlarından ve %11,5'i sadece hastalardan şiddete maruz kalmıştır. Öte yandan, erkek sağlık çalışanları şiddetin %83'ünü hasta yakınlarından, %10'unu hem hasta hem de hasta yakınlarından, %3'ünü sadece hastalardan ve %3'ünü diğer kişilerden almıştır. Bu bulgular, sağlık sektöründe şiddetin ciddi bir sorun olduğunu ve özellikle hasta yakınları tarafından uygulandığını ortaya koymaktadır (Bıçkıcı, 2013).

Konya'da 2012-2016 yılları arasında beş yıllık periyodu kapsayan geriye dönük yapılan bir araştırmaya göre, bir devlet hastanesindeki Beyaz Kod Bildirim Formları üzerinden elde edilen verilere dayanarak şiddet olaylarının sıklıkla poliklinik ve acil servis gibi hasta yoğunluğunun yüksek olduğu bölümlerde meydana geldiği belirlenmiştir (Esen ve Aykal, 2020).

Türkiye Literatüründe yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre, şiddet olaylarının sıklıkla poliklinik ve acil servis gibi hasta yoğunluğunun yüksek olduğu bölümlerde meydana geldiği gözlenmektedir (Annagür, 2010; Ayrancı vd., 2022; Esen ve Aykal, 2020). Özellikle hekimler, bu olayların en çok maruz kaldığı meslek gruplarından biridir. Araştırmaya katılan hekimlerin yaklaşık %50'si, kariyerleri boyunca en az bir kez şiddetle karşılaştıklarını belirtmiştir. Kadın sağlık çalışanları ise, erkek meslektaşlarına kıyasla iki kat daha fazla şiddete uğramıştır.

Rıfat Erten ve ekibinin 2019 yılında hekimler üzerinde gerçekleştirdiği çalışmaya göre araştırmaya katılan hekimlerin %90,5 gibi büyük bir çoğunluğu kariyerleri boyunca en az bir kez şiddetle karşı karşıya geldikleri belirlenmiş ve katılımcıların %88,5'i sözel şiddetle karşılaştığı, %60,3'ü tehdit edildiği, %46,7'si işyerinde mobbing mağduru olduğu ve %18,7'si fiziksel şiddete uğradığı tespit edilmiştir. Aynı araştırma sonuçlarına göre uzman hekim katılımcıların %40,6'sı, pratisyen hekimlerin %61,4'ü ve asistan hekimlerin %58,4'ü şiddet olaylarına maruz kalırken branşlara göre dağılım incelendiğinde dahili branşta çalışanların %52'si ve cerrahi branşta çalışanların %48'i şiddetle karşılaştığı belirlenmiştir (Erten vd., 2019).

Akademik unvana göre dağılıma bakıldığında, akademik unvana sahip olmayan katılımcıların %56,8'i, yardımcı doçentlerin %39,1'i, doçentlerin %35'i ve profesörlerin %22'si şiddete maruz kaldığı belirlenmiş ve akademik kariyerin ilerlemesi ile doktorların şiddete maruz kalma oranlarında bir azalma olduğu saptanmıştır (Erten vd., 2019). Bu durumun, kariyere ve unvana duyulan saygı, akademik unvana sahip doktorlara erişimin zorluğu veya akademik kariyer sürecinde kazanılan deneyim ve tecrübeyle ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Rıfat Erten ve ekibinin 2019 yılında hekimler üzerinde gerçekleştirdiği araştırmanın diğer bir önemli bulgusu da günlük hasta muayene sayısı ile şiddete maruz kalma oranı arasında doğru bir orantı olduğu bilgisinin saptanmasıdır. Bu araştırmaya göre günde 10 ve altında hasta muayene eden hekimlerin %31,9'u, 10-50 hasta muayene edenlerin %50,2'si, ve 50 ve üzeri hasta muayene edenlerin %71,2'si şiddetle karşılaşmıştır (Erten vd., 2019). Bu verilere bakıldığında, hasta başına ayrılan sürenin artmasıyla doktorların maruz kaldığı şiddetin azaldığı gözlenmektedir. Uzun bekleme sürelerinin olmaması, hastaların doktordan memnuniyetini artırmakta ve böylece şiddet olaylarının azalmasına katkıda bulunmaktadır. Hastaların doktordan aldığı geri dönüşlerin yeterli olması, hastaların daha sakin olmalarını sağlamaktadır. Sağlık sektöründe yaşanan şiddetin önemli nedenlerinden biri olan hasta memnuniyetini artırmak adına, hasta başına ayrılan sürenin uzatılmasının bu tür olayları azaltabileceği düşünülmektedir. Bu sonuçlar, sağlık kurumlarında şiddetin önlenmesi için alınması gereken önlemlerin ne yönde olması gerektiğine dair ipuçları sunmaktadır.

Sonuç olarak, bu araştırmalar, sağlık sektöründe şiddetin dinamiklerini, sıklığını ve etmenlerini ayrıntılı bir şekilde ortaya koymaktadır. Bu bulgular, sağlık kurumlarının, bu sorunu ele almak ve önlem almak adına stratejik planlar geliştirmeleri için önemli bir kaynaktır. Sağlık çalışanlarının güvenliği ve hastaların memnuniyeti arasındaki dengeyi sağlamak adına, bu tür araştırmaların sonuçlarından yararlanılarak daha etkili politikaların oluşturulması gerekmektedir

2.3.2 Şiddeti Uygulayanların Özellikleri

Yapılan araştırmalarda, şiddetin kaynağı incelendiğinde özellikle Amerika Birleşik Devletleri, Almanya ve diğer Avrupa ülkelerinde şiddetin daha çok hastalardan kaynaklandığı; buna karşın Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ise hasta

yakınlarının bu şiddetin başlıca kaynağı olduğu belirlenmiştir. Bu coğrafi ve kültürel farklılıkların altında, gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin işleyişi ile gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikaları arasındaki temel farklılıklar yatmaktadır. Türkiye özelinde yapılan literatür incelemeleri, şiddet vakalarının büyük bir çoğunluğunun hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiğini, daha az oranda ise hastalar tarafından kaynaklandığını ortaya koymuştur. Türk kültüründe refakatçilik ve hastaya eşlik etme gibi yerel unsurların bu sonuçlara önemli bir katkı sağladığı görülmektedir. Bu bağlamda, ülkede şiddetin kaynağı ve şiddeti uygulayan bireyler üzerine yoğun araştırmalar yapılmış ve şiddete eğilim gösteren kişilerin profilinin belirlenmesine yönelik çalışmalar gerçekleştirilmiştir**.**

Yapılan araştırmalar şiddete eğilim gösteren kişilerin genellikle otuz yaş altında, erkek cinsiyetinde, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olduğu tespit edilmiştir (Annagür, 2010). Bu bireyler, yasal ya da yasal olmayan sebeplerle silah taşıma olasılığı yüksek olup, otorite ile çeşitli sorunlar yaşamış olabilirler. Daha önce yasal sorunlarla karşı karşıya kalmış veya tutuklanma geçmişi olan bu bireylerin büyük bir kısmında alkol ya da madde kullanım öyküsü bulunmaktadır (Annagür, 2010).

Şiddeti uygulama eğiliminde olan bireylerin sağlık profilleri de bu eğilimi belirleyen faktörler arasında yer alabilir. Metabolik hastalıklara sahip olanlar, alkol ve madde kullanımına bağlı yönelim bozukluğu ve konfüzyon yaşayanlar, nörolojik sorunlarla (örn. Alzheimer hastalığı veya beyin disfonksiyonu) mücadele edenler ve psikiyatrik hastalıkları olanlar, şiddet uygulama riski daha yüksek bireyler arasında yer alır (Annagür, 2010).

2.3.3 Şiddetin Hedefi Olan Çalışan Profili

Çeşitli literatür incelemeleri, şiddet mağduru sağlık çalışanlarının benzer özelliklere sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Hem ulusal hem de uluslararası düzeyde yapılan çalışmalar, kadın sağlık çalışanlarının, erkek meslektaşlarına göre daha sık şiddete maruz kaldığını belirtmektedir. Bu bağlamda, bazı çalışmalarda kadın sağlık çalışanlarının, erkeklere nazaran iki kat daha fazla şiddet gördüğüne dikkat çekilmiştir. Kadın sağlık çalışanlarının daha fazla sözel şiddete maruz kalmasının nedenleri arasında toplumumuzdaki ataerkil yapı, kadınların genellikle daha savunmasız görülmesi ve tepkilerinin erkeklere kıyasla daha az olmasının yanı sıra, kadınlara yönelik alınganlık gösterilmesi yer almaktadır (İlhan vd., 2013).

Özellikle cinsiyet bazlı araştırmalar, kadın sağlık çalışanlarına daha sık sözel şiddetin uygulandığını, erkek sağlık çalışanlarına ise fiziksel şiddetin daha yaygın olduğunu belirtmektedir. Şiddet türlerine göre demografik ve mesleki özellikler karşılaştırıldığında, hemşirelerin özellikle sözel şiddete daha sık maruz kaldığı, doktorların ise fiziksel şiddeti daha sık deneyimlediği belirlenmiştir (Durak, Yolcu, Akay, Demir, Kılıçaslan, Değerli ve Parlak, 2014).

Hemşirelerin şiddete maruz kalma sıklığı, özellikle kadın olmaları, hastalarla ilk temas kurmaları ve sürekli birebir ilişkide olmaları nedeniyle yüksektir (Durak vd., 2014). Hemşirelerin eğitim seviyeleri düştükçe, şiddete maruz kalma olasılıklarının arttığı saptanmıştır (Çamcı ve Kutlu, 2011). Bu durum, alınan eğitimin iletişim becerileri üzerindeki etkisiyle ilişkilendirilmektedir. Eğitim seviyesi düşük hemşirelerin hastaların ve hasta yakınlarının sözel eleştirilerine daha sık karşılık verdikleri (Büyükbayram ve Okçay, 2013; Çamcı ve Kutlu, 2011), bu tepkisel tutumunun da işyerindeki şiddet vakalarının artmasına katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının yaşlarına göre şiddete maruz kalma oranlarına bakıldığında, 30-39 yaş aralığında olanların en yüksek risk altında olduğu görülmektedir (Durak vd., 2014; Er vd., 2021). Bu yaş grubundaki sağlık çalışanlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bir iş yüküne sahip olduğu bulunmuştur. Bu aşırı iş yükü, çalışanın performansını olumsuz yönde etkileyebilir ve bu da hasta ile sağlık çalışanı arasındaki iletişimi bozabilir, sonucunda da şiddet olaylarının yaşanmasına neden olabilir.

Genel olarak literatürün ortak sonucuna bakıldığında hem şiddetin türü hem şiddetin sıklığı açısından, acil servis ya da poliklinik gibi çok fazla hasta ile karşılaşan, mesleki tecrübesi 10 yıldan az, akademik kariyerinin başındaki pratisyen ya da asistan kadın hekimlerin ikinci sıklıkla aynı özellikleri taşıyan erkek hekimlerin daha az sıklıkla mesleki tecrübesi az lisans mezunu olmayan hemşirelerin şiddete maruziyet açısından riskli gruplar olduğu söylenilebilmektedir.

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin birçok etkeni bulunmaktadır. Bu etkenler arasında cinsiyet, eğitim seviyesi, çalışılan birim ve yaş gibi faktörler dikkate alınmalıdır. Ancak bu faktörlerin her biri, bireysel olarak değil, bir bütün

olarak ele alındığında daha sağlıklı bir değerlendirme yapmamıza yardımcı olacaktır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri ve etkileri hakkında daha kapsamlı bir anlayışa sahip olmak için, bu faktörlerin birbiriyle nasıl etkileşimde olduğunu anlamamız gerekmektedir. Bu hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları korumak için etkili stratejiler geliştirmemize yardımcı olacaktır.

2.3.4 Poliklinikler ve Acil Servis Arasındaki Şiddet İlişkisi

Sağlık sektöründe şiddet vakaları, Türkiye özelinde acil servislerde ve polikliniklerde sıklıkla karşılaşılan ciddi bir sorundur. Genel hastaneler bazında yapılan değerlendirmeler, şiddet olaylarının en sık acil servislerde, ikinci sıklıkla ise polikliniklerde meydana geldiğini göstermektedir. Ancak, detaylı bir inceleme ile poliklinik hizmetlerinin eksiksiz ve yüksek kalitede sunulduğu, acil servislerin ise sadece kendi uzmanlık alanlarına özgü hastaları kabul eden tam donanımlı sağlık kurumlarında şiddet olaylarının anlamlı derecede daha az yaşandığı göstermektedir (Bıçkıcı 2013). Bu durum, poliklinik ve acil servisler arasındaki dinamiği anlamak ve bu birimler arası ilişkinin sağlık kurumlarında şiddet vakaları üzerindeki etkisini çözümlemek için kritik bir öneme sahiptir.

Tıbbi hizmetler, genelde poliklinik ve klinik hizmetleri olmak üzere iki ana kategoride değerlendirilir. Acil servislerin 7/24 saat hasta demografisine bakılmaksızın hizmet sunması, tıbbi hizmetler açısından önem arz etmektedir. Polikliniker, sadece ayaktan tedavi hizmetleri sunmanın ötesinde, hastaların yatarak tedavi sürecine girişinden, cerrahi operasyonların planlandığı hasta ve doktor etkileşiminin ilk gerçekleştiği birimler olup, tıbbi hizmetlerin en merkezinde konumlanmaktadır (Beştemir ve Aydın, 2022).

Araştırmalar, poliklinik hizmetlerinin iyi işleyen sağlık kurumlarında polikliniklerden başlayarak hastane geneline yayılan ve özellikle acil servislerdeki şiddet vakalarının dikkate değer şekilde azaldığını göstermektedir. Bu istatistiksel veri, acil servislere başvuran hasta gruplarının incelenmesi ile daha iyi anlaşılmaktadır. Türkiye'de 2022 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı'nın verileri ile yapılan bir araştırmaya göre, son yıllarda hastaların poliklinik hizmetlerine ulaşamaması veya bu hizmetlerden memnun kalmaması nedeniyle acil servislere başvurma eğiliminde olduğu göstermiştir (Beştemir ve Aydın, 2022). Literatürde,

acil servise başvuran hastaların büyük bir kısmının aciliyeti olmayan "yeşil alan" hastalar olduğu belirtilmektedir (Şimşek, 2018).

Acil olmayan durumlar için yeşil alan polikliniklerine başvuran hastalar ve yakınlarının profilinin, sağlık sektöründe şiddet uygulayan bireylerin profiliyle benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bu grup genellikle 18-39 yaş aralığında, düşük sosyoekonomik düzeye sahip, eğitimsiz bireylerden oluşmaktadır (A. Köse, B. Köse, Öncü ve Tuğrul, 2011). Şiddetin kaynakları olarak uzun bekleme süreleri, sunulan hizmetten duyulan memnuniyetsizlik, taleplere karşı yetersiz yanıt ve yeterince ilgilenilmediği algısı gibi faktörler gösterilmektedir.

Bu faktörler, acil servislerdeki acil olmayan hastaların karşılaştığı sorunlarla örtüşmekte ve tekrarlayan acil servis başvuruları, sistem üzerinde baskı oluşturarak şiddet olaylarını tetikleyen bir döngüye yol açmaktadır. Bu nedenle, acil servis tedavi protokolüne uymayan hastaların polikliniklere yönlendirilmesi, sistemsel sorunların poliklinikler özelinde çözülmesi ve etkili bir poliklinik hizmetinin sağlanması ile tüm hastane birimlerindeki şiddet vakalarının önüne geçilebileceği düşündürmektedir.

2.4 Sağlık Kurumlarında Şiddetin Kaynağı ve Nedenleri

Dünya'da ve Türkiye'de gerçekleştirilen akademik çalışmalarda, sağlık kurumlarında şiddetin sıklıkla karşılaşılan sebeplerini detaylı bir şekilde incelenmiştir. Bu çalışmalarda, şiddetin başlıca nedenleri arasında; bekleme sürelerinin uzunluğu, hastaların yeterli ilgi görmeme algısı, hastaların isteklerinin karşılanmaması, tıbbi işlemlerin başarısız olması, sağlık sistemi ve doktorlara duyulan güvensizlik, hasta ile doktor arasındaki iletişim eksikliği, hastaların uygunsuz taleplerde bulunması, tedavinin başarısızlığı, tedavi ücretlerinin yüksek olması ve doktorun tedavi yaklaşımının beğenilmemesi gibi birçok sebep tespit edilmiştir.

2021 yılında Düzce'de beyaz kod verilerine dayanarak yapılan bir araştırmada, sağlık kurumlarında şiddet vakalarının %43.1'inin hasta ve hasta yakınlarının davranış hatalarından kaynaklandığını, %8.8'inin tedaviden memnuniyetsizlik, %8.8'inin trafikte yaşanan problemler, %5.1'inin randevu öncesi muayene talebi, %3.7'sinin öncelik talebi, %2.8'inin uygunsuz rapor veya ilaç talebi ve %0.5'inin

fiziki koşulların beğenilmemesi gibi nedenlerle şiddete başvurulduğu belirlenmiştir (Bekar ve Çalış, 2021)

Mustafa Necmi İlhan ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı çalışma, katılımcılardan birden çok seçenek işaretlemelerini isteyerek toplumun sağlık kurumlarında şiddetin kaynaklarına ilişkin algısını araştırmıştır. Bu çalışma sonuçlarına göre, en sık sebep %62.7 ile bekleme sürelerinin uzun olması, %43.2 ile tedaviden memnuniyetsizlik, %41.4 ile iletişim problemleri, %20 ile istenilen reçetenin yazdırılamaması ve diğer organizasyonel sorunlar olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre, toplumun %20.2'si doktorların şiddeti hak ettiği düşüncesindeyken, %58.2'si hastalarla yeterince ilgilenilmediğinde şiddete başvurulabileceğini belirtmiştir (İlhan vd., 2013).

2012 yılında sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada ise sağlık çalışanları şiddetin nedenini %43,6 ile en çok sağlık sistemi ile ilgili sorunları olduğunu, ikinci sıklıkla %25,6 ile hizmet alan kişilerin tutumları nedeniyle, %2,6'sı ise hizmeti veren kişilerin tutumları nedeniyle ve %28,2'sı ise hepsinden kaynaklandığını ifade etmişlerdir (Bıçkıcı, 2013).

Bu bulgular, sağlık sektöründe şiddetin çok boyutlu bir problem olduğunu ve çözümünün, sağlık hizmetlerinin verilme biçiminden hasta-doktor iletişimine kadar geniş bir yelpazede ele alınması gerektiğini göstermektedir.

2.4.1 Sağlık Kurumlarında Şiddetin Kaynağına Dair Etiyolojik Yaklaşımlar

Sağlık sektöründe yaşanan şiddet vakaları, multidisipliner bir perspektifle ele alınmış ve çeşitli bilim dalları tarafından incelenmiştir. Bu araştırmalar, şiddetin kökenine dair bir dizi etiyolojik model önermişlerdir. Biyolojik yaklaşımlar, şiddet davranışının bireyin zihnindeki nörokimyasal süreçler ve bu süreçlerde etkili olan biyokimyasal maddeler, hormonlar arasındaki etkileşimler ile genetik faktörler çerçevesinde geliştiğini ileri sürmektedir. Bu görüş, şiddetin, bireyin biyolojik yapılandırmasındaki özgül dinamiklerle şekillendiğini vurgular.

Psikoloji ve psikiyatri disiplinleri ise, bireyin zihinsel gelişim sürecinde karşılaştığı olumsuz deneyimler, psikopatolojik durumlar ve kişilik özellikleri ile şiddet davranışının gelişimini ilişkilendirir. Bu yaklaşımlar, bireyin yaşamındaki çeşitli travmatik olaylar ve bu olayların psikolojik etkilerinin, şiddet eğilimlerini nasıl

etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Davranışçı teoriler, bireylerin saldırgan ve agresif tepkilerinin belirli tetikleyiciler sonucunda ortaya çıktığını ve bu davranışların toplumun normları çerçevesinde öğrenildiğini ve yayıldığını öne sürer.

Psikodinamik yaklaşımlar, Freud'un çalışmalarıyla birlikte, şiddet eğilimlerinin bireyin iç dünyasındaki bilinçdışı süreçlere odaklanarak açıklanabileceğini savunur. Bu yaklaşımlar, hormonlar, genetik kodlar, beyin yapısı, alınan eğitimler ve limbik sistem üzerindeki dinamiklerin bireysel davranışları şekillendirmedeki önemini kabul ederken, duygusal yanıtların kökenine dair soruları da gündeme getirir.

Sağlık sektöründeki şiddet vakalarının anlaşılmasında, doktor ve hasta arasındaki etkileşimlere dair psikodinamik incelemeler önemli bir yer tutmaktadır. Bu yaklaşıma göre sağlık çalışanlarına hasta veya hasta yakınları tarafından yapılan sözel ve fiziksel saldırılar, saldırganın iç dünyasını, aktarım süreçlerini ve "hasta" rolüne bağlı psikolojik gereksinimlerini anlamayı gerektirir (Gökalp, 2012). Tıbbi rahatsızlığı olan kişiler sıklıkla, ilk başvurdukları doktora veya sağlık kurumuna karşı bir yüceltme ve idealizasyon hissi geliştirirler. Bu durumda, doktor veya kurum hastanın son umudu olarak algılanır ve hastalıktan kurtuluşun, adeta yeniden doğuşun simgesi haline gelir. Bu idealize edilmiş bakış açısı, hastanın doktora ve tedavi sürecine duyduğu güveni ve bağlılığı artırırken, doktorun hastalıkla savaşta üstleneceği rol konusunda beklentileri yükseltir. Sağlığının tehdit altında olduğunu hisseden, belirli bir organının veya uzvunun fonksiyonunu kaybedeceğini düşünen bireyler, bir tür "gerileme" durumu yaşayabilirler. Bu durumda, birey kendisini doktora veya sağlık kurumuna tamamen teslim edebilir ya da korku ve endişeler nedeniyle tedaviye uyum sağlayamayabilir, doktorun veya kurumun "kendisine iyi bakmadığını" veya "hastalığını doğru anlamadığını" ifade etmeye başlayabilir. Bu süreçte hastanın duyguları arasında belirgin bir çelişki görülür. Bu gerileme sürecinde, birey erken bebeklik döneminde karşılanmamış ihtiyaçlarının (iyi ve doyum sağlayan memenin esirgendiği zamanlardaki gibi) etkisini yeniden yaşar. Bu durum, umutsuzluk ve bütünlük duygusunun bozulması, ayrışmadan kaynaklanan anksiyete ve mağduriyet hissine yol açar. Sonuç olarak, birey ilk bağlanma nesnesi olan anneye karşı hissettiği öfke ve kıskançlık duygularını, şimdi hekim veya hemşireye yansıtır (Gökalp, 2012).

Bu durumda, hasta tarafından beklenti, çevresel faktörlerin kendisine mükemmel bir şekilde uyum sağlaması yönündedir (Gökalp, 2012). Hastalar, antik çağlardaki şifa veren merkezler gibi, günümüz sağlık kurumlarından acılarını hafifleten, şefkatli bakım sunan ve iyileştirici rol üstlenen bir "annelik" görevi beklemektedirler. Bu mucizevi iyileştirme özelliklerinin sağlık kurumlarına atfedilmesi, aktarım eğilimlerinin tam olarak karşılanmadığı durumlarda hayal kırıklığına, umutsuzluğa ve yeterli bakımın sağlanmadığına dair bir hisse yol açabilir. "Mükemmel uyumun" elde edilemediği zamanlarda, hastalar bazen ilkel savunma mekanizmalarına başvurabilirler, bu da idealleştirme, değersizleştirme, projeksiyon, eyleme dönüştürme ve şiddet eğilimlerinin ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu reaksiyonlar, hasta ve sağlık personeli arasındaki ilişkideki zorlayıcı dinamiklerin altında yatan önemli faktörler arasında yer almaktadır (Gökalp, 2012).

2.4.2 Zayıflayan Hasta-Doktor ilişkisi

Tarihsel bir perspektiften incelendiğinde, hasta-hekim ilişkisinin evrimi, çağlar boyunca farklı toplumsal ve tıbbi dinamiklerle şekillenmiştir. Eski Mısır ve Eski Yunan dönemlerinde, hastalık kavramı mistik öğeler içerirken, hekimler iyileştirici güçleri harekete geçiren, hastalar ile bu güçler arasında köprü kuran figürler olarak görülmüştür (Atıcı, 2007). Orta çağda, özellikle Engizisyon döneminde, hasta-hekim ilişkisi, dinin etkisi altında, etkenlik-edilgenlik temeline dayalı bir yapıya bürünmüş, bu dönemde hekimler aynı zamanda din adamları olarak kabul edilerek, hastalık ve sağlık anlayışları üzerinde büyük bir etkiye ve otoriteye sahip olmuştur. Fransız Devrimi ve çağdaş ruh hekimliğinin kurucusu Philippe Pinel'in insancıl yaklaşımları ile hasta-hekim ilişkisi, daha fazla iş birliği ve anlayışa dayalı bir hal almıştır (Atıcı, 2007). 18. ve 19. yüzyıllarda, bilim ve tıp alanındaki gelişmeler, hastaların hekimler karşısında daha edilgen bir konuma geçmelerine yol açmıştır. 19. yüzyılın sonlarına doğru, psikiyatrinin gelişimi ve Freud ile Breuer'in hastaları dinleme yöntemlerini benimsemeleri, daha fazla karşılıklı katılıma dayalı bir ilişki anlayışının ortaya çıkmasını sağlamıştır (Atıcı, 2007).

Günümüze gelindiğinde ise hasta-hekim ilişkisi, geçmiş yüzyıllardan daha fazla bir değişim ve dönüşüm sürecine girmiştir. Bu dönemde, hasta hakları ve tıbbi karar verme süreçlerindeki değişimler, hasta ve hekim arasındaki dengeleri yeniden tanımlamıştır (Atıcı, 2007). Ancak, modern dönemde bu ilişki, belirli bir erozyona uğramıştır. Bu durumun nedenleri arasında, artan teknoloji kullanımı, sağlık ve

hastalık kavramlarının evrimi, hekim kimliğindeki farklılaşmalar ve bireyin sağlık hakkı üzerindeki yeni belirlemeler yer alırken, çevresel faktörler de önemli bir rol oynamaktadır. Hasta ve hekimin etkileşimini şekillendiren hastane ortamları, sağlık politikaları ve toplumsal beklentiler, bu ilişkinin yapısını ve işleyişini etkilemiştir.

Günümüzde hasta-hekim ilişkisi, sağlık sektöründeki yeni zorluklar ve toplumun değişen beklentileri nedeniyle karmaşık bir yapıya bürünmüştür. Bu ilişki, artan teknoloji kullanımı, sağlık ve hastalık kavramlarının sürekli evrimi, hekimlerin kimliğindeki çeşitlilik, bireyin sağlık hakkına dair yeni tanımlamalar ve çevresel faktörlerin etkisi altında, modern dönemde çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır.

Zaman içinde, nüfus artışı nedeniyle hasta-hekim görüşmelerinin süresi azalmıştır. Görüşmelerin gerçekleştirildiği mekânlar, karşılıklı güven ve mahremiyet ilkelerini sağlıklı bir şekilde sürdürme niteliğinden uzaklaşmıştır. Bu mekânlardaki değişim, hasta ve hekim arasındaki bağı güçlendirmek yerine, artan nüfusun getirdiği yoğunluk gibi postmodern sorunları çözmeye yönelik bir yaklaşım sergilemektedir. Bu durum, hasta-hekim sürecinin daha da kötüye gitmesine ve sağlıklı işlemeyen bu sürecin, şiddet gibi ilkel içgüdülerle kontrol edilen bir soruna dönüşmesine neden olmaktadır.

Özellikle, hastane ortamlarının, sağlık politikalarının ve toplumsal beklentilerin değişimi, hasta ve hekim arasındaki etkileşimi şekillendirmekte ve hekimlere yönelik şiddet olaylarında bir artışa yol açmaktadır. Bu bağlamda, sağlık alanında yaşanan bu değişimlerin ve zorlukların en somut ve endişe verici yansıması, hekime yönelik şiddet olaylarının artışı olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.4.3 Kurumsal Sorunlar

Çeşitli araştırmalar, Türkiye'de "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hayata geçirilmesinin ardından sağlık çalışanlarına yönelik işyerinde uğradıkları şiddetin artış gösterdiğini ortaya koymuştur (İlhan, Özkan, Kurtcebe ve Aksakal, 2009). Bu artışın altında yatan faktörler detaylı olarak incelendiğinde, sağlık çalışanlarının 24 saat sürekli hizmet veriyor olmaları, yoğun çalışma periyotlarında personel eksikliği nedeniyle hastaların aşırı beklemesi, sağlık hizmetlerinden tam anlamıyla yararlanamamaları, sağlık kuruluşlarındaki yatak, cihaz ve ilaç gibi temel kaynaklardaki yetersizlikler bulunmaktadır (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

Ayrıca, çalışma koşullarının elverişsizliği, özellikle aşırı kalabalık ve rahatsız edici ortamlarda gerçekleşen çalışmalar, vardiyalı ya da tek başına çalışma durumları, çalışma alanlarının fiziksel koşullarının (kötü aydınlatılmış koridorlar, odalar, servisler vb.) yetersiz olması, bekleme alanlarının kalabalıklığı ve güvenlik tedbirlerinin yetersizliği gibi çevresel ve organizasyonel faktörlerin de şiddetin artışında önemli rol oynadığı belirlenmiştir (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

2.4.4 Medya

Sağlık sektöründe karşılaşılan şiddet, ülkemizde ciddi bir kamu sağlığı meselesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak bu konuda yapılan bilimsel çalışmaların yetersizliği, şiddetin net tanımlanmamış olması bu konuyu daha karmaşık hale getirmektedir. Bu durumun temelinde çeşitli faktörler bulunsa da medyanın sağlık kurumlarında şiddet konusuna yaklaşımı ve ele alış biçimi, problemin büyümesinde önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle bazı büyük yayın kuruluşları, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti sıradan bir olay olarak sunarak, bu ciddi sorunun hafife alınmasına katkıda bulunmaktadır. Medyanın, sağlık sektöründeki şiddet haberlerinde kullandığı dil, görseller ve anlatım tarzı, şiddetin dramatize edilmesine hatta meşrulaştırılmasına yol açabilmektedir (Çınarlı ve Yücel, 2014).

Medyada yer alan haberlerin, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti dramatize eden veya meşrulaştıran bir dil kullanması, toplumun sağlık kurumlarında şiddet konusundaki algısını ciddi şekilde etkilemektedir (Çınarlı ve Yücel, 2014). Hekimliğin saygınlığının azalmış olması ve halkın gözünde hekimliğin değersizleşmesi de bu olumsuz algının bir sonucudur. Hekimlere yöneltilen aleyhte açıklamalar, doktorları “az çalışıp çok kazanan” kategorisine sokarken, sağlık hizmetlerine yönelik tepkiler de doğrudan hekimlere yönlendirilmektedir (Özcan ve Yavuz, 2017). Özellikle bazı politikacıların hekimleri suçlayıcı konuşmaları, medya tarafından geniş bir şekilde yayıldığında, halkın bu profesyonellere karşı güvenini sarsabilmekte ve onları potansiyel bir suçlu konumuna düşürebilmektedir (Özcan ve Yavuz, 2017).

Bu tür negatif söylemler, izleyicilerin şiddet eylemlerini haklı görmelerine veya bu eylemlere duyarsız kalmalarına sebep olabilmektedir. Özyurt ve arkadaşlarının 2009 yılında gerçekleştirdiği anket çalışmasında da belirtildiği üzere, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasında medyanın olumsuz rolü büyüktür.

Medyanın sağlıkla ilgili haberlerde objektif ve bilimsel kriterlere uymaması, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının hedef gösterilmesi, medyanın sürekli olarak olumsuz hekimlik örneklerine yer vermesi gibi faktörler, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin meşrulaştırılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

Sonuç olarak, medyanın sağlık sektöründeki şiddet konusundaki ele alış biçimi ve kullandığı dil, toplumun bu konudaki algısını ve davranışlarını doğrudan etkilemektedir (Çınarlı ve Yücel, 2014). Bu durumun farkında olarak, medyanın daha sorumlu ve bilinçli bir yaklaşım sergilemesi gerekmektedir.

2.4.5 Kültürel Dinamikler

Toplumumuzda, son yıllarda şiddetin arttığına dair belirgin bir eğilim söz konusu. Okulda, yolda, trafikte ve evde, hemen hemen her alanda bu artışı gözlemleyebiliriz. Ancak bu eğilim sadece bu alanlarla sınırlı değil. Sağlık sektörü, bu artan şiddetten en çok etkilenen alanlardan biridir. Sağlık çalışanlarına karşı şiddet davranışlarının yasal çerçevede yeterli kısıtlamalara tabi olmamış olması, bu alandaki şiddeti daha da beslemektedir (Özcan ve Yavuz, 2017). Bunun yanı sıra, sağlık bakım sisteminin ve ilgili teknolojik araçların toplumsal beklentilere cevap verememesi, şiddet olaylarını önleyici ve yönetici sağlık politikalarının eksikliği de şiddetin artışında kritik faktörler olarak belirlenmiştir (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

Uzun süreli ekonomik yoksunluk, sosyal dışlanma ve şiddet içeren alt kültürel yapılar, toplumsal şiddetin kökeninde bulunan sebeplerden bazılarıdır. Bu, özellikle madde bağımlısı ve ruh sağlığı sorunları olan bireylerde daha belirgindir. Literatürde bu bireylerin sorunları şiddetle çözmeye meyilli oldukları ve bu nedenle sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eğilimlerinin yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

Uyuşturucu, madde kullanımı ve bireysel silahlanma, toplumsal şiddetin artmasına neden olurken, insanlar adalete olan güvenlerini yitirip kendi adaletlerini aramakta ve sorunları kendi yöntemleriyle çözmeye çalışmaktadır. Bu durum, toplumda güven ve değer kaybını tetiklemektedir (Özcan ve Yavuz, 2017).

Hemşirelik pratiğinin kadınların ağırlıklı olarak temsil edildiği bir meslek dalı olması ve hemşirelere yönelik şiddetin, toplumsal anlamda kadına yönelik şiddetin

bir devamı olarak algılanmasına yol açmaktadır. Hemşirelere yönelik şiddetin artmasının ardında, bu toplumsal algının da büyük bir etkisi bulunmaktadır (Ayranci vd., 2006; Büyükbayram ve Okçay, 2013).

Türkiye'deki hukuk mekanizmasının yavaş işlemesi, suçun cezasız kalmasına yol açmaktadır. Aydın tarafından 2008 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada, katılımcı sağlık çalışanlarının %91'i son yıllarda şiddetin ulusal çapta yaygınlaştığını belirtirken, %78'i toplumsal şiddetin artışındaki temel üç nedeni ekonomik zorluklar, sosyo-kültürel sorunlar ve eğitimsel eksiklikler olarak belirtilmiştir (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

Sonuç olarak, toplumsal şiddetin artışı çok yönlü ve kompleks bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık sektörü, bu şiddetin odak noktalarından biri haline gelmiştir. Bu alandaki şiddetin kökeninde yatan sebepler arasında ekonomik yoksunluk, sosyo-kültürel sorunlar, yasal yetersizlikler ve eğitimsel eksiklikler bulunmaktadır (Büyükbayram ve Okçay, 2013). Ayrıca, kadın sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin, toplum genelindeki kadına yönelik şiddetin bir yansıması olarak algılanması da bu problemi derinleştiren bir faktördür. Ülkemizde, adalet sisteminin yavaş işlemesi ve bireylerin adalete olan güvensizlikleri, şiddetin daha da yaygınlaşmasına zemin hazırlamaktadır. Bu sorunları çözmek için, toplumun tüm kesimleriyle birlikte, kapsamlı bir strateji ve politika geliştirmek zorundayız. Sadece yasal düzenlemelerle değil, toplumsal bilinçlendirme, eğitim ve farkındalık yaratma çalışmalarıyla da bu sorunun üstesinden gelinmesi mümkündür.

2.5 Sağlık Kurumlarında Şiddetin Olumsuz Etkileri ve Sonuçları

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin olumsuz etkileri hem birey üzerinde hem de tüm toplumu kapsayacak şekilde geniş bir yelpazede hissedilmektedir. Bu etkilerin başlangıcı, şiddetin bireysel mağdurları olan sağlık çalışanlarıdır ve sonrasında yayılarak toplumun geneline kadar ulaşabilir.

2.5.1 Mağdurda Yarattığı Psikolojik ve Fiziksel Sonuçlar

Özellikle sağlık sektöründe çalışanlar, bu tür saldırıların en yaygın mağdurlarıdır. İşyerinde karşılaşılan şiddet, sağlık çalışanları üzerinde derinlemesine ve kalıcı hasarlar bırakabilir. Bireysel olarak incelendiğinde, bu şiddetin sebep olduğu moral

düşüklüğü, iş motivasyonunun kaybı, genel memnuniyetsizlik, iş doyumu azalması ve anksiyete, sağlık çalışanlarının mesleki performansını ve psikolojik durumunu doğrudan etkiler (Dursun, 2012). Ayrıca fiziksel yaralanmalar ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden durumlarla karşı karşıya kalmaları söz konusu olabilir. Bu olumsuz etkiler, bitkinlik, kronik baş ağrıları, sürekli endişe, kendine olan güveni kaybetme ve cinsel sorunlar gibi çok çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

Bu travmatik deneyimler sadece bireyin kendi yaşantısını değil, aynı zamanda aileleri, arkadaşları ve iş arkadaşları üzerinde de derin yankılar bırakabilir. Ailesinin ve arkadaşlarının, şiddet olayına maruz kalan bireyle empati kurarken yaşadığı şok, güvensizlik duygusu ve inkar, aile içi ilişkilerde ve sosyal faaliyetlerde bozulmalara sebep olabilir. Bu durum, bireyin sosyal hayatını, aile dinamiklerini ve genel yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir (Dursun, 2012). Aynı şekilde, çalışma arkadaşları da benzer bir travmayı yaşayabilir. İşyerindeki genel moralin bozulmasına, artan strese, ekip içi çatışmalara ve iş arkadaşları arasında güvensizlik hissinin artmasına yol açabilir. Ayrıca, bireyin sadece şiddet olayına tanık olması bile travmatik reaksiyonların tetiklenmesine sebep olabilir. Aslında, sözel tehditlerin bazen fiziksel saldırıya kıyasla daha derin ve kalıcı travmalara yol açtığı belirtilmiştir. Mağdurlar, bu deneyimleri işlerine yansıtarak yanlış başa çıkma stratejileri geliştirebilir ve bu, alkol, sigara veya uyuşturucu bağımlılığına yol açabilir. Ayrıca, işyerinde yaşanan şiddet, çalışanın kariyer gelişimini de olumsuz yönde etkileyebilir. Şiddetin bu tür derin etkileri, iş kazalarına, sakatlıklara ve hatta mağdurun intihara yönelmesine bile sebep olabilir (Dursun, 2012).

Yeni mezun sağlık çalışanları, bu şiddetin en yaygın mağdurları arasında bulunmaktadır. Özellikle branşlaşmamış genç doktorlar ve hemşireler, şiddet olaylarına maruz kalma riski taşımaktadır. Ancak bu risk, bazı tıbbi branşlarda daha belirgindir. Örneğin, dahili ve cerrahi tıbbi alanlarda çalışan genç doktorlar ve hemşireler, acil servislerde, yoğun bakım ünitelerinde veya psikiyatri servislerinde çalışan meslektaşlarına kıyasla şiddete maruz kalma riski daha yüksek olabilir (Yılmaz, Tellioğlu ve Arıkan, 2021). Şiddetin bu yoğunluğu, genç sağlık profesyonellerinin kariyer seçimlerini, uzmanlık alanlarına olan ilgilerini ve mesleki motivasyonlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu durum, belirli branşlarda uzmanlaşma eğilimini azaltarak, bu alanlarda uzmanlaşmış sağlık profesyoneli

eksikliğine yol açabilir (Yılmaz vd., 2021). Bu da uzun vadede toplumun kaliteli sağlık hizmetine erişimini sınırlayabilir.

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sadece bireysel mağdurlarla sınırlı kalmamakta, tüm toplum için ciddi ve geniş kapsamlı olumsuzluklara yol açmaktadır. Bu olumsuz etkilerin önlenmesi, toplumun genel sağlığı, hasta bakım kalitesi ve sağlık sistemimizin sürdürülebilirliği için kritik bir öneme sahiptir.

2.5.2 İşyerinde Şiddetin Ekonomik Maliyeti

İşyerindeki şiddetin getirdiği ekonomik maliyetler ve işgünü kayıpları giderek artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak, bu maliyetleri tam olarak ölçmek oldukça zordur. Bu durumun ardında yatan sebepler arasında, personelde artan korku seviyeleri, post travmatik stres bozukluğu gibi psikolojik etkiler bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, şiddet sonucu başvurulan negatif başa çıkma stratejilerinin, örneğin alkol ve uyuşturucu kullanımı, maliyetine dair net bir bilgi bulunmamaktadır (T. Pınar ve G. Pınar, 2013).

Bunun nedenleri arasında hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde şiddetin toplumsal kabul görmesi, etkin bir bildirim sisteminin olmaması, kurbanların suçlanma korkusu ya da saldırganlardan gelecek misillemelerden endişe duyması ve yönetimsel ilgisizlik sayılabilir.

İngiliz Kolombiya'sında yapılan bir araştırmada, sağlık sektörü çalışanlarının toplam işgücü içindeki oranı %5 olmasına rağmen, işyeri şiddeti sonucu yapılan tazminatların %40'ı bu sektöre aittir. Bu, yıllık olarak 35 milyon dolardan fazla bir işgünü kaybı maliyetine yol açmaktadır (T. Pınar ve G. Pınar, 2013).

İngiltere ve Galler'de 1997 yılında işyerlerinde yaşanan şiddet olayları nedeniyle toplamda 3.3 milyon saatlik iş kaybı meydana gelmiştir. Bu durumun maaş bazında yıllık ekonomik etkisi yaklaşık 55 milyon Amerikan dolarıdır. Ayrıca, Ulusal Denetleme Kurulu'nun yaptığı araştırmalara göre, bu şiddet olayları Ulusal Sağlık Kurumu (NHS) için yılda yaklaşık 69 milyon sterlinlik bir maliyete yol açmaktadır. Ancak, bu rakama çalışanların değiştirilme maliyetleri, medikal tedaviler ve tazminatlar dahil edilmemiştir (T. Pınar ve G. Pınar, 2013).

Aynı şekilde, NIOSH (The National Institute for Occupational Safety and Health) 'ın yaptığı araştırmalara göre, sağlık sektöründe çalışanların yarısından fazlası kariyerleri boyunca en az bir kez hastaların veya yakınlarının saldırısına uğramıştır.

Bu durum her yıl yaklaşık 876.000 iş gününün kaybedilmesine ve 16 milyon dolarlık bir zarara sebep olmaktadır (T. Pınar ve G. Pınar, 2013).

Sağlık sektöründe karşılaşılan şiddet olaylarının ekonomik yansımaları elbette önemlidir. İş günü kayıpları ve bu olayların sektöre getirdiği ek maliyetler ciddi bir ekonomik yük oluşturmaktadır. Ancak, bu maddi sonuçların yanı sıra, şiddetle karşılaşan kalifiye sağlık çalışanlarının mesleği terk etmeleri ya da daha gelişmiş ülkelere göç etmeleri gibi durumlar, toplum için uzun vadede telafi edilemez bir insan sermayesi kaybına yol açmaktadır. Bu tür bir kayıp, sadece ekonomik boyutlarıyla değil, aynı zamanda toplumun sağlık hizmetlerine erişim kapasitesi ve kalitesi açısından da ciddi zararlara neden olabilir. Dolayısıyla, sağlık sektöründe yaşanan şiddetin sonuçları, sadece kısa vadeli maliyetleriyle değil, uzun vadede toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanma kapasitesine potansiyel etkileriyle de dikkatlice değerlendirilmelidir.

Bu bağlamda, Türkiye'nin durumu da oldukça dikkat çekicidir. TTB'nin yaptığı anket çalışmasına göre hekimlerin yüzde 84'ü meslek hayatlarında en az bir defa fiziksel veya sözel şiddete uğramıştır. Sadece beyaz kod verileri bile 2021 yılında Türkiye'de, günde ortalama 80'den fazla sağlık kurumlarında şiddet vakasının yaşandığını göstermektedir (Aydan, 2023). Şiddet vakalarının bu kadar yoğun olduğu bir ülkede Türk Tabipleri Birliği'ne göre 2021 yılında 1400'den fazla doktor yurtdışına göç etmiş, son on yılda ülkemizden yurtdışına çalışmaya giden doktor sayısı ise 4000'e ulaşmıştır (Aydan, 2023).

Gelişmekte olan ülkeler açısından bu verilere bakıldığında, problem daha da karmaşık bir hal almaktadır. Nitelikli sağlık profesyonellerinin giderek artan bir oranda gelişmiş ülkelere göç etme eğiliminde olması, bu ülkelerin sağlık hizmetlerini sunma kapasitelerini zayıflatmaktadır. Özellikle Türkiye'de tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin çoğunluğunun (%94) yurt dışında hekimlik yapmayı düşündüğünü, yaklaşık yarısının (%46) bu konuda kararlı olduğunu belirttiği ortaya konmuştur (Aydan, 2023). Bu, şiddetin sadece bireysel etkileri olmadığını, aynı zamanda ulusal düzeyde stratejik insan sermayesi kaybına neden olarak ekonomik kayıplara da yol açabileceğini göstermektedir.

2.6 Sağlık Kurumlarında Şiddeti Önleme ve Müdahale

Ulusal ve uluslararası alanda yapılan araştırmalar, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerinin ve bu şiddeti uygulayan veya maruz kalan kişilerin özelliklerinin benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Ancak, şiddet olaylarının tamamen engellenmesi zor olsa da bu olayların olumsuz sonuçlarından korunma yolları bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık çalışanlarının güvenliğini artırmak adına, 2012 yılında "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" hayata geçirilmiştir (Büyükbayram ve Okçay, 2013). Bu yönetmelikle birlikte Beyaz Kod uygulaması, çalışanların eğitimi, hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi gibi bir dizi önlem ve düzenleme getirilmiştir. Bu tür düzenlemelerin etkinliğinin sürekli olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Yapılan araştırmalar neticesinde, sağlık sektöründe alınan önlemlerin ve müdahale yöntemlerinin genellikle şiddet olayları sonrasına odaklandığı görülmektedir. Bu önlemler, çoğunlukla, olayın ardından zararın azaltılması, mağdurların desteklenmesi ve benzer durumların tekrarının önlenmesi amacını taşımaktadır. Ancak, bu yaklaşımın önemli bir eksikliği, şiddet olaylarının kök nedenlerine yönelik proaktif çözümlerin yeterince ele alınmamasıdır. Bu durum, sağlık kurumlarındaki şiddet vakalarının önlenmesinde etkili bir strateji geliştirmenin önündeki en büyük engellerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu çalışma, mevcut yaklaşımların ötesine geçerek, sağlık kurumlarında şiddet olaylarının gerçekleşmesini önleyecek tedbirlerin geliştirilmesine odaklanmaktadır. Şiddetin sadece sonuçlarıyla değil, oluşum aşamasında müdahale edilerek, olayların kökenindeki nedenlerin ele alınması gerektiğini savunmaktadır. Bu bağlamda, sağlık kurumlarının mimari ve fiziksel koşullarının, çalışanların ve hastaların güvenliğini nasıl artırabileceği ve şiddet olaylarının önlenmesine nasıl katkıda bulunabileceği incelenmektedir.

Sağlık kurumları, şiddeti önleme stratejileri kapsamında, sadece politika ve prosedürlerin güncellenmesi, personel eğitimi ve güvenlik önlemlerinin artırılması gibi geleneksel yöntemlere değil, aynı zamanda mimari ve fiziksel çevrenin iyileştirilmesine de yatırım yapmalıdır.

Sonuç olarak, sağlık kurumlarındaki şiddetin önlenmesi, çok yönlü bir yaklaşım gerektirir. Bu yaklaşım, sadece olay sonrası müdahalelere değil, aynı zamanda şiddetin kök nedenlerine odaklanan, olay öncesi önleyici tedbirleri de içermelidir. Bu stratejinin bir parçası olarak, şiddetin gerçekleştiği mekânın mimari tasarımı, şiddeti önleme çabalarında merkezi bir rol üstlenebilir. Bu şekilde, sağlık sektöründe şiddet olaylarının azaltılması ve çalışanlar ile hastaların güvenliğinin artırılması hedeflenmelidir.

3
MİMARİNİN ALGI ÜZERİNDEN ŞİDDET EĞİLİMİNE ETKİSİ

3.1 Mekân Algısı

Mekân, bireylerin deneyimlerini, etkileşimlerini ve anlamlandırmalarını şekillendiren önemli bir bileşen olup, insanlık tarihi boyunca kültürel, sosyal ve bireysel değerlerin bir yansıması olarak rol oynamıştır. Bu kavramsal çerçevede, 1890'lardaki Alman estetik teorileri ile başlayan bir dönüşüm, mekânın anlam ve işlevine derinlemesine bir bakış açısı sunmuştur (Uslu ve Yalçın, 2020). Bu dönemin öne çıkan isimlerinden biri olan Norberg-Schulz, mimari mekânı, bireyin fizyolojik, psikolojik ve toplumsal ihtiyaçlarına cevap veren üç boyutlu bir yapı olarak tanımlamış, mekânın sadece fiziksel bir alan olmadığını, tarihsel ve kültürel özelliklerle de tanımlanan karmaşık bir yapı olduğunu belirtmiştir (Ulubay ve Önal, 2020).

Henri Lefebvre, mekân kavramını derinlemesine ele alarak, onu fiziksel bir boyut olmaktan çıkarıp, sosyal, politik ve kültürel bir ürün olarak tanımlamıştır (Lefebvre, 2015). Lefebvre'ye göre, mekân aktif bir sosyal süreçle üretilir ve toplumsal ilişkilerin ve güç dinamiklerinin somut bir yansımasıdır. Mekân, bireyler ve topluluklar için taşıdığı anlam ve değeriyle, basit bir konum olmanın ötesine geçer. Zevi ise, mekânın mimari tasarımın temel unsurlarından biri olduğunu vurgulayarak, mimari formun estetik ve fonksiyonel boyutlarının yanı sıra, bu formların yarattığı mekânsal deneyimin de önemli olduğunu belirtmiştir (Zevi, 1957).

Mekân, sadece fiziksel özellikleriyle değil, aynı zamanda insanın onu nasıl deneyimlediği, hissettiği ve yorumladığıyla da tanımlanmaktadır. Bu tanımın temelinde, bireyin çevresini derinlemesine anlamlandırma süreci yer alır. Bu süreç, insanın yapay çevreyle olan etkileşimi, fiziksel uyarılara olan tepkilerini temel alarak biyolojik, fizyolojik ve psikolojik mekanizmalarını harekete geçirmektedir (F. Aslan, E. Aslan ve Atik, 2015).

İnsanın çevresiyle kurduğu bağ, beş temel duyu organı aracılığıyla oluşur; görme, işitme, dokunma, tat alma ve koku alma (Şekil 3.1). Bu duyusal kanallar, bireyin dış ortamla bağ kurmasını sağlar. Dışsal uyarılar hızla beyne iletilir ve bu bilgi analiz edilip işlenir. Bu süreçte beyin, aldığı bilgiye dayanarak vücuda tepki vermesi gerektiğinde komut gönderir. Mekânın algılanması sadece fiziksel bir süreç değil, bireyin geçmiş deneyimleri, duygusal durumu ve o anki ihtiyaçlarına göre şekillenen karmaşık bir deneyimdir. Cüceloğlu'nun da belirttiği gibi "Algı, duyu organlarımızdan beynimize ulaşan verilerin örgütlenmesi, yorumlanması, anlamlandırılması sürecidir" (Alici ve Paktaş, 2020). Bu algılama süreci, insanın fiziksel çevresiyle olan etkileşimini ve bu etkileşimin sonucunda oluşan deneyimleri temsil eder.



Şekil 3.1 Mekânın Duyum Aşaması (F. Aslan vd., 2015)

Bununla birlikte, mekânsal algının sadece somut fiziksel özelliklerle sınırlı olmadığını da vurgulamak gerekmektedir. Mekân algısı psikolojisi, kişinin mekân içinde veya çevresinde deneyim kazanmasına ve bu deneyimlerin zamanla nasıl evrildiğine odaklanmaktadır. Bu süreç, hareket ve zaman kavramlarına, aynı zamanda bireyin mekân içindeki konumunun mekânsal ilişkileri çözümlemesiyle de doğrudan ilişkilidir (F. Aslan vd., 2015).

Ayrıca, mekânda anlamsal çözümleme, duyu organlarıyla gerçekleşen ve bellekle anlamsal bütünlüğe varan bir süreçte gerçekleşirken, yaşadığımız çevreyi üç boyutlu olarak değerlendirdikten sonraki aşamada, dördüncü bir boyut olarak "zaman" kavramını da içermeye başlar. Bu gerçeklik, mekânın içindeki objelerle tanımlanır ve algılanır (Alici ve Paktaş, 2020).

Dokunsal, kinestetik, haptik, görsel ve işitsel olarak sınıflandırabileceğimiz mekânsal algılama yolları dışında, anılar ve beklentiler de bu algılama sürecinde kritik bir rol oynamaktadır. Bu faktörler, mekânın birey tarafından nasıl algılandığını belirleyen karmaşık bir yapı oluşturur (F. Aslan vd., 2015).

Mekânda algı, insanın çevresiyle olan etkileşimini, deneyimlerini ve bu deneyimlerin ona nasıl yansıdığını anlamamızı sağlayan kritik bir araştırma alanıdır. Bu alandaki çalışmalar, bize mekânın sadece fiziksel özelliklerle değil, aynı zamanda psikolojik, sosyolojik ve felsefi boyutlarıyla da nasıl algılandığına dair derinlemesine bilgi sağlamaktadır.

Mekân tasarımında, mekânın işlevselliği, formu ve kullanım şekli gibi ana bileşenler, alt kategorileri olan renk, malzeme ve ışık gibi fiziksel unsurlarla birlikte dikkatlice ele alındığında, mekânın doğru bir şekilde algılanması sağlanır.

3.1.1 Mekânda Algı Türleri

Mekânın birey üzerindeki etkisi, algılama sürecinin karmaşık ve çok yönlü yapısını yansıtan, derinlemesine bir deneyimin mahsulüdür. Bireylerin bir mekânı algılamaları, bu mekânın sunduğu çeşitli algı türlerinin bir araya gelmesiyle şekillenen, duyusal ve psikolojik etkileşimlerin bir sonucudur. Fiziksel dünya ile sürekli etkileşim içerisinde olan duyu organlarımız, çeşitli uyaranlara karşı tepkiler geliştirmekte, bu da fiziksel algının temelini oluşturarak, bireyin çevresiyle güvenli ve etkili bir şekilde etkileşim kurmasını sağlamaktadır. Bu süreç, bireyin çevresini derinlemesine tanımasına ve bu bilgileri kullanarak uygun tepkiler geliştirmesine imkân tanıyan, çok boyutlu bir algı mekanizmasıdır.

Görsel algı, gözün optik yapıları aracılığıyla ışığın retinada görüntü oluşturmasıyla başlayan ve bu ışık enerjisinin retina tarafından elektrik sinyallerine dönüştürülerek beyne iletilmesiyle devam eden karmaşık bir süreçtir. İki gözden gelen bilgilerin beyinde entegre edilmesiyle, derinlik algısı ve üç boyutlu dünya algısı mümkün olmaktadır, bu sayede retina üzerinde oluşan iki boyutlu görüntüler, bireyin üç boyutlu bir dünya algısı oluşturmasına imkân tanır (Guyton ve Hall, 2017). Görsel algı, çevresel faktörler ve gözlemcinin eylemleri tarafından şekillenmekte, görsel ortamın içsel durumlarını tahmin etme ve tanımlama konusunda kritik bir rol oynamaktadır (Rao, 1999). Retinaya çarpan görüntülerin bütünsel olarak algılanması, mekânın estetik değeri, renk, şekil, ışık, gölge ve doku gibi görsel öğelerin entegrasyonu ile zenginleşir. Bu öğeler, mekânın kimliğini ve karakterini, bireyin mekânda hissettiği duygusal ve psikolojik yanıtları şekillendirmektedir (Erişti, Uluuysal ve Dindar, 2103).

Thomas Reid ve Platon, görmenin dış dünyayı anlamak ve yorumlamakta merkezi bir rol oynadığını vurgulamaktadırlar. Reid'e göre, görme, çevresel algılamada hızlı ve etkili bir yöntemdir ve bireyin zihinsel yapısına, sahip olduğu bilgilere ve algısal yeteneklerine bağlıdır (Kara, 2020). Platon ise, görmenin fiziksel bir süreçten öte, düşünsel bir deneyim olduğunu savunur ve bu sürecin felsefi düşünceye katkısını belirtir (Göle, 2020). Görsel algı, mekânın işlevselliği ile estetik değerini bütünleştirir, kullanıcıların mekânı algılama ve kullanma biçimlerini etkiler. Mekânın renkleri, dokuları ve aydınlatması, kullanıcıların mekâna yönelik duygusal tepkilerini ve bağlantılarını etkilerken görsel algının estetik boyutu, kullanıcıların mekânı nasıl hissettiklerini ve algıladıklarını etkileyen önemli bir faktördür. Estetik, mekânın duygusal çekiciliğini ve kullanıcının mekânla olan kişisel bağını güçlendirebilir. Görsel algı, mekânın estetik değerini anlamak ve bu değeri içselleştirmek için kullanıcıların görsel ve duyusal deneyimlerine dayanır. Bu nedenle, mekân tasarımı ve planlamasında görsel algının önemini anlamak, kullanıcı deneyimini geliştirmek ve mekânın toplum üzerindeki etkisini artırmak için hayati öneme sahiptir.

Dokunsal algı, insan deneyiminin temel bir yönü olarak, mekânın insan üzerindeki etkisini anlamada kritik bir role sahiptir. Mekânın fiziksel özellikleri (dokusu, sıcaklığı ve malzemesi) dokunsal algının ana unsurlarıdır ve bir mekânın 'hissedilme' biçimiyle doğrudan ilişkilidir. Bu algı, çevremizdeki objelerin fiziksel özelliklerini tanıma ve anlama imkanı sunar ve psikolojik ile duygusal deneyimlerimizi şekillendirir. Dokunma duyusu, derideki mekanoreseptörler aracılığıyla gerçekleşir; bu hücreler, mekanik bir uyarıya yanıt vererek beyne bilgi gönderir ve dokunduğumuz yüzey hakkında geri bildirim sağlar. Dokunsal algı, bireyin mekânla ve yapılarla sadece fiziksel bir ilişki kurmasının ötesinde, duygusal ve psikolojik bir bağ oluşturmasını da sağlamaktadır. Mekânın dokunsal kalitesi, insanların o mekândaki deneyimlerini, konforunu ve aidiyet duygusunu derinlemesine etkilemektedir. Pallasmaa, tüm duyuların aslında dokunma duyusunun çeşitli manifestasyonları olduğunu iddia etmekte ve 'göz bile dokunur; bakış bilinçdışı bir dokunuşu, bedensel mimesisi ve özdeşleşmeyi imler' şeklindeki ifadesiyle, dokunsal algının yalnızca ellerle hissedilen bir fenomen olmadığını, aynı zamanda gözlerimiz ve bakışlarımız aracılığıyla da gerçekleşen çok boyutlu bir deneyim olduğunu belirtmektedir (Pallasma, 2021).

İşitsel algı, bireylerin çevrelerindeki sesleri algılamaları ve bu seslerin mekânsal özelliklerini anlamaları olarak tanımlanabilir. Bu süreç, kulağın ses dalgalarını yakalaması ve beyin tarafından bu bilgilerin işlenmesiyle gerçekleşir. İşitsel algının bu temel işlevi, bireyin çevresindeki dünyayı anlamasında ve onunla etkileşim kurmasında kritik bir rol oynar. Mekânların tasarımında, işitsel algı, seslerin yarattığı duygusal ve psikolojik etkileri de içerebilir. Pallasmaa'ya göre, her mekânın kendine özgü bir ses karakteri vardır ve bu sesler farklı duygusal ve psikolojik atmosferler oluşturabilir (Pallasmaa, 1994). Öte yandan, modern mimarlık ve kentsel tasarım, genellikle ses ve mimari tasarım ilişkisini istenmeyen gürültüyü azaltma bağlamında ele alır. J. Douglas Porteous, hızlı kentleşme ile birlikte gürültüye daha fazla önem verildiğini ve araştırmaların neredeyse tamamen gürültüye odaklandığını belirtir (Spence, 2020). Schafer'e göre, modern mimarlık genellikle ses azaltma, izolasyon ve soğurma üzerine yoğunlaşır ve bu, sesin sadece bir rahatsızlık kaynağı olarak algılandığını yansıtır (Spence, 2020). Ancak, sesin mekânsal algı ve insan psikolojisi üzerinde olumlu etkileri de vardır. New York'taki Paley Park, sesin olumlu etkilerini sergileyen bir örnektir; park, şehir gürültüsünü su sesi ve yoğun bitki örtüsüyle maskeleyerek sakinleştirici bir atmosfer yaratır (Şekil 3.2) (Spence, 2020). Bu örnek, sesin mekân tasarımında sadece gürültüyü engelleme ötesinde, duyusal ve duygusal deneyimleri zenginleştirebileceğini ve mimarlar ile kentsel tasarımcılar için önemli bir unsur olduğunu göstermektedir.



Şekil 3.2 New York Paley Park (Spence, 2020)

Mekân algısında kokunun rolü ve etkisi, insan duyularının benzersiz yönlerinden birini temsil eder. Koku alma reseptörleri, beyinle doğrudan iletişim kurabilen ve

kendilerini yenileyebilen tek duyu organı olarak öne çıkar, bu da kokunun insan psikolojisi ve davranışları üzerindeki etkisini anlamada önemli bir temel oluşturur (Çakır ve Erkan, 2023). Her mekânın kendine has kokusu, mekânın algılanmasında merkezi bir rol oynar; insanlar bir mekâna girdiklerinde, kokusu aracılığıyla bilinçaltında çeşitli değerlendirmeler yaparlar, bu süreçte geçmiş deneyimler, kültürel arka planlar ve kişisel özellikler etkili olur (Çakır ve Erkan, 2023). Mekânda koku tasarımı, istenmeyen kokuları önlemek, mevcut kokuları maskelemek, uyumlu bir koku ortamı yaratmak gibi amaçlarla, kullanıcı deneyimini zenginleştirmek ve mekânın atmosferini iyileştirmek amacıyla kullanılır. Pallasmaa, bir mekânın "en kalıcı özelliğinin kokusu olduğunu" belirterek, kokunun mekân algısı ve bellekteki derin etkisini vurgular (Pallasmaa, 2021).

Mimarlıkta tat algısının rolü, insan deneyiminin derinlemesine anlaşılmasında önemli bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Adrian Stokes, mimarlık malzemelerinin ve tasarım detaylarının duyusal algılar üzerindeki etkisini ele alırken, "Veronese mermerinin sözlü daveti" ifadesiyle, bu malzemelerin ve yüzeylerin yalnızca görsel bir tatmin sunmakla kalmayıp, duyusal ve lezzet algılarını da harekete geçirebileceğini vurgulamıştır (Spence, 2020). Eberhard'ın "Mimarlık ve Beyin" adlı eserinde yapılan analizler ise, mimariyle tat alma duyusu arasındaki ilişkiyi geniş bir perspektiften ele alır; bir restoranın tasarımının yemeğin lezzetine olan "koşullu tepkisi" üzerinde etkili olabileceğini belirtir (Spence, 2020). Bu gözlemler, mimari ve tasarımın, insanların tatma deneyimlerine dolaylı yollarla etki edebileceğini ve duyusal algıların sadece doğrudan etkileşimlerle sınırlı olmadığını gösterir.

Kinestetik algı, algı ve bilişin insanların çevrelerini ve içinde bulundukları nesneleri anlamlandırmada oynadığı rolün bir parçasıdır. Bu algı, çevreden gelen uyaranların çeşidi ve yoğunluğu, kişinin geçmiş tecrübeleri, o anki duygusal durumu ve fizyolojik hassasiyet gibi faktörlere bağlı olarak şekillenir (Linking perception and cognition). Örneğin, orman yürüyüşünde algılanan yeşillik, kuş sesleri ve toprak kokusu, görsel ve işitsel algıları aşarak, bireyin bedensel hareketleri ve pozisyon bilgisiyle entegre olan kinestetik algıyı da etkiler (Kwon ve Iedema, 2022). İngiliz nörolog Henry Charlton Bastian tarafından tanımlanan kinestezi, insanların kendi beden hareketlerini ve bu hareketlerin çevreyle etkileşimlerini algılama yeteneğidir.

Bu yetenek, bireyin çevresindeki nesnelerin konumu, hareketi ve fiziksel özellikleri hakkında bilgi sağlar ve kinestetik zekâ, insanların hareket yoluyla dünyayı algılamasını ve anlamasını kolaylaştırarak, çevreleriyle daha iyi etkileşim kurmalarına yardımcı olur (Kwon ve Iedema, 2022)

Mekânda zaman algısının ele alınması, varoluşsal bir yolculuk niteliğindedir. Bu kavramlar, fiziksel gerçekliklerin ötesinde, insan deneyiminin ve bilincinin önemli parçası olarak karşımıza çıkar. Zaman, günler, aylar, yıllar gibi ölçülebilir birimlerle tanımlanırken, mekân üç boyutlu bir kütle düzeni olarak algılanmaktadır. Ancak, bu yüzeysel algının ötesine geçildiğinde, zaman ve mekân arasındaki ilişkinin derinliği ve iç içe geçmiş yapısı açığa çıkmaktadır. Bu bağlamda, H. Minkowski'nin, "mekân ve zaman ayrı ayrı ele alındıklarında gölgeler gibi yok olmaya mahkûmdurlar" şeklindeki ifadesi, bu iki kavramın birbirine olan bağlılığını vurgulamaktadır (Erdoğan ve Yıldız, 2018).

Sonuç olarak, mekânın estetik ve işlevsel özelliklerinin ötesinde, duyusal boyutların ve bireyin duygusal, fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarının bütüncül bir şekilde ele alınması zorunludur. Mekân tasarımı ve planlaması sürecinde, görsel, işitsel, dokunsal, kokusal ve tat algıları gibi çeşitli duyusal algılar üzerine odaklanmak, bireylerin mekân içindeki deneyimlerinin kapsamlı bir anlayışını sağlar. Bu yaklaşım, mekânın sadece bir alan olarak değil, bireyin yaşam kalitesini artıran, ilham veren ve duygusal destek sunan bir çevre olarak işlev görmesini destekler. Dolayısıyla, mekân tasarımında bireysel algıları ve psikolojik etkileşimleri önemsemek, kullanıcı deneyimini zenginleştirmek ve mekânın toplumsal etkisini güçlendirmek için kritik bir öneme sahiptir.

3.2 Mimarinin İnsan Psikolojisi Üzerinden Şiddet Eğilimine Etkisi

Modern toplumda, dış faktörlerin insan zihnini ve algısını şekillendirmesi, moda, tüketim, pazarlama ve reklamcılık gibi alanlarda yoğun olarak incelenmiş ve bu sektörlerin toplumsal algı üzerindeki derin etkileri zamanla belirgin bir şekilde ortaya çıkmıştır. İnsan zihninin ve algılarının değiştirilebilirliği gerçeğinin anlaşılması ile birlikte, mimari tasarımın psikolojik ve algısal etkileri üzerine olan önemi son dönemlerde popüler bir konu haline gelmiştir. Mimari tasarım, insan yaşamının temel unsurlarından biri olarak, sadece bireysel algıları değil, aynı

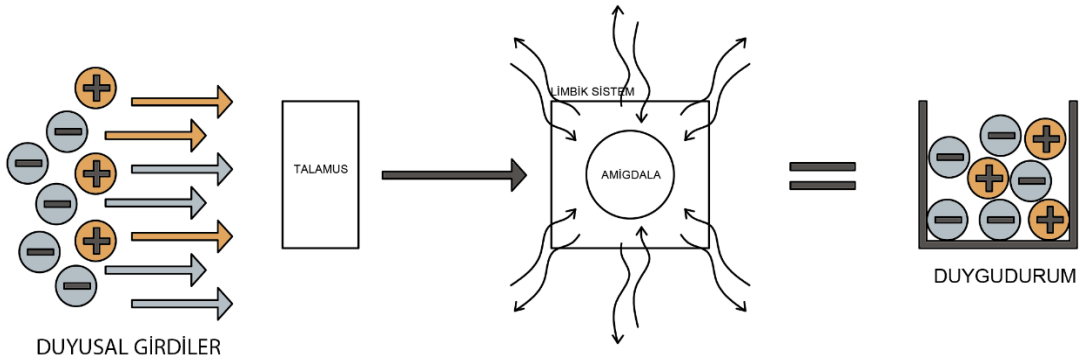
zamanda toplumsal algıları da dönüştürme kapasitesine sahip olduğu anlaşılmıştır. Bu kapsamda, mimarinin insan zihni ve davranışlarının şekillendirilmesinde kritik bir rol oynadığı fark edilmiştir. Özellikle, mimari tasarım öğelerinin algı ve insan psikolojisi üzerinden davranışları etkileme potansiyeli, şiddet eylemlerinin önlenmesi bağlamında önem taşımaktadır. Mimari, olumsuz davranışları, örneğin şiddeti, zihinsel süreçte algı yoluyla kontrol ederek ve yönlendirerek şiddet eğilimini engelleme yeteneğine sahip olabilir. Bu etkinin anlaşılabilmesi için, insan zihnindeki duyguların fizyolojisi ve bu duyguların davranışsal tepkilere dönüşüm süreci önem arz etmektedir. İnsan zihninde meydana gelen bu sürecin anlaşılması, mimarinin insan zihnine olan etkisini daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır.

3.2.1 Duyguların ve Algının Oluşumu, Tepkisel Davranışların Fizyolojisi

Beyinin girdisi duyulardır, duyuların yorumlanması ile duygular oluşur, duyguların hakim olan faza geçmesi ile davranışlar şekillenir ve duygusal tepkileri oluşturur. Duyuların yorumlanma süreci ise algı olarak tanımlanır. Algının oluşması ve tanımlanması ile insan zihninde oluşan o anki birden çok duygu barındırabilen ve baskın olan duygusal faz haline duygudurum denir. İnsan zihninde oluşan duygular ise negatif ve pozitif duygular olarak ikiye ayrılır. Duygudurum bireyin o anki zihinsel genel tavrını belirtir, karşılaşılan belirsiz bir olay anında hakim olan duyguların türüne göre negatif ya da pozitif tepkisel davranışsal yanıtlar oluşur ve böylelikle duygududuruma göre hem psikolojik hem fizyolojik olarak bireyin davranışları şekillenir.

Duygudurumun oluşması için elde edilen bu duyusal bilgiler, öncelikle talamus adı verilen beyin bölgesinden geçer. Talamus, duyuların temel işlem yeridir ve bir nevi bilgi işlem merkezi işlevi görerek, gelen duyusal verileri ayrıştırarak ilgili beyin bölgelerine yönlendirir (Türkel ve Terzi, 2007). Talamustan sonra girdiler limbik sisteme gönderilir ve önemli kısmı oksipital lobda işlenir. Limbik sistem, duygusal işleme ve hafıza ile yakından ilişkilidir ve talamustan gelen duyusal bilgileri, geçmişteki tecrübeler ve anılarla ilişkilendirerek pozitif ve negatif duyguların şekillendiği ilk algının oluşmasını sağlar. Bu işleme, özellikle oksipital lob gibi hafıza ve duyusal işleme ile ilişkili bölgelerde gerçekleşir. Oksipital lob, görsel bilgilerin işlendiği ana merkezdir ve geçmiş görsel deneyimleri depolar (Korkmaz ve Mahiroğlu, 2007).

Amigdala ise limbik sistemin merkezidir (Şekil 3.3). Limbik sistemin merkezi olan amigdala, çevresel uyaranları değerlendirir ve hipotalamus üzerinden böbrek üstü bezlerden stres hormonları olan adrenalin, noradrenalin ve kortizol hormonlarının kandaki seviyesini artırarak vücudu duygusal tepkiye hazırlar (Kılıç ve Eşel, 2002). Amigdala, çevresel uyaranları tanımlamak ve karşılaşılan durumu algılamak için elindeki verileri bilişsel davranışların kontrol edildiği merkezlere danışır (Dinç ve Kaya, 2022). Limbik sistemde dışarıdan alınan uyaranlar tanımlanırken, o anki duruma uygun birden çok pozitif ya da negatif karakterde duygular şekillenir. Örneğin; korku, heyecan, yalnızlık, çaresizlik, öfke gibi.

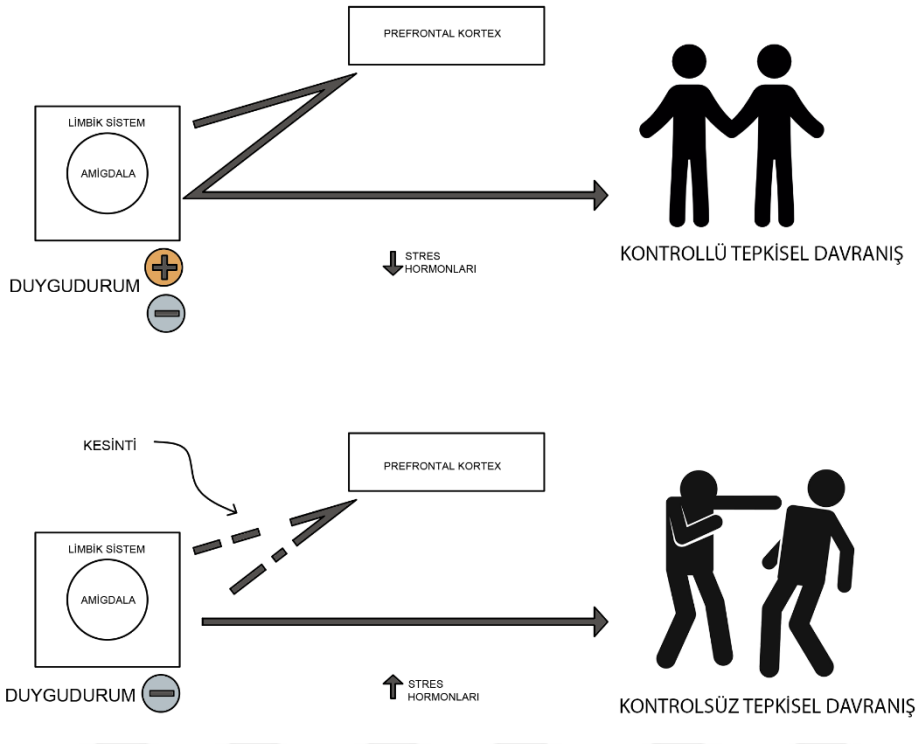


Şekil 3.3 Duygudurumun oluşumu (yazar tarafından oluşturulmuştur)

Limbik sistemden yorumlanması için giden bilgiler amigdalaya tekrar ulaştığında bireyin hakim olan düşünce türüne uygun olarak bir tepkisel davranış belirlenir. Devrenin diğer bir önemli bileşeni prefrontal kortekstir. Amigdala tarafından duyguduruma uygun olarak belirlenen tepkisel davranışın planlanması, tasarlanması, karşılaşılabilecek sonuçlarının değerlendirilmesi son kez prefrontal kortekste gerçekleşir. Prefrontal kortex limbik sistemle koordineli bir şekilde çalışarak, duygusal ve deneyimsel bilgileri mantıklı ve rasyonel çıkarımlara dönüştürür (Korkmaz ve Mahiroğlu, 2007). Bu etkileşim, bireyin çevresiyle etkileşimi ve bu etkileşimlerden elde ettiği verileri algılayıp tanımlamasında kritik bir rol oynar.

Amigdalanın duyguduruma uygun şekilde belirlediği tepkisel davranış, prefrontal kortexin onayından geçtikten sonra ya olduğu gibi ya da yeniden tasarlanarak kontrollü bir şekilde eyleme yansıtılır (Korkmaz ve Mahiroğlu, 2007). Yoğun duygusal girdilerin yaşandığı durumlarda amigdalanın oluşturduğu tepkisel davranış prefrontal kortexin onayından geçmeden eyleme dönüşebilir, bu durum

kontrolsüz tepkisel davranış olarak tanımlanır. Kontrolsüz tepkisel davranışlar aşırı negatif ya da aşırı pozitif duygudurum değişikliklerinde karşılaşılan bir durum olsa da genelde altında başlatıcı baskın bir duygunun varlığında gerçekleşmektedir



Şekil 3.4 Tepkisel davranışların oluşumu (yazar tarafından oluşturulmuştur)

(Şekil 3.4). Buna örnek olarak başarılı bir sınav sonucu elde eden aşırı coşkulu bir öğrencinin yerinde duramayıp zıplayarak başarısını kutlaması gibi kontrolsüz bir tepkisel davranış gösterileceği gibi stres ve öfke gibi negatif duyguların hakimiyetinde prefrontal korteksin karar verme sürecini beklemeden, doğrudan limbik sistem tarafından kontrolsüz şiddet ya da saldırganlık gibi ilkel bir tepkisel davranışın gerçekleşmesi örnek gösterilebilir.

3.2.2 Öfke ve Diğer Negatif Duyguların Şiddet ile İlişkisi

Limbik sistemde meydana gelen temel duygulardan biri olan öfke, hem normal kişilik yapılanması hem de psikolojik rahatsızlıklarla ilişkili temel negatif duygulardan biri olarak kabul edilir. Genel bir tanım yapmak gerekirse öfke; doyurulmamış istekler, istenmeyen sonuçlar ve karşılanmamış beklentilere karşı verilen, doğal, evrensel ve insanî bir duygusal yanıttır (Soykan, 2003). Öfke, algılanan bir haksızlık veya adaletsizliğe karşı ortaya çıkan, tutku derecesinde ahlaki bir duygu olarak da tanımlanabilir (Dilekler, Törenli ve Selvi, 2014). Suç ve

şiddet eğilimli davranışlarla sıkça ilişkilendirilen kontrolsüz öfke, toplumsal şiddet olayları gibi durumlarda belirgin bir biçimde gözlenmektedir.

Öfke, uygun şekilde dile getirildiğinde son derece sağlıklı ve tabi bir duygu olarak kabul edilebilmektedir. Ancak kontrolsüz bir şekilde zarar verici hale geldiğinde, eğitimden iş yaşamına, kişisel ilişkilerden genel yaşam kalitesine kadar pek çok alanda problemlere sebep olabilmektedir. Öfke, dış dünyadan gelen tetikleyicilerle ya da kişinin iç dünyasından kaynaklanan durumlarla ortaya çıkabilmekte ve diğer negatif duyguların beraberliğinde ön plana çıkarak hakim bir duygu olabilme potansiyeline sahiptir. Öfke, diğer negatif duygulardan beslenmeyi seven, kontrol altında tutulamadığında bireyin bilinçaltında olumsuz düşüncelerin yaygınlaşmasına neden olan, davranışlarının şiddet ve saldırganlık gibi negatif tepkisel davranışlara dönüşmesine sebep olabilecek karmaşık bir olgudur.



Şekil 3.5 Öfke (yazar tarafından oluşturulmuştur)

Öfkenin insan zihninde tek bir uyaran ile oluşmadığı ve anksiyete, depresyon, bağımlılık ve cinsel duygularla ilişkili olduğunu ortaya koyan geniş çaplı çalışmalar mevcuttur. Çeşitli araştırmacılar tarafından gerçekleştirilen bu çalışmalar, öfkenin genellikle daha yüzeydeki bir duygu olmadığını, ancak incinme, reddedilme, anlam eksikliği, korku ve yalnızlık gibi daha temel ve acı verici duygusal durumların bir sonucu olarak geliştiğini vurgulamaktadır (Şekil 3.5). Bu bağlamda, öfke sıklıkla

birincil hissedilen duygulardan ziyade, bu tür duygusal travmaların bir tepkisi olarak şekillendiği anlaşılmaktadır (Soykan, 2003).

Öfkenin yapısı gereği birçok negatif duyguyu beraberinde barındırması nedeniyle öfke hakimiyetindeki duyguduruma sahip bireylerin, bilinç altlarının yoğun negatif düşünceler ile meşgul olması ve yüksek stres durumları nedeniyle kan dolaşımlarında var olan yüksek stres hormonları seviyelerinin, dürtüsel kontrol mekanizmalarını aşarak kontrolsüz davranışlara yol açabileceği düşünülmektedir. Zaten mevcut literatürde, stresle ilişkili durumlarda norepinefrin, epinefrin ve kortizol gibi stres hormonlarının kan dolaşımındaki artmış seviyelerinin şiddet eğilimini tetiklediğine dair kanıtlar bulunmaktadır (Abay ve Tuğlu, 2000). Ayrıca, artmış kortizol düzeylerinin, testosteron reseptörleri üzerindeki etkileşim yoluyla agresyon ve öfke kontrolünde zorluklara neden olabileceği ve bu durumun limbik sistem ile prefrontal korteks arasındaki nöronal bağlantılarda iletişimi geciktirerek, stres karşısında limbik sistemin kontrolsüz negatif tepkisel davranışlara sebep olabileceği tartışılmaktadır (Abay ve Tuğlu, 2000).

Bu bağlamda öfke gibi baskın negatif duyguların bireyin duygudurumunda hakimiyet kurması bireyin düşünce yapısından, vereceği tepkisel davranışlarına kadar etkili olabileceği ve negatif duyguların yoğunlaştığı durumlarda tepkisel davranışlarımızın prefrontal kortexin kontrolünden çıkarak kontrolsüz bir şekilde şiddet ve saldırganlık gibi istenmeyen eylemlere dönüşebileceği anlaşılmaktadır.

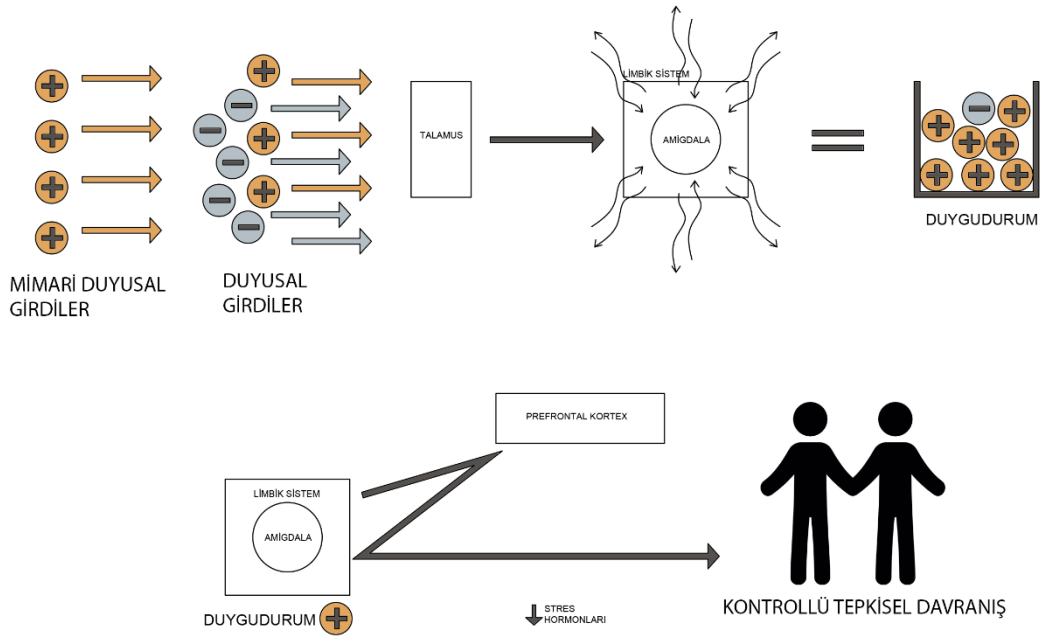
3.2.3 Mimarinin Algı Üzerinden Şiddet Eğilimine Etkisi

Yaşadığımız, çalıştığımız ve zaman geçirdiğimiz mekânların tasarımı, davranışlarımızı ve özellikle öfke gibi duygusal tepkilerimizi büyük ölçüde etkileyebilir. Günlük hayatta, mekânların tasarımı ve düzeni sadece bizi etkilemekle kalmaz, aynı zamanda kimliğimizi, tercihlerimizi, hobilerimizi ve değerlerimizi yansıtır.

Fiziksel çevrenin bileşenleri olan ışık, ses, renk, sıcaklık ve malzeme gibi faktörler, bireyin psikolojik ve fizyolojik yanıtlarını belirleyen unsurlardandır. Bu unsurlar, bir bireyin ruh halini, stres seviyelerini ve genel olarak yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Freud, fiziksel çevreyi adeta bir organizma olarak değerlendirerek, bu etkileşimin davranış bilimlerinde ne kadar önemli bir yer tuttuğunu vurgulamıştır. Freud'a göre, dış dünya ile iç dünya arasındaki etkileşim,

bireyin psikolojik denge ve uyumunu etkileyen temel bir dinamiktir (Alici ve Paktaş, 2020).

Sağlıklı bir ruh haline sahip bireylerde alınan eğitim ve toplum kuralları doğrultusunda kişilik merkezinin şiddet ve saldırganlık içeren davranışların oluşmasını engellediği bilinmektedir. Bilinçaltını olumsuz düşünceler ile meşgul eden negatif duyguların aşırı yoğunlaştığı durumlarda bu kontrol mekanizmasının çalışamadığı ve kişinin aldığı eğitimden ve kişilik özelliklerinden bağımsız olarak şiddet ve saldırganlık davranışlarının gerçekleşebileceği daha önceki bölümde tartışılmış ve bu durum kontrolsüz tepkisel davranış olarak tanımlanmıştır. Şiddet eylemi genellikle bu mekanizma ile ve öfke gibi baskın negatif duygular ekseninde gerçekleşse de bazı durumlarda eylemin karşı tarafa zarar verme motivasyonu ile de kişilik merkezinin kontrolünde gerçekleşebilmektedir. Bu her iki mekanizmanın şiddet eylemini gerçekleştirme potansiyelini şiddet eğilimi olarak tanımlamak mümkündür. Yapılan araştırmalar şiddet eğiliminin, genetik faktörlerden, hormonal etkileşimlere, beyinin anatomik yapısal farklılıklarına kadar çeşitli faktörlerden etkilendiğini ortaya koymaktadır (Yalçın ve Erdoğan, 2013).



Şekil 3.6 Olumlu mimari uyaranların davranışlara etkisi (yazar tarafından oluşturulmuştur)

Reaktif davranışlar, özellikle şiddet ve saldırganlık, genellikle yoğun negatif duygularla ilişkilidir. Bu bağlamda, mimari tasarımın terapötik yaklaşımı, pozitif

uyaranlar sunar. Bu uyaranlar, bireyin limbik sistemini etkileyerek, duygusal durumunu negatiften pozitife doğru değiştirebilir (Şekil 3.6). Sonuç olarak, olumlu mimari etkiler, bireyin negatif düşüncelerini pozitif olanlarla değiştirmesine yardımcı olabilir. Negatif duyguların yoğunluğunu kaybetmesi ile şiddet eğilimi kontrol altında tutulabilir ve kişilik merkezinin limbik sistem üzerindeki hakimiyeti artırılarak tepkisel davranışlar kontrol altına alınabilir. Mimarinin bu hususta en önemli özelliği olumlu uyaranlar ile henüz şiddet eylemi gerçekleşmeden altında yatan negatif duyguların yerini pozitif duygular ile değiştirerek doğrudan limbik sistem üzerinden etki edebilmesidir. Limbik sistem üzerinden etki edebilmesinin diğer bir avantajı da benzer uyaranlar ile limbik sistemin üzerinden alınan cevabın genel olarak tüm insanlarda ortak olmasıdır. Özellikle sağlık kurumlarında şiddet olgusuna yönelik önleme ve mücadele çalışmaları kapsamında yapılan yasalar, alınan önlemler, uygulanan protokoller genel olarak şiddet eylemi gerçekleştikten sonrasını kapsamaktadır ve genel olarak kişilik merkezi yani prefrontal kortex üzerinde etkili olan uygulamalardır. Kişilik merkezinin şiddet eylemi karşısında vereceği cevabı değiştirebilmek için uzun süren eğitimlere ve hukuk bilincinin yerleşmesi için zamana ihtiyaç duyarken, olumlu duyusal uyaranlar ile limbik sistem üzerinde pozitif duyguların oluşturulması ile şiddet eğiliminin kontrol edilmesi için ek bir süreye ya da çabaya ihtiyaç duyulmamaktadır.

Bu bağlamda mimari tasarım yolu ile ruhsal yönden daha sağlıklı bireylerin elde edilmesi ve şiddet gibi toplum açısından olumsuz davranışların önlenmesi için özellikle multidisipliner bir yaklaşım ile sağlık kurumlarında şiddetin önlenmesi açısından daha çok literatür çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

4
SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDETİN ÖNLENMESİNDE MEKÂN TASARIMININ ETKİSİ

4.1 Sağlık Kurumları Mekânsal Özellikleri

Sağlık kurumları, toplumun genel sağlık düzeyini artırmak, hastalıkların önlenmesi, erken teşhisi ve tedavisi ile bireylerin fiziksel, zihinsel ve sosyal iyi oluşunu desteklemek amacıyla kapsamlı sağlık hizmetleri sunan organizasyonlardır. Bu kurumlar; hastaneler, klinikler, tedavi merkezleri, laboratuvarlar, acil bakım merkezleri, uzun süreli bakım tesisleri ve halk sağlığı ajansları gibi bir dizi sağlık hizmeti sağlayıcıyı kapsar. Sağlık kurumlarının asli görevi, hasta bakımı, hastalık önleme stratejileri, teşhis ve tedavi hizmetleri, rehabilitasyon, sağlık eğitimi ve bilgilendirme programları aracılığıyla birey ve toplum sağlığını korumak ve geliştirmektir. Bu kurumlar hem kamu hem de özel sektör tarafından yönetilir ve sundukları hizmetler, kurumun büyüklüğüne, türüne, konumuna ve hedeflediği kitlenin özelliklerine göre değişkenlik gösterir.

Sağlık hizmetlerinin etkinliği, bu kurumların organizasyon yapısı, kaynak dağılımı, teknolojik altyapısı ve sağlık profesyonellerinin uzmanlık düzeyi gibi birçok faktöre bağlıdır. Bu bağlamda, sağlık kurumlarının sağlık sistemleri içindeki rolü, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde kritik bir öneme sahiptir. Özellikle, küresel sağlık sorunlarına ve pandemik tehditlere karşı koyma kapasitesi, bu kurumların hızlı ve etkin müdahale yeteneklerinin göstergesidir. Ayrıca, sağlık kurumları, sağlık politikalarının uygulanması, sağlık hizmetlerinin sürekli iyileştirilmesi ve sağlık araştırmalarının desteklenmesi yoluyla bilim ve teknolojideki ilerlemelerin sağlık hizmetlerine entegrasyonunda önemli bir rol oynar.

Sağlık kurumları içerisinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakaları en yoğun olarak hastane yapılarında meydana gelirken, bu yapılar içinde poliklinik birimleri ve poliklinik bekleme alanları şiddetin en sık rastlandığı yerler olarak öne çıkmaktadır. Bu sebeple, bu çalışma sağlık kurumları içerisinden hastane yapılarının poliklinik ve poliklinik bekleme alanları üzerine yoğunlaşacaktır.

4.1.1 Hastaneler

Teknolojik ilerlemeler ve hızlı nüfus artışı, insanları fiziksel çevreleriyle daha derinlemesine ve etkileşimli bir şekilde ilgilenmeye zorlamaktadır. Günümüzde yaşanan önemli gelişmelerden biri, sürekli olarak kentlere akın eden büyük halk kitlelerinin varlığıdır. Bu yoğun kentleşme süreci, yapıların boyutlarının genişlemesine, karmaşıklıklarının artmasına ve sayılarının çoğalmasına neden olmaktadır. Buna paralel olarak, insanlar sosyal ve fiziksel yaşam standartlarını sürekli olarak geliştirmeye ve dönüştürmeye çalışmaktadırlar.

Bu bağlamda, insanlık, yaşam alanlarının sürdürülebilirliğini ve kalitesini artırmak için yeni yöntemler araştırmakta ve uygulamaktadır. Bu durum, özellikle kentsel planlama ve mimari tasarım alanlarında yenilikçi yaklaşımların benimsenmesini teşvik etmektedir. Hızla büyüyen şehirler, bireyler ve topluluklar için daha iyi yaşam koşulları yaratma ihtiyacını beraberinde getirmekte, ancak bu sürecin çevresel, sosyal ve ekonomik etkileri de dikkate alınmalıdır. Dolayısıyla, kentsel dönüşüm ve gelişim, sadece fiziksel yapıları değil, toplumsal ve çevresel boyutları da kapsamaktadır.

Kentsel dönüşüm ve gelişim, toplumsal ve çevresel boyutlarıyla fiziksel yapıların evrimini de içerir. Bu süreçte önemli bir yer tutan hastane yapıları, toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesinde kritik bir role sahiptir. Hastaneler, basit tedavi merkezlerinden çok daha fazlasını temsil eder; onlar, karmaşık ve çok boyutlu tesislerdir. Bu yapılar, modern tıbbi donanım ve tedavi yöntemlerinin yanı sıra, hastaların iyileşme süreçlerine destek olacak şekilde tasarlanmış, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları da gözeten mekânlardır. Hastaneler, sağlık hizmetlerinin sunumu ve toplumun genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesinde merkezi bir role sahiptir, bu nedenle tasarım ve işlevsellikleri, kentsel yaşam kalitesini doğrudan etkileyen faktörlerdendir. Bu anlamda, hastaneler sadece hastalıkların tedavi edildiği yerler değil, aynı zamanda toplumun sağlık altyapısının temel taşları olarak hizmet vermektedirler.

Türkiye'de hastaneler en yaygın kullanılan sağlık hizmeti sunucuları arasında yer alır. Hastaneler, içerdikleri farklı kullanıcı gruplarına ve geniş bir fonksiyonel yelpazeye hitap eden yapılarıyla 'karma işlev' yapı sınıfına örnek teşkil ederler

(Çetintaş & Erem, 2022). Bu özellikleri, onları sağlık sisteminin çok yönlü ve merkezi bir parçası haline getirir.

Mutlu'ya göre hastaneler, bina yapısı, tıbbi donanımı, doktor ve hasta bakıcıları ile birlikte, insanlığın acılarını minimize eden, hastalıkları tedavi etme görevini üstlenen, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önleyen ve çevresel halkın sağlığını koruma amacı güden sürekli etkileşim içerisinde bulunan, aynı zamanda hastalıklara karşı bilimsel araştırmaların yürütüldüğü ve bir ülkenin sağlık ordusuna doktor ile hasta bakıcı yetiştiren sosyal ve bilimsel bir kurum olarak tanımlanmaktadır. (Mutlu, 1973)

Hastaneler, multidisipliner ekipler tarafından yönetilen, çeşitli uzmanlık alanlarına sahip sağlık profesyonellerinin bir araya geldiği, kapsamlı sağlık hizmetleri sunan merkezlerdir. Yeni nesil hastaneler, teknolojik ekipmanlar ve ileri düzey tıbbi araçlarla donatılmış olup, tıbbi teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunmaktadırlar. Ayrıca, bilimsel ve akademik çalışmalar, yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine ve mevcut uygulamaların iyileştirilmesine katkıda bulunurlar. Hastane yapıları, poliklinikler, acil servisler, ameliyathaneler, laboratuvarlar ve hasta bakım üniteleri gibi çeşitli bölümleri içerir ve bu bölümler, hastaların ihtiyaçlarına göre tasarlanmış ve donatılmıştır. Bu tanımlamalar, hastanelerin sadece tedavi merkezi olmakla kalmayıp, aynı zamanda toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesinde kilit bir rol oynadığını göstermektedir.

4.1.2 Hastane Birimleri ve Mekân Organizasyonu

Antik çağlarda insanların hastalıklarından iyileşme süreçleri doğal çevreyle bütünleşikken, modern dönemin hastaneleri, hastaların iyileşmesine odaklanarak inşa edilmiş, yapay bir ortam ve karmaşık makine düzenekleri barındıran yapılar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çağdaş hastane yapıları, her bir biriminin hastanın iyileşmesine en uygun koşulları sağlamak üzere birbiriyle bütünleşmiş şekilde planlanmakta ve tasarlanmaktadır. Hastane yapılarının asıl gayesi ne mimarlarını memnun etmek, ne danışmanlarının beklentilerini karşılamak, ne de mal sahiplerinin çıkarlarına hizmet etmek değil, birincil olarak hastalara en iyi hizmeti sunmaktır. Hastanenin mekânsal organizasyonu ve diğer destek birimleri, konfor ve işlevsellik bakımından hastaların gereksinimlerine göre şekillendirilmekte, bu ihtiyaçlar hastane tasarımının esasını teşkil etmektedir. Bu yaklaşım, hastane

yapılarının fonksiyonel ve insan odaklı olmasını sağlamakta ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaktadır (Harputlugil, 2005).

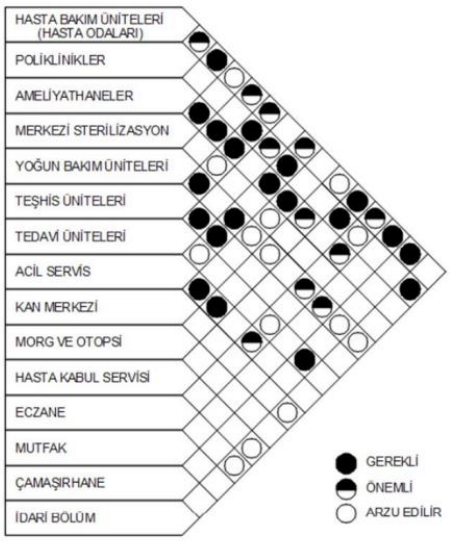
Hastane yapıları, çeşitlilik arz eden özelliklere sahip, özel mekânsal düzenlemeler ve teknik donanımlar gerektiren, çok sayıda farklı işlevin entegrasyonuyla meydana gelmektedir. Bu kompleks yapılar, fonksiyonel açıdan dört ana kategori altında sınıflandırılabilen çeşitli bölümleri bünyesinde barındırmaktadır (Meram, 2021). Bu kategoriler, hastanenin sunduğu hizmetlerin çeşitliliğini ve kapsamını yansıtmakta, ayrıca hastanenin işlevsel yapılanmasını ve hizmet sunumundaki verimliliğini artırmak amacıyla detaylı bir şekilde planlanmıştır. Her bir bölüm, hastanenin genel işleyişine katkı sağlamakta ve hastaların tedavi sürecindeki ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılamak üzere tasarlanmaktadır. Bu sınıflandırma, hastane yönetiminin hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini optimize etme çabalarını desteklemektedir.

1. Temel fonksiyon alanları: Poliklinikler, tedavi üniteleri, teşhis üniteleri, hasta kabul servisi, ilk yardım servisi, kan bankası, ameliyathane, hasta bakım üniteleri, morg ve ölü yıkama yeri.

2. Yardımcı fonksiyon alanları: Hasta hizmet servisleri, teknik servis.

3. Yönetim ve personel hizmet alanı: Yönetim, personel servisi.

4. Diğer alanlar: Otopark ve garaj, konferans salonu, çatı boşluğu, sığınak, depo.



Şekil 4.1 Hastane bölümler arası ilişki matrisi (Meram, 2021)

Hastane binalarının kullanıcılar tarafından konforlu bir şekilde kullanılması, fonksiyonların birbirleriyle olan ilişkilerinin doğru kurgulanmasının bir sonucudur. Hastane tasarımında mekânsal organizasyon ve birimlerin birbirleriyle olan ilişkisi; verimlilik, fonksiyonellik ve kullanıcı memnuniyeti açısından önemli bir unsurdur. Hacıhasanoğlu'nun belirttiği gibi, bölümler arası ilişkileri belirleyen ilişki matrisleri (şekil 4.1), hastanelerin işleyişi ve mekânsal organizasyonunun belirlenmesinde kritik rol oynamaktadır (Meram, 2021). Bu matrisler, poliklinik bölümleri ile diğer hastane bölümleri arasındaki birincil ve ikincil ilişkileri ortaya koymaktadır. Sürekli değişen tıbbi teknoloji ve sağlık mevzuatları, hastane tasarımlarında ve mevcut yapıların tadilat ihtiyaçlarında değişikliklere yol açmaktadır. Bu nedenle, tasarım sürecine kullanıcıların dahil edilmesi, kapsayıcı tasarım yaklaşımlarının benimsenmesi ve mimarlık ile sağlık arasındaki ilişkinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

4.1.3 Poliklinikler (Muayene Odaları)

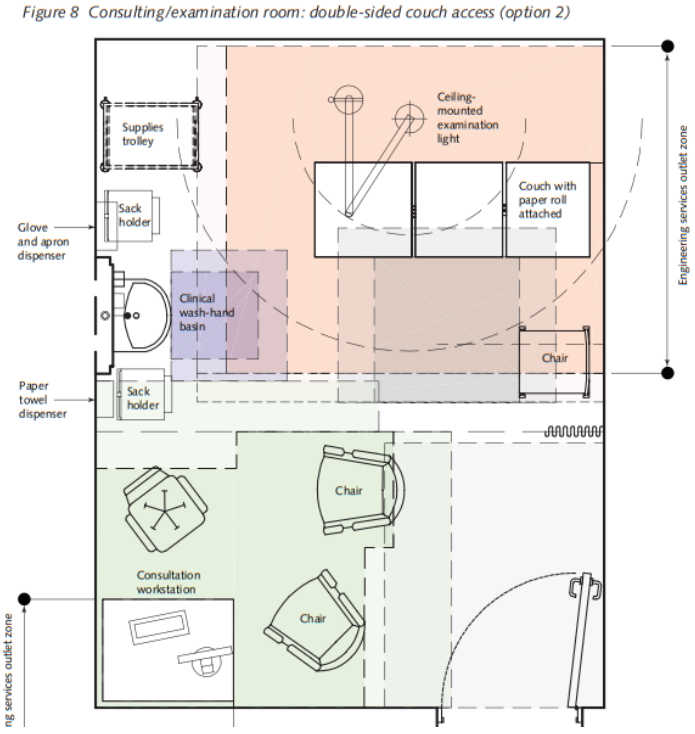
Poliklinikler, genel hastanelerin sağlık hizmetleri bölümünde yer alan, çok yönlü ve kritik öneme sahip birimler olarak tanımlanabilir. Sağlık kuruluşlarının halk ile ilk temas noktaları olan bu birimler, yaşlıdan gence, engelliden hamileye her psikoloji ve yaşam koşulundan bireyleri kapsayan geniş bir hasta yelpazesine hizmet vermektedir.

Polikliniklerin asıl görevi, ayakta tedavi edilebilen hastaların muayene ve tedavilerini etkin bir şekilde gerçekleştirmektir. Bu süreçte, hastaların iyileştirilmesine yönelik gerekli tıbbi işlemler titizlikle yürütülür. Tanı ünitelerinde, hastalıkların teşhisi ve ilk tedavileri özenle uygulanır, bu durum da poliklinikleri kritik bir sağlık hizmeti merkezi haline getirir.

Genel olarak, poliklinikler, hastanelerin sunduğu sağlık hizmetlerinin temel taşlarından biri olarak kabul edilir ve bu birimlerin etkin işleyişi, genel sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir.

İngiltere Ulusal Sağlık Servisi (NHS England) tarafından yayımlanan, klinik ve klinik destek alanlarıyla ilgili rehber, muayene odalarının tasarımı ve düzenlemesi üzerine kritik bilgiler sunmaktadır (NHS England, 2013). Bu rehber, genel poliklinik düzeninin Şekil 4.2'de gösterildiği gibi, odaların çeşitli uzmanlık alanlarına uyum sağlayacak şekilde esnek bir biçimde planlanmasını önermektedir. Rehbere göre, hasta sedyesine her iki taraftan erişim gerekmeyen durumlar haricinde, çift taraflı erişim imkânı sağlayan oda düzeni, adaptasyon kabiliyeti ve esnekliği maksimize etmek amacıyla tavsiye edilmektedir.

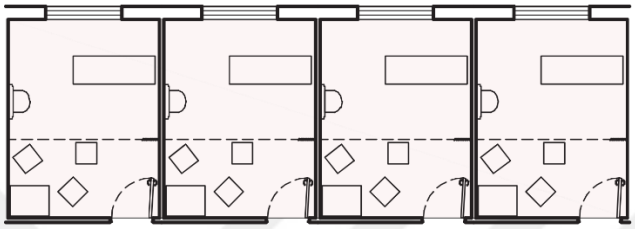
Detaylandırıldığı üzere, doktorun karşısında konumlandırılmış iki hasta koltuğu, aralarında etkili bir iletişimi engellemeyecek şekilde yerleştirilmiş bir masa, hastanın kullanımı için bir sedye ve bu sedye üzerinde mahremiyeti sağlayacak bir perde, depolama alanı, bir lavabo ve ek ekipmanların bulunması gerekmektedir. Doktor masasında yer alan bilgisayarın, gerektiğinde hastaya bilgilerin gösterilebilmesi için döndürülebilir olması önerilmektedir. Ayrıca, rehberde resmedilmemiş olsa da yazılı olarak, doktorun güvenliğinin artırılması amacıyla, doktor sandalyesinin, hasta koltuğu ve kapı arasında stratejik bir şekilde konumlandırılması gerektiği belirtilmektedir. Odaya bir pencere yerleştirilirse eğer



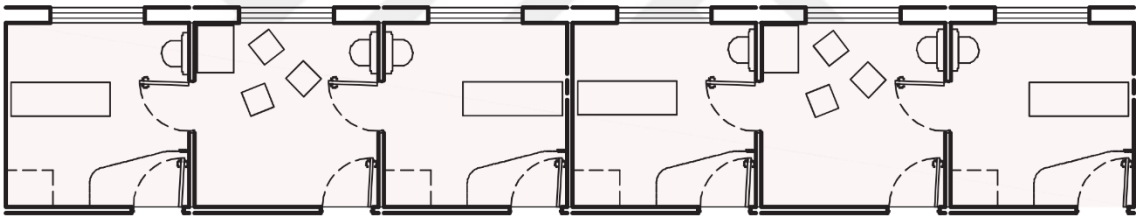
Şekil 4.2 Poliklinik (muayene odası) planı (NHS England, 2013)

muayene alanının mahremiyetini sağlamak amacıyla perdelerin kullanımı ön görülmekte, ayrıca doktorun çalışma alanının, ışığı arkasına almayacak şekilde tasarlanması gerekmektedir.

Bazı özel durumlarda, Şekil 4.4'te gösterildiği gibi, ayrı muayene odaları tercih edilebilir. Ayrı muayene odaları sağlanırken, hasta mahremiyetini korumak adına, bu odalar arasında doğrudan geçiş sağlayacak kapılar bulunmamalıdır.

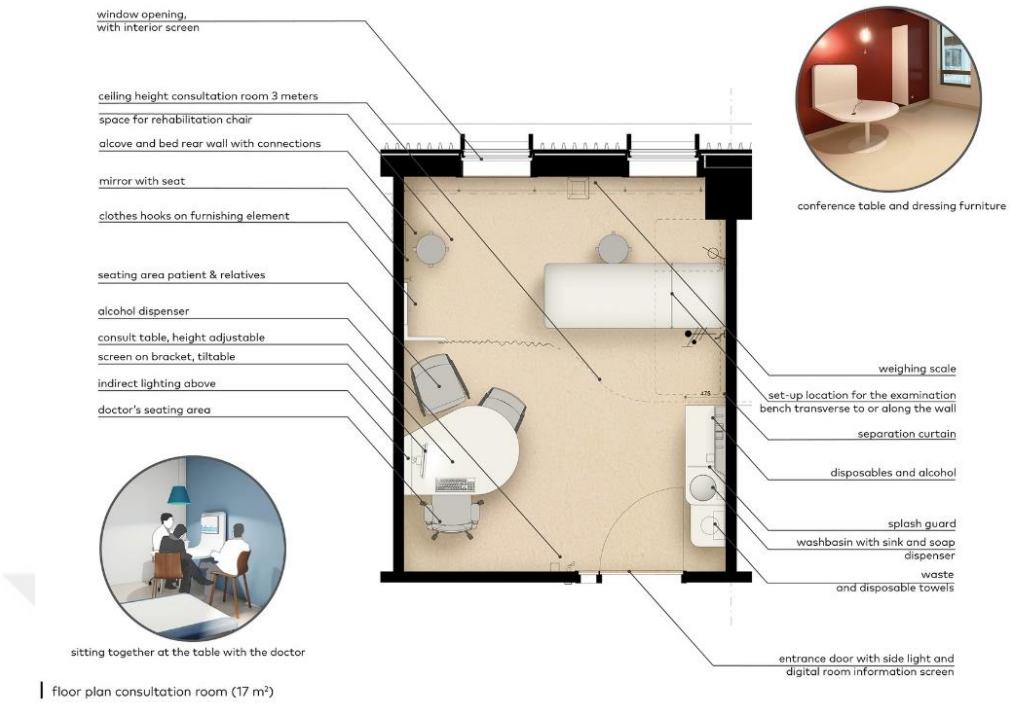


Şekil 4.3 Muayene odası ve doktor odası birleşik poliklinik düzeni (NHS England, 2013)



Şekil 4.4 Muayene odası ve doktor odası ayrı poliklinik düzeni (NHS England, 2013)

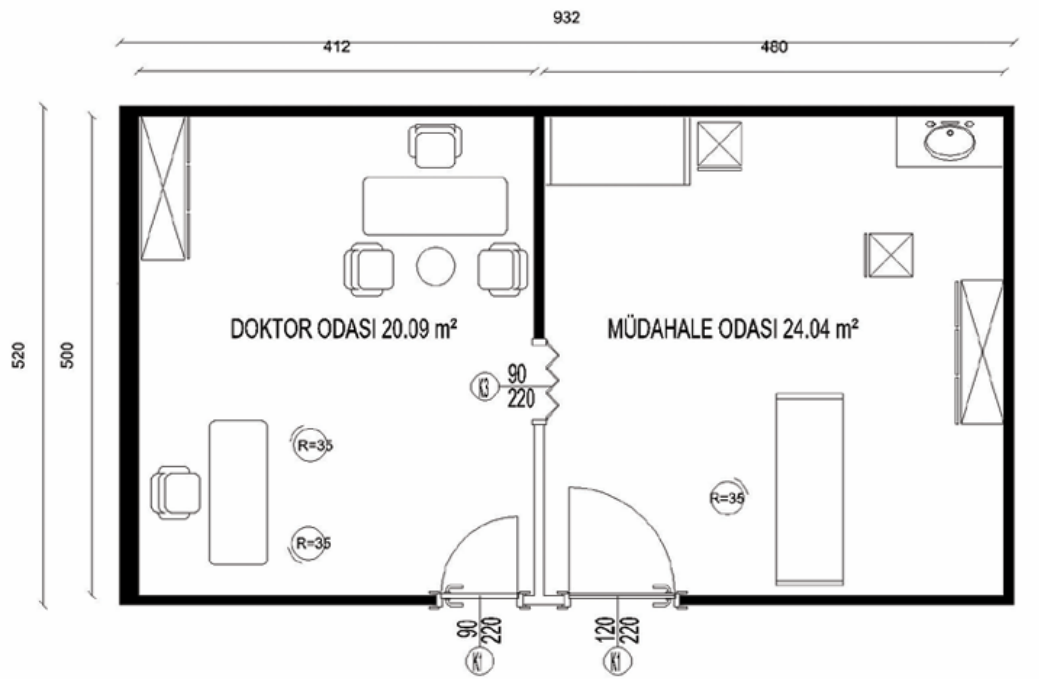
Hollanda'da bulunan bir hastanenin poliklinik planına baktığımızda İngiltere Ulusal Sağlık Servisinin rehberindeki plan ile benzerlik gösterterdiği görülmektedir (Şekil 4.5).



Şekil 4.5 Radboudumc tıp merkezi ana binası poliklinik planı (EGM architects, 2022)

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık tesislerinin tasarımı için Facility Guidelines Institute (FGI) tarafından yayımlanan ''Guidelines for Design and Construction of Healthcare Facilities'' rehberine göre, tek yataklı muayene odalarının minimum büyüklüğü 11,15 metrekare olarak belirlenmiştir. Bu odalar, bir sedye, bir muayene lambası, el yıkama istasyonu, depolama alanları, bir bilgisayar ve yazı yazmak için bir masa içerecek şekilde tasarlanmalıdır (Facility Guidelines Institute, 2010).

Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 kılavuzuna uygun olarak, polikliniklerin düzeni, her poliklinik odasının mümkün olduğunca gün ışığı alacak şekilde konumlandırılmasını; odaların ilgili tıbbi branşın gereksinimlerine ve hasta mahremiyetine uygun, branşa göre farklılık gösterir şekilde tasarlanmasını gerektirir (Şekil 4.6). Muayene türüne bağlı olarak yatak, oturma grubu veya özel masa gibi donanımların bulunması, odanın düzeni ve genişliğinin branşın ihtiyaçlarına uygun olması zorunludur, en az 13 m² boş zemin alanı ve kişi başına düşen alanın en az 4-5 m² olması beklenmektedir. Genel poliklinik odaları ise en az 20 m² olmalı ve bir doktor, bir hemşire veya tıbbi sekreter, bir hasta ve bir hasta yakını alacak şekilde düzenlenmelidir. Doktor, hemşire veya teknik personel tarafından hastaların çeşitli aletlerle (ultrason, EKG, göz muayene cihazları vb.) muayene edildiği alanlarda, aletlerin kullanımını kolaylaştıracak şekilde ayarlanabilir ışıklandırma düzeneği bulunmalıdır. Eğer poliklinik odası bekleme salonuna açılıyorsa, odanın dışarıdan ses almayacak şekilde akustik yalıtımlı olması, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyeti açısından önem taşımaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı İnşaat Uygulama Daire Başkanlığı, 2010).



Şekil 4.6 Poliklinik planı (T.C. Sağlık Bakanlığı İnşaat Uygulama Daire Başkanlığı, 2010)

Türkiye ve diğer ülkelerdeki poliklinik odası konfigürasyonları arasında belirgin farklar bulunmaktadır. Özellikle, Türkiye'deki poliklinik odalarında sadece doktor masası değil, aynı zamanda bir sekreter masası da yer almaktadır. Kılavuz, doktor ve muayene odasını iki ayrı alan olarak tanımlasa da pratikte bu alanlar sıklıkla tek bir mekân olarak işlev görmektedir. Türkiye'deki Polikliniklerde diğer ülkelerden farklı olarak doktor masasının büyüklüğü gibi bazı farklılıklar gözlemlense de, odanın donanım ve ekipmanlar açısından diğer ülkelerdekilerle benzer özellikler taşımaktadır.

4.1.4 Poliklinik Bekleme Alanları

Poliklinik bekleme alanları, sağlık kuruluşlarında hastaların ve refakatçilerinin, sağlık hizmeti almadan önce ve sonra geçici olarak bekledikleri mekânsal düzenlemelerdir. Bu alanlar, hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki etkileşim süreçlerini destekleyen kritik bir altyapı unsuru olarak işlev görür. Poliklinik bekleme alanlarının tasarımı, kullanıcıların fiziksel ve psikolojik konforunu önemseyen, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve erişilebilirliğini artırmayı hedefleyen multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir.

NHS England (Ulusal Sağlık Servisi) tarafından yayınlanan rehberde bekleme alanları, hizmet verdikleri klinik veya işyerlerine ve gerekli tuvalet tesislerine yakın, ana resepsiyonun hemen yanında yer almalıdır, bu sayede hem erişim kolaylığı sağlanır hem de gözetim altında tutulabilir. Bu alanların düzenlenmesinde iş sağlığı ve ergonomi uzmanlarından yardım alınmalı, seçilecek koltuklar konusunda danışılmalıdır. Güvenlik açısından, koltukların zemine veya birbirine sabitlenmesi gibi önlemler alınarak, onların potansiyel silah olarak kullanımının önüne geçilmelidir. Bekleme alanlarının genişliği, oturma düzeninin akıllıca planlanması ve iç mekân bitkileri kullanılarak daha küçük alanlara bölünmesiyle daha verimli kullanılabilir. Oturma düzeni, karşı karşıya gelme durumlarını önleyecek şekilde düşünülmeli, koltuklar klinik odalarının hemen dışına yerleştirilmemelidir. Doğal ışıktan faydalanılmalı ve güneşten kaynaklanan ısı artışı önlenmelidir. Bekleme alanlarından kamu erişimi olmayan alanlara açılan kapılar, erişim kontrol sistemleri ile donatılmalıdır. Arka planda müzik ve diğer eğlence olanakları ile kapalı ilan panoları sunulabilir. Bekleme alanlarının boyutlandırılması için, yürüyebilen her birey için 1,5 m², tekerlekli sandalye kullanan bireyler için ise 3 m² alan ayrılmalıdır. Ayrıca, bekleme alanlarının %10'u

tekerlekli sandalye kullanan kişilere uygun olacak şekilde ve çocuk oyun alanı, ana bekleme yerlerinin %10'u kadar ve her çocuk için 2 m² olacak şekilde planlanmalıdır. Çocukların ve/veya tekerlekli sandalye kullanan bireylerin oranı yüksekse, bu alan kişi başına 2-3 m² olacak şekilde artırılmalıdır (NHS England, 2013).

Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Kılavuzuna göre bekleme alanlarının tasarımı, hastaların ve refakatçilerinin bazı tedavi işlemleri için uzun süre beklemesi gerekeceği düşünülerek, yeterli büyüklükte ve donanımlı olmalıdır. Ortalama olarak her hastanın yanında poliklinik ziyaretlerinde 1.8, acil servis ziyaretlerinde ise 2.2 refakatçi geldiği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu alanlar hem yataklı tedavi hem de poliklinik hastalarına hizmet verecek şekilde planlanırsa, hastaların görsel mahremiyetini koruyacak şekilde düzenlenmelidir. Bekleme alanları, hastalar ve yakınlarının sıra takip sistemi ile kolaylıkla yönlendirilebilecekleri, muayene odalarına doğrudan ulaşım sağlandığında ise muayene odalarına ses ve gürültünün yansımasını engelleyecek donanıma ve yapısal özelliklere sahip olmalıdır. Ayrıca, tekerlekli sandalye ve sedye ile gelen hastaların da rahatça hareket edebileceği şekilde düzenlenmelidir. Hasta kayıtları ve ön bilgilerin alınacağı, sekreter ve hostesin bulunacağı bir alanın oluşturulması ve hastanın muayenesi için gerekli ön hazırlıkların yapılabilmesine olanak tanıyan bir alanın tasarımı da önem taşımaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı İnşaat Uygulama Daire Başkanlığı, 2010).

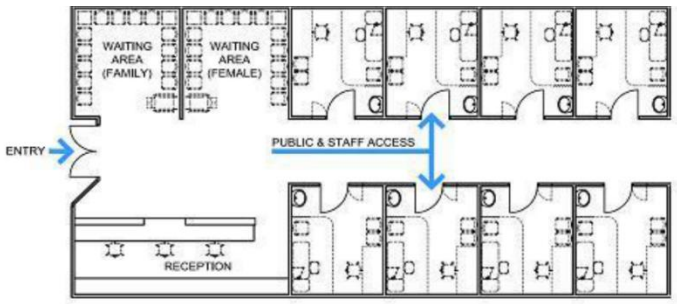
Bekleme alanları, hastane içerisindeki yerleşimleri açısından esneklik gösteren ve hastaneden hastaneye değişiklik gösterebilen alanlardır. Bu alanlar, hastanenin sirkülasyon alanlarında (Şekil 4,7), muayene odalarının merkezinde (Şekil 4,8) veya muayene odalarından tamamen ayrı bir bölgede sirkülasyon alanında niş oluşturacak şekilde konumlanabilir (Şekil 4.9). Bu çeşitlilik, hastanenin mimari yapısına, hizmet verdiği hasta sayısına ve sağlık hizmetlerinin türüne bağlı olarak değişebilir. Bekleme alanlarının konumlandırılması, hastaların ve refakatçilerinin

rahatlığı, erişilebilirlik ve mahremiyet ihtiyaçları göz önünde bulundurularak planlanmalıdır.



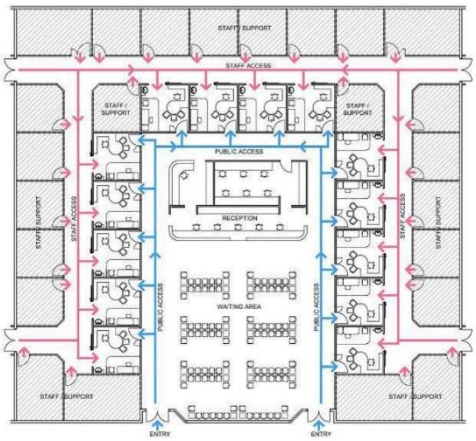
Şekil 4.7 Poliklinik önü, sirkülasyon üzeri bekleme alanı

(Özel Gürlife Hospital, tarih belirtilmemiş)



Şekil 4.8 Polikliniklerden ayrı, niş şeklinde planlanmış bekleme alanı

(International Health Facility Guidelines, 2023)



Şekil 4.9 Polikliniklerin merkezinde bulunan bekleme alanı (International Health Facility Guidelines, 2023)

4.2 Poliklinik ve Poliklinik bekleme alanlarında şiddetin önlenmesinde mekânsal tasarımın etkisi

Sağlık sektörü içerisinde, özellikle de poliklinik ve poliklinik bekleme alanları, şiddet vakalarının sıklıkla meydana geldiği yerler olarak dikkat çekmektedir. Bu tür olayların meydana gelmesinin altında yatan temel sebepler arasında, hastaların ve onların yakınlarının maruz kaldığı uzun bekleme süreleri, sağlık profesyonelleri ile olan iletişimde yaşanan aksaklıklar, uygulanan tedavi yöntemlerine dair genel bir memnuniyetsizlik, hasta ve yakınlarının deneyimlediği yüksek stres seviyeleri ve zaman zaman karşılaşılan hastaların uygunsuz talepleri gibi çeşitli faktörler bulunmaktadır. Mimarlık disiplini, bu bağlamda, hasta ve hasta yakınlarının mekânı algılama biçimlerini olumlu yönde etkileyerek, beklemek zorunda kaldıkları süreleri subjektif olarak daha kısa hissetmelerini sağlayacak şekilde çevresel koşulları yeniden düzenleyebilir. Ayrıca, mimari tasarımın hasta ve doktor arasındaki iletişim sürecini daha etkin bir hale getirme potansiyeline sahip olduğu gibi, aynı zamanda hastalar ve onların yakınlarının yaşadığı gerginlik ve kaygı düzeylerini azaltma yönünde de önemli bir katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Hastanelerin bazen tuhaf ve korkutucu olarak algılanan atmosferi, ölüm ve acıyla ilişkilendirilen güçlü olumsuz duyguları tetikleyebilir. Bu durum, bireylerde tehdit ve kırılganlık hissini artırarak, şiddet olayları için zemin hazırlar. İyi tasarlanmış bir hastane ortamı, hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının yaşadığı stresi azaltabilir. Stres, hastalarda nüks veya komplikasyon riskini artırabilir ve öfke, hayal kırıklığı, çaresizlik gibi duygulara yol açabilir. Dolayısıyla, hastane tasarımının iyileştirilmesi, bu tür duygusal yükleri hafifletebilir ve hastaların psikolojik ve fizyolojik refahını iyileştirebilir (Leather, Beale, Santos, Watts, & Lee, 2003).

Tedavi kalitesi, gerçek ve algılanan kalite olmak üzere iki farklı boyutta incelenebilir. Algılanan kalite, hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili olarak deneyimledikleri yakınlık, içtenlik ve arkadaşlık gibi unsurlarla ilişkilidir ve hasta ile çevre arasındaki etkileşimden önemli ölçüde etkilenir. Bu etkileşim, kötü tasarlanmış sağlık binalarının personel arasında stresi artırırken, verimliliği azalttığı ve iş tatminini bozduğu düşünüldüğünde daha da önem kazanır. Sağlık alanındaki yapısal ve çevresel faktörlerin, hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının

deneyimleri üzerinde derin etkileri olabilir. İyi düşünülmüş ve hastaların ihtiyaçlarına yanıt veren bir tasarım, sağlık hizmetlerinin algılanan kalitesini önemli ölçüde iyileştirebilir ve bu da genel tedavi sürecine olumlu yansır (Omachonu, 1990). Hastalar stresli olduklarından ve zaten hasta olmalarından kaynaklı algıları zayıflar, gerçekten tedavisi mükemmel gerçekleşse bile bunu iyi olarak algılayamayabilirler. Bu noktada, çevresel koşullar kalite algısında önemli bir araç haline gelir. Hastane ortamının tasarımı ve konforu, hastaların tedaviye olan genel tepkilerini ve algılarını iyileştirebilir.

Araştırmalar, bekleme salonlarının fiziksel özelliklerinde yapılan iyileştirmelerin, bu alanları kullanan bireylerin mekânı daha hoş ve keyifli olarak değerlendirmelerine önemli ölçüde katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur. Bu tür iyileştirmeler, aynı zamanda, mekânın işlevsel etkinliğinde mevcut olan eksikliklerin ve karşılaşılan zorlukların kullanıcılar tarafından daha az hissedilmesini sağlayarak, genel memnuniyet düzeyini artırmaktadır. Dolayısıyla, bekleme salonlarının fiziksel koşullarının geliştirilmesi, kullanıcı deneyimini olumlu yönde etkileyerek, mekânın kullanılabilirliğini ve algılanan değerini önemli derecede iyileştirmektedir (Başkaya, Yıldırım, & Muslu, 2005). Aynı zamanda, bekleme odasının fiziksel ortamının kalitesi, hastaların doktordan aldıkları hizmetin kalitesi hakkındaki algılarını doğrudan etkileyebilir, bu da genel memnuniyet düzeylerini artırabilir (Arneill & Devlin, 2002).

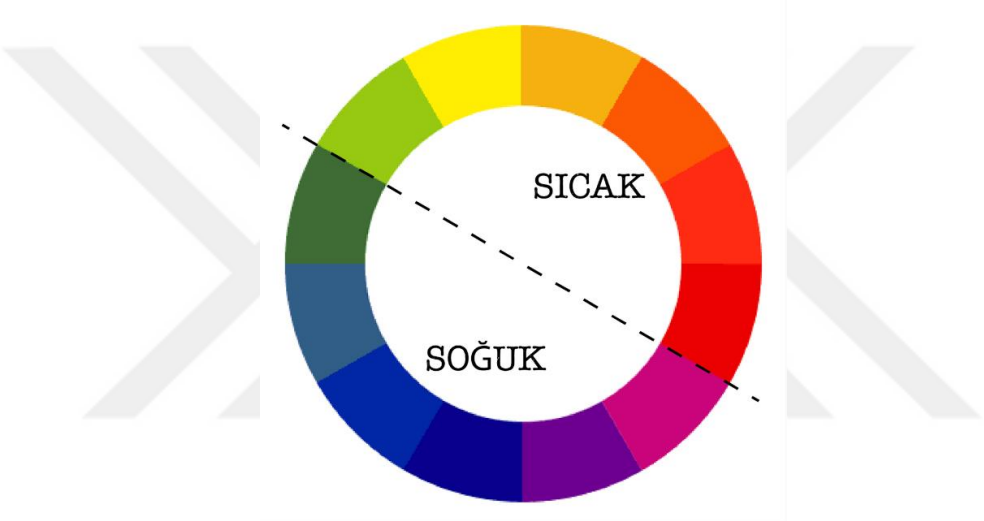
Yapılan kapsamlı bir araştırma, iyi düşünülmüş poliklinik ve bekleme alanlarının tasarımının, hastaların doktorlarla olan görüşmeleri öncesinde ve sonrasında stres ve anksiyeteyi azalttığı, hasta-doktor iletişiminde iyileşmeler sağladığı ve hem hasta hem de personel memnuniyetinde belirgin artışlar gözlemlendiğini bulmuştur (Rice, Ingram, & Mizan, 2008). Bu bulgular, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmada ve şiddet olaylarını azaltmada mekânsal tasarımın önemini vurgulamaktadır.

4.2.1 Renk

Poliklinik ve poliklinik bekleme alanlarında renk kullanımı, bu mekânların işlevselliği ve atmosferi üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır. İnsanların algıladığı kalite üzerinde büyük bir etkisi olan renk, fiziksel çevrenin en önemli unsurlarından biridir. Araştırmalar, çevrede bulunan renklerin insanların ruh hali ve

davranışları üzerinde derin bir etki yarattığını ortaya koymaktadır (Vakili, Niakan, & Najafi, 2019). Her rengin taşıdığı anlam ve özellikler farklılık göstermektedir; bazı renkler huzur, sıcaklık, hafiflik ve dinginlik verirken, bazıları korku, soğukluk, öfke ve üzüntü hissi uyandırabilir (Dündar ve Aktaş, 2023).

Renk, cisimlerden yansıyan ışınların görsel algı sonucunda kişide oluşturduğu bir duyumdur ve insan üzerinde fizyolojik ve psikolojik etkilere sahiptir. Renkler, sıcak ve soğuk renkler olarak ikiye ayrılır; sıcak renkler enerji verirken, soğuk renkler sakinleştirici etkiler yaratır (Şahiner Tufan ve Erbay, 2022) (Şekil 4.10). Renklerin, duygular, düşünceler, eylemler, performans ve sağlık üzerinde etkili olduğu kabul edilmektedir.



Şekil 4.10 Sıcak ve soğuk renkler (Anonim, 2016)

Renklerin insan psikolojisi üzerindeki etkileri, özellikle kırmızının insan davranışları ve duygusal durumlar üzerindeki etkisi, yoğun bir ilgi konusudur. Kırmızı renk, güçlü duygusal tepkiler uyandıran bir renk olarak kabul edilir ve yapılan araştırmalar, bu rengin özellikle öfke, kaygı ve endişe gibi olumsuz duygusal durumları tetiklediği ve saldırganlık seviyelerini arttırdığını göstermektedir. Lise düzeyinde kız öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada, kırmızı rengin agresyon seviyelerinde belirgin bir artışa yol açtığı tespit edilmiştir (Vakili, Niakan, & Najafi, 2019). Bu bulgular, kırmızının ve diğer uzun dalga boylu renklerin genellikle daha yüksek uyarılma seviyeleriyle ilişkilendirildiğini destekleyen daha geniş bir literatürün parçasıdır (Wilms & Oberfeld, 2018). Ayrıca, kırmızı rengin sinir sistemini aktive ederek kalp atış hızını ve kan dolaşımındaki adrenalin miktarını artırdığına dair bulgular da bulunmaktadır (Coburn et al., 2020). Renklerin, görsel deneyimde sadece renk tonundan çok daha fazlasını içerdiği,

parlaklık ve doygunluğun da renklerin algılanışını etkileyen önemli faktörler olduğu bilinmektedir (Augustin, Frankel & Coleman, 2009). Yapılan önemli bir çalışma, renklerin duygusal etkileri ve özellikle doygunluk düzeylerinin insan uyarılma seviyeleri üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırmacılar, yoğun doymuş kırmızı gibi daha doymuş renklerin, daha az doymuş yeşil tonlarına kıyasla daha yüksek uyarılma seviyelerine yol açtığını tespit etmişlerdir. Bu bulgular, laboratuvar ortamında yapılan ölçümlerle desteklenmiştir; örneğin, galvanik deri tepkisi (GSR), nabız oranı ve kan basıncı gibi fizyolojik göstergeler kırmızının etkisini doğrulamaktadır. Bu çalışma aynı zamanda koyu renklerin, özellikle kırmızı ve benzeri tonların, öfke, düşmanlık veya saldırganlık gibi duyguları tetikleme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Böylelikle, bu renklerin saldırganlık, öfke veya düşmanlık hislerini veya bu duyguların daha zayıf varyantlarını uyandırabileceği sonucuna varılmıştır (Valdez & Mehrabian, 1994). Bu etkilerin bir araya gelmesi, kırmızının insan duygusal ve davranışsal tepkileri üzerinde derin ve belirgin bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, özellikle sağlık kurumlarında, poliklinik ve bekleme alanlarında, kırmızı rengin kullanılmaması önerilmektedir.

Sağlık yapılarının giriş ve bekleme salonları, hastaların ve onların yakınlarının ilk izlenimlerini şekillendiren önemli alanlardır. Araştırmalar, bu alanlarda kuvvetli ve ayırt edici renklerin kullanımının, hastaların ve ziyaretçilerin ilk izlenimlerini olumlu yönde etkileyerek güven hissi uyandırmada etkili olduğuna işaret etmektedir. Özellikle bekleme salonlarında, rahatlatıcı bir atmosfer yaratmak amacıyla daha soğuk renk tonlarının tercih edilmesi önerilmektedir (Yavuz ve Çelebi, 2019) (Şekil 4.11). Bu bağlamda, bebek mavisi ve Pepto-Bismol ilacının pembesi gibi renklerin, insanlar üzerinde rahatlatıcı bir etki yaratarak kaygıyı azalttığı bilinmektedir (Augustin, Frankel ve Coleman, 2009).



Şekil 4.11 Radboudumc tıp merkezi ana binası bekleme alanı (EGM architects, 2022)

Özellikle pembe rengin kullanımı, insan davranışı üzerinde sakinleştirici bir etkiye sahip olduğu ve agresyonu azaltabildiği yönünde dikkate değer bulgular içermektedir. 1978'de yapılan bir deneyde, katılımcılara gösterilen parlak pembe kağıdın kas gücünde önemli bir kayba ve agresif davranışların sakinleşmesine yol açtığı gözlemlenmiştir. Bu deneyler, pembe rengin hapishane hücrelerinde agresif mahkumları sakinleştirmede etkili olduğunu göstermiş ve bu etkinin endokrin sistem üzerindeki doğrudan etkisiyle açıklanmıştır. Ayrıca, bu sakinleştirici etkinin hem bilinçli hem de bilinçsiz çabalarla kontrol edilemediği ve renk körü bireylerde de işe yaradığı belirtilmiştir (Schauss, 1979). Bu bağlamda, poliklinik ve bekleme alanlarında pembe ve mavi gibi soğuk tonlu renklerin kullanılması önerilmektedir.

Renkler, aynı zamanda mekânın boyutlarının algılanmasını etkileyebilmektedir. Yüksek tavanlar, sıcak renkler ve koyu tonlar kullanıldığında daha alçak gibi algılanabilirken, alçak tavanlar soğuk renkler ve açık tonlar ile daha yüksek gibi algılanabilmektedir. Yan duvarlar, soğuk renkler ve açık tonlarla birbirlerinden daha uzak, sıcak renkler ve koyu tonlarla ise daha yakın gibi görünebilmektedir. Karşı duvarlar, sıcak ve koyu renklerle daha yakın, soğuk ve açık renklerle ise daha uzakta gibi algılanabilmektedir. Döşemelerde ise, sıcak ve koyu renkler kuytu ve emniyetli bir etki yaratırken, soğuk renkler ve açık tonlar temizlik ve genişlik hissi uyandırabilmektedir (Özdemir, 2005). Özellikle poliklinik ve bekleme alanlarında koyu renklerin kullanılması dar alanlarda algıyı olumsuz etkileyebileceği ve hapsedilme hissi yaratabileceği için kesinlikle önerilmemektedir (Olguntürk vd., 2020).

Bu bağlamda sağlık yapılarındaki renk kullanımı üzerine yapılan bilimsel incelemeler, bu alanlarda renk seçiminin önemini vurgulamaktadır. Renklerin hastane ortamlarında kullanımı, kullanıcının çevresine ilişkin algısını önemli ölçüde etkileyerek, özellikle olumlu dikkat dağıtıcı etkiler yaratarak ve sosyal desteği teşvik ederek insanların güven ve emniyet duygularını artırabilmektedir (Olguntürk, Kocaoğlu Aslanoğlu ve Ulusoy, 2020).

Hastane ortamlarında, görsel ilgi yaratmak için renk kontrastı veya vurgu renginin sınırlı miktarda kullanılması önerilir. Giriş alanlarındaki güçlü ve ayırt edici renkler, ziyaretçilere yol gösteren simgeler olarak işlev görebilir. Hastanenin doğal genel renk şemasının korunması, tabelaların ve yön gösteren işaretlerin öne çıkmasını sağlayarak, etkili yön bulmaya yardımcı olur. Açık renklerin kullanımı ferahlık hissini artırırken, aşırıya kaçılması monoton bir görünüm yaratarak görsel ilgiyi azaltabilmektedir (Olguntürk vd., 2020). Bir alanın dekorasyonunda aynı rengin hafif varyasyonları kullanıldığında rahatlatıcı bir etki yaratılabilir (Şekil 4.12). Ancak, eğer alanın temel rengi olarak beyaz veya bej rengi aşırı kullanılırsa, bu insanlarda genellikle gerginlik hissi uyandırabilir. Bej veya beyaz renklerle tasarlanmış ortamlar, insanları gereğinden az uyarabilir ve bu durum da aşırı uyarılmanın yol açtığı rahatsızlık kadar negatif etkilere sebep olabilir (Augustin, Frankel ve Coleman, 2009). Bu nedenle, renklerin dengeli ve düşünceli bir şekilde kullanılması, hastane ortamlarının hem işlevsel hem de estetik açıdan etkili olmasını sağlar.



Şekil 4.12 Radboudumc tıp merkezi ana binası (EGM architects, 2022)

Ayrıca zeminlerin genellikle duvarlardan daha koyu renkte olması ve tavanların ise duvarlara kıyasla daha açık renklerle boyanması, insanların doğal dünyadaki algılarına uygun bir renk düzenlemesidir. Bu düzenleme, gökyüzünün genellikle açık renkli, yerin ise daha koyu tonlarda olması gibi doğal düzenin bir yansımasıdır. Böyle bir renk düzenlemesi, insanların doğal çevrelerinde hissettikleri rahatlık ve uyumu iç mekânlarda da yansıtarak, insanlarda rahatlama hissi uyandırabilmektedir (Augustin, Frankel ve Coleman, 2009).

Sağlık alanlarında renk ve ışık tasarımı, Mahnke tarafından belirlenen genel ilkeler çerçevesinde ele alınmalıdır (Yavuz ve Çelebi, 2019). Bu ilkeler, sağlık tesislerinin hem işlevsel hem de estetik açıdan uygun olmasını öngörür. Renk ve ışık tasarımı, hastaların fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarını destekleyecek şekilde yapılandırılmalıdır. Bu tasarım anlayışı, tıbbi teşhisin doğruluğunu artırmak, cerrahi performansı iyileştirmek, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerine yardımcı olmak için görsel öğeleri dikkate almaktadır. Ayrıca, ışık ve görsel ergonomiyi geliştirerek, mekânları tanımlamak, yön bulmayı kolaylaştırmak ve bilgi sağlamak için kullanılır. Bu yaklaşım, sağlık tesislerinin işlevselliğini artırmanın yanı sıra, psikolojik destek ve biyolojik ihtiyaçları da göz önünde bulundurarak, görsel hoşluk ve uygun ışıklandırma ile birleştirilir. Bu şekilde, renk ve ışık tasarımı, sağlık alanlarında hem estetik hem de işlevsel bir deneyim sunarak, genel çalışma ve iyileşme koşullarını iyileştirmeyi amaçlar.

Polikliniklerde renk kullanımı, doktorların dikkatini ve konsantrasyonunu olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilir. Doktorların bulunduğu alanları farklı bir renkle belirginleştirerek, bu alanların hem görsel olarak dikkat çekici hem de fonksiyonel olarak ayrı bir bölge olarak algılanmasını sağlamak mümkündür (Şekil 4.13). Doktorların uzun saatler boyunca aynı ortamda çalışmaları göz önünde bulundurulduğunda, renk seçimleri sadece estetik değil, aynı zamanda sağlık ve esenlik açısından da önemlidir. Teşhis ve muayene sırasında doktorların görsel olarak rahatsız olmaması için renklerin ışık yansımasına dikkat etmek gereklidir.



Şekil 4.13 Radboudumc tıp merkezi ana binası poliklinik odası (EGM architects, 2022)

4.2.2 Ses ve Gürültü

Ses, bir mekânın içindeki duygusal atmosferi ve psikolojik etkileşimi şekillendirmede merkezi bir unsur olarak işlev görür, mekânın ritmik yapısı ve bu ritmi oluşturan ses tonlarının birleşimi, orada bulunan bireylerin duyusal ve duygusal deneyimleri üzerinde belirgin bir etki yaratmaktadır. Mekânın tasarımı, sesin nasıl algılandığını doğrudan etkileyebilir; bu bağlamda, ses dalgalarının mekân içerisindeki hareketi ve dağılımı, pürüzlü yüzeyler ve yumuşak materyaller gibi çeşitli akustik özelliklere sahip yüzeyler aracılığıyla dengeli bir şekilde yönlendirilir ve bu durum, mekânın genel sessizlik seviyesinin artmasına ve böylece mekânı kullanan bireylerin deneyimlerinin olumlu yönde etkilenmesine katkıda bulunur.

Gürültü, istenmeyen veya rahatsız edici ses olarak tanımlanabilir ve genellikle mekânın akustik dengesini bozarak, içinde bulunan bireylerin deneyimini olumsuz yönde etkiler (Kol, İlaslan ve İnce, 2015). Gürültü, mekânın doğal akustik yapısını baskılayarak hem duygusal rahatsızlık yaratır hem de bireylerin konsantrasyonunu ve iletişimini zorlaştırır. Yapılan çalışmalarda yüksek gürültünün saldırganlığı arttırabileceği görülmüştür (Geen & McCown, 1984). Gürültünün yoğunluğu ve niteliği, mekânın işlevselliğini ve kullanıcıların rahatını doğrudan etkileyebilir, bu

nedenle mekân tasarımında gürültü kontrolü ve azaltılması, mekânın genel kullanılabilirliği ve konforu açısından kritik bir öneme sahiptir.

Sağlık hizmetlerinin kritik bileşenleri olan poliklinikler ve poliklinik bekleme alanları, gürültü açısından önemli sorunlarla karşı karşıyadır. Bu alanlarda mevcut olan yüksek gürültü seviyeleri, hastaların ve sağlık çalışanlarının psikolojik ve fiziksel sağlığını ciddi şekilde olumsuz etkilemektedir. Dünya çapında çeşitli çalışmalar hastane ortamında aşırı gürültü varlığını göstermektedir (de Lima Andrade et al., 2021). Özellikle kamu hastanelerinde yapılan araştırmalar, kaçınılmaz bir biçimde yüksek gürültü seviyelerinin varlığını ortaya koymaktadır (Malak Akgün ve Akgün, 2021). Bu yüksek gürültü seviyeleri, 1960'lardan bu yana sürekli bir artış göstermiş olup, hastalar ve personel için ciddi bir rahatsızlık kaynağı haline gelmiştir (Iyendo, 2016).

Türk Standartları Enstitüsü'nün belirlediği standartlara göre, hastane koridorlarında ideal gürültü seviyesi 35-45 desibel (dB) aralığında olmalıdır (Çetintaş, 2016). Ancak, mevcut durum bu standartların 20-30 dB üzerinde bulunmakta ve bu seviye, aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği standartların da üzerinde olmaktadır(Iyendo, 2016). Bu durum, sağlık hizmetlerinde gürültü kontrolünün önemini ve aciliyetini vurgulamaktadır.

Gürültünün kaynakları çeşitlilik göstermekle birlikte, hastane ortamlarında karşılaşılan seslerin çoğu, düşük frekanslı sesler, tıbbi sesli alarmlar ve ısıtma, havalandırma, iklimlendirme sistemlerinden kaynaklanmaktadır. Bu sesler, özellikle duyarlı bireylerde olumsuz etkilere yol açabilir ve agresif davranışların tetiklenmesine neden olan bir gürültü sorununa dönüşebilir. Geleneksel ses izolasyonu yöntemleri, bu tür sesleri etkili bir şekilde engelleyememekte, bu da hastalar ve sağlık personeli üzerinde psikolojik rahatsızlık ve ajitasyona neden olabilmektedir (Iyendo, 2016). Gürültüye maruziyet, insan sağlığı ve refahı üzerinde ciddi fizyolojik ve psikolojik etkiler yaratabilir. Hastane çalışanlarının performansını olumsuz etkileyebilecek işitme kaybı, rahatsızlık, uyku bozuklukları, bilişsel bozukluklar, stres ve psikolojik bozukluklar ile kalp-damar hastalıkları riski bu etkiler arasındadır (Basner ve ark., 2014). Bu bağlamda, hastane ortamlarında gürültü kontrolü ve yönetimi, hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının sağlığını ve genel refahını korumak için kritik öneme sahiptir.

Hastane ortamlarında, özellikle polikliniklerde gerçekleşen karşılıklı konuşmaların yarattığı gürültü, diğer arka plan sesleriyle kıyaslandığında, stres üzerinde daha derin ve karmaşık bir etki yaratmaktadır. Gürültülü bir ortamda, kişilerin kendi seslerini duyurabilmek için seslerini yükseltmeleri, zaten karmaşık olan akustik ortamı daha da zorlaştırır ve gürültü seviyesini katlanarak arttırır. Bu şekilde yükselen ses düzeyi, hastane gibi zaten yüksek stres seviyesine sahip ortamlarda, mevcut gerilimi daha da şiddetlendirir. Bu süreç, polikliniklerde doktor-hasta ilişkisini ciddi şekilde etkiler; hastalar, gürültüden kaynaklanan iletişim engelleri nedeniyle doktorlara şikayetlerini tam ve doğru bir şekilde iletememekte, aynı şekilde doktorlar da bu iletişim bozukluğundan kaynaklanan konsantrasyon zorlukları nedeniyle tedavi planlarını etkin bir şekilde aktaramamaktadırlar. Bu durum, doktor-hasta arasındaki iletişimi ciddi şekilde zayıflatır, hastaların tedaviye olan güvenini sarsar, stres seviyelerini yükseltir, potansiyel anlaşmazlıkların ve şiddet içeren olayların tetiklenmesine zemin hazırlamaktadır.

Gürültünün etkileri, işitsel konfor koşullarının sağlanamadığı ve kabul edilebilir düzeylerin aşıldığı durumlarda insan sağlığı üzerinde çok yönlü ve ciddi sonuçlar doğurabilir. İşitme kayıpları, solunum sistemi sorunları, kan basıncı ve hormonal dengesizlikler gibi fizyolojik sorunların yanı sıra, davranış bozuklukları, öfke, sıkılma ve uykusuzluk gibi psikolojik durumlar gürültünün olumsuz etkileri arasındadır (Kutlu, 2018; Malak Akgün ve Akgün, 2021). Ayrıca yapılan bir çalışmada, yüksek gürültü seviyelerine maruz kalan işçilerde artan saldırganlık düzeyleri, iş süresi uzadıkça daha da artmakta, bu durum çalışma ortamındaki gürültü ve fiziksel stresörlerin etkisiyle ilişkilendirilmektedir. Gürültü yoğunluğu ve iş süresinin etkileşimi, zihinsel stres ve yıkıcı saldırganlığa yol açabilir, bu da gürültü kontrolünün işyerlerinde hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı koruma açısından hayati önem taşıdığını göstermektedir (Alimohammadi, I., Kanrash, F. A., Abolaghasemi, J., Afrazandeh, H., & Rahmani, K., 2018).

Kapalı mekânlarda işitsel konforun sağlanması, iç ve dış gürültünün etkin bir şekilde kontrol edilmesini gerektiren kapsamlı bir süreçtir. Bu süreç, yerleşim planlamasından malzeme seçimine, binanın tasarımından mekân düzenlemesine ve yapı elemanlarının seçimine kadar uzanmaktadır (Kutlu, 2018). Gürültü düzeylerinin kabul edilebilir standartlar içinde tutulmasını sağlayan bu kontrol, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabilir ve hastane ortamlarında hasta konforu ile

iyileşme süreçleri için kritik öneme sahiptir. Ses konusu üzerine yapılan araştırmalar, hastanelerdeki yüksek gürültü düzeylerinin iki ana nedenini ortaya koymaktadır: Tıbbi cihazlar ve insan kaynaklı sesler ile ses yansıtıcı özelliklere sahip zemin, duvar ve tavanlardan oluşan çevresel yüzeyler (Poyraz, 2015). Bu bağlamda, duvar ve tavanlara ses yalıtımı uygulanması ve kapıların kapanmasından kaynaklanan yapısal gürültülerin azaltılması gibi önlemler önerilmektedir. Gürültü emici malzemeler, asma tavanlardan gerçek tavanlara kadar uzanarak, ses yankılanmasını ve yansımasını etkili bir şekilde azaltabilir. Bu, hastaların rahatlamasını kolaylaştırırken, aynı zamanda personelin daha az stresli bir çalışma ortamı deneyimlemesini sağlar. Önerilen çözümler arasında, akustik tavan döşemeleri ve kauçuk karolar gibi yumuşak zemin kaplamaları bulunmaktadır. Bu tür uygulamalar, ses yankılanmasını ve yansımasını azaltarak, hastane iç mekânlarının akustik performansını iyileştirir ve genel gürültü seviyesini düşürür (Augustin, Frankel ve Coleman, 2009).

Sağlık hizmetlerinin tasarımı ve planlaması konusunda yürütülen akademik araştırmalar, hastane ortamlarına rahatlatıcı ses öğeleri, özellikle müzik, kuş sesleri ve su sesleri gibi unsurların entegre edilmesinin, stresle ilişkili negatif sonuçları önemli ölçüde azaltabileceğini göstermektedir. Bu tür seslerin kullanımı, Ulrich'in pozitif dikkat dağıtma teorisini destekler nitelikte olup, hastane ortamlarında stresi azaltıcı etkiler yaratmaktadır (Iyendo, 2016). İnsan fizyolojisi üzerindeki etkileri dikkate alındığında, dinlenme ve rahatlama esnasında kalp atış hızımız dakikada 50-70 kez arasında değişir. Orta derecede rahatlatıcı ses darbeleri bu ritmi yansıtırken, derinlemesine rahatlatıcı etkiye sahip olan sesler dakikada 30-50 vuruşa kadar düşebilir. Ayrıca, dakikada 50-70 vuruştan daha hızlı ritimler, bizi fiziksel olarak canlandırmaktadır. Kalp atış hızımız, çevremizdeki seslerin ritmiyle senkronize olma eğilimindedir; örneğin, yanımızda çalan müzik veya okyanus dalgalarının ritmi ile aynı hızda atabilir. Bu durum, sonuç olarak nefes alışverişimizin de kalp atış ritmimizle koordinasyonunu sağlar (Augustin, Frankel ve Coleman, 2009).

Ek olarak, epidemiyolojik ve psikolojik alanlarda gerçekleştirilen çalışmalar, hastane ortamlarında müzik kullanımının hastaların stres, kaygı ve öfke gibi duygusal durumlarını olumlu yönde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Müzik dinlemenin, bağışıklık sistemini güçlendiren hormonların salınımını artırabileceği

ve stresle ilişkili hormon seviyelerini azaltabileceği bilinmektedir (Iyendo, 2016). Bu bulgular, hastane ortamlarında ses yönetimi ve gürültü kontrol stratejilerinin hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının genel refahını ve sağlığını iyileştirebileceğini göstermektedir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracak yenilikçi ve etkili çalışmaların gerçekleştirilmesi, hasta ve personel memnuniyetini artırmanın yanı sıra, sağlık hizmetlerinin genel kalitesine de katkıda bulunacaktır.

Poliklinik ve bekleme alanlarında ses ve gürültü yönetimi, sadece psikolojik refahı artırmakla kalmaz, aynı zamanda sağlık çalışanlarına şiddeti önleme çabalarında da önemli bir rol oynar. Bilimsel ve kapsamlı yaklaşımlar, sağlık hizmetlerinin her yönüyle iyileştirilmesine katkıda bulunur. Doğru şekilde ele alınan gürültü kontrolü ve ses yönetimi, hasta ve sağlık çalışanlarının genel refahını artırırken, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltir. Bu nedenle, ses ve gürültü yönetimi, sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmeli ve bu alandaki çalışmalar desteklenmelidir. Bu çalışmalar, hastane ortamlarını daha huzurlu ve sağlıklı hale getirerek, hasta ve sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini iyileştirebilir.

4.2.3 Koku ve Hava Kalitesi

Poliklinikler ve bekleme alanlarında hava kalitesi ve koku, orada bulunan hastaların ve sağlık çalışanlarının deneyimlerini derinden etkilemektedir. İnsanlar, çevresel kokular aracılığıyla mekânlar hakkında algılar oluşturur ve bu kokusal algılar, psikolojik ve fiziksel tepkilere neden olabilmektedirler. Örneğin, kahve kokusunun hakim olduğu bir ortam zihinsel olarak "kahve dükkânı" olarak tanımlanırken, kitapların mürekkep ve kâğıt kokusunun yoğun olduğu bir ortam "kitapçı" olarak algılanmaktadır. Özellikle hastane gibi mekânlar, antiseptik ve sterilizasyon maddelerinin ağır kokuları ile özdeşleşir ve bu durum sıklıkla negatif duygusal tepkilere yol açabilmektedir.

Koku yönetimi, sağlık kurumlarındaki hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının refahı açısından kritik bir öneme sahiptir. Hastanelerde sıklıkla karşılaşılan dezenfektan kokuları, dar ve yetersiz havalandırma koşulları altında yoğunlaşarak, hastalar ve ziyaretçiler üzerinde olumsuz psikolojik etkilere yol açabilir. Bu olumsuz etkiler, stres ve kaygı seviyelerinde artışa, dolayısıyla hastane ortamında genel bir gerginlik ve rahatsızlık hissine sebep olabilir. Araştırmalar, koku

yoğunluğunun artmasıyla kaçış davranışı ve öfke düzeyinin arttığını, bu değişimlerin cinsiyet gibi diğer faktörlerden bağımsız olduğunu göstermiştir. Kötü kokular, özellikle kaçma isteği ve negatif duygusal durum üzerinde belirgin bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Asmus & Bell, 1999). Bu bulgular, çevresel stresörlerin insan davranışı ve duygusal durumu üzerindeki etkilerini daha iyi anlamamıza olanak tanırken, hastane ve polikliniklerde koku yönetiminin önemini vurgulamaktadır. Bu nedenle, sağlık kurumlarında etkili koku yönetimi stratejilerinin uygulanması, hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının refahını artırmak ve olası negatif duygusal yanıtları minimize etmek için hayati önem taşımaktadır.

Araştırmalar, hoş kokuların insan psikolojisi ve sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Bu kokular, kişilerin ruh halini ve zihinsel durumunu iyileştirebilirken, özgüveni artırabilir, acı ve rahatsızlık hissini azaltabilir ve mekânlarda geçirilen sürenin daha kısa algılanmasını sağlayabilmektedir. Ayrıca, mekânların daha geniş, temiz, canlı ve parlak olarak algılanmasına yardımcı olabilmektedir. (Keş ve Başer, 2016) Hoş kokular ruh halini etkileyerek anlaşmazlıkların daha barışçıl yollarla çözülmesini sağlayabilmektedir (Augustin, Frankel ve Coleman, 2009). Özellikle, hoş kokuların kan basıncını düşürme, solunumu yavaşlatma, acıyı hafifletme ve endişe seviyelerini azaltma gibi fizyolojik ve psikolojik faydaları bilimsel olarak kanıtlanmıştır (Sakıcı ve Var, 2013). Örneğin, lavanta kokusu, hoş ve rahatlatıcı bir etkiye sahiptir ve bu özellikleriyle aromaterapi alanında yaygın olarak kullanılır. Lavantanın güzel kokusu, insanlar üzerinde sakinleştirici ve rahatlatıcı bir etki yaratırken, aynı zamanda ağrı kesici ve uykusuzluk giderici özelliklere de sahiptir (Aslancan ve Sarıbaş, 2011).

Örneğin, bir diş kliniği bekleme salonunda yapılan bir araştırmada, mekânın portakal kokusuyla aromatize edilmesinin hastaların sakinleşmesine ve kaygı seviyelerinin azalmasına katkıda bulunduğu gözlemlenmiştir (Augustin, Frankel ve Coleman, 2009). Benzer şekilde, poliklinik bekleme alanlarında da bu tip aromatik kokular kullanılarak insanların kaygı düzeylerinin düşürülmesi mümkün olabilir.

Chicago'da bulunan Sense of Smell Enstitüsü tarafından yapılan başka bir araştırmada, limon, mercanköşk, gül, lavanta, bergamot ve selvi gibi kokuların kaygı azaltıcı etkileri belgelenmiştir. Ayrıca, iş görüşmeleri gibi önemli

durumlarda, kokulanmış bir ortamın, adayların kendilerini ve deneyimlerini daha etkili bir şekilde sunmalarına yardımcı olduğu saptanmıştır (Augustin, Frankel ve Coleman, 2009). Bu bulgular ışığında, poliklinik odalarında belirli kokuların kullanılması, hastaların doktorlara kendilerini daha doğru bir şekilde ifade etmelerini sağlayabilir. Bu durum, tedavinin kalitesini ve hasta memnuniyetini artırabilir, tekrarlayan hastane başvurularını önleyebilir, aynı zamanda hasta ve doktor arasındaki potansiyel gerginlikleri azaltabilir.

Kokunun yanı sıra, genel hava kalitesi de sağlık kurumlarındaki atmosferin ve bireysel davranışların üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Bu bağlamda yapılan bir araştırma, hava kirliliği ile saldırganlık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Araştırma sonuçları, belirli bir düzeyde hava kirliliğinin, katılımcıların agresif davranışlar sergileyen bir modelin varlığında ve orta derecede kirli hava koşullarında daha yüksek düzeyde şok uygulamasına yol açtığını göstermiştir (Rotton, Frey, Barry, Milligan & Fitzpatrick, 1979). Bu çalışma, çevresel koşulların, özellikle hava kalitesinin, insan davranışları üzerindeki etkisini daha iyi anlamamıza yardımcı olmakta ve sağlık kurumlarında hava kalitesine daha fazla önem verilmesi gerektiğinin altını çizmektedir.

Hava kalitesini iyileştirmek için etkin havalandırma sistemleri, hava arıtma cihazları ve iç mekân bitkileri gibi doğal hava temizleyiciler kullanılabilir. Bu tür çözümler, hava dolaşımını artırarak, zararlı partiküllerin ve alerjenlerin azaltılmasına yardımcı olur ve böylece hastaların ve çalışanların soluduğu havanın kalitesini iyileştirmektedir (Sakıcı ve Var, 2013).

Poliklinik ve bekleme alanlarında aşırı sıcak veya soğuk sıcaklık koşullarının psikolojik etkileri önemlidir. Aşırı sıcaklık, termal stresten kaynaklanan psikolojik rahatsızlık ve anksiyeteyi artırabilirken, aşırı soğuk ortamlar, bireylerde düşük ruh haline ve motivasyon eksikliğine neden olabilir. Bu termal koşullar, algılanan bekleme süresini uzatmakta ve hasta memnuniyetini negatif yönde etkilemektedir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının bilişsel işlevler üzerindeki olumsuz etkileri, dikkat dağınıklığı ve iş performansında düşüşle sonuçlanabilir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin genel kalitesi üzerinde dolaylı bir etkiye sahip olup, hatalı teşhis ve tedavi riskini artırabilir. Bu bağlamda, polikliniklerde ve bekleme alanlarında termal konforun sağlanması, bireylerin psikolojik sağlığını ve genel refahını korumak için kritik öneme sahiptir.

Poliklinik ve bekleme alanlarında aşırı nemli bir ortamın varlığı, çalışanların fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerinde önemli etkiler yaratır. Yüksek nem seviyeleri, çalışanların ve hastaların terlemesine, solunumun sıklaşmasına ve kalp atışlarının hızlanmasına yol açmaktadır. Bu fiziksel tepkiler, psikolojik olarak da stres, anksiyete ve huzursuzluk gibi duygusal durumları tetikleyebilmektedir. Aşırı nem, ayrıca yüzde kızarma ve baş dönmesi gibi semptomlara neden olarak çalışanların genel iş verimliliğini ve odaklanma yeteneğini olumsuz etkileyebilmektedir (Hayta, 2007).

Bütün bu bilgiler ışığında, hastanelerin hava kalitesi ve koku yönetimi, sağlık hizmetlerinin genel kalitesini artırmak ve poliklinik ve bekleme alanlarında şiddeti azaltmak için önemli bir yönetim ve tasarım stratejisidir. Etkin koku ve hava kalitesi yönetimi, hastane ortamının hem fiziksel hem de psikolojik olarak daha rahatlatıcı ve destekleyici bir hale gelmesini sağlayabilir, böylece hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının genel refahını iyileştirebilir.

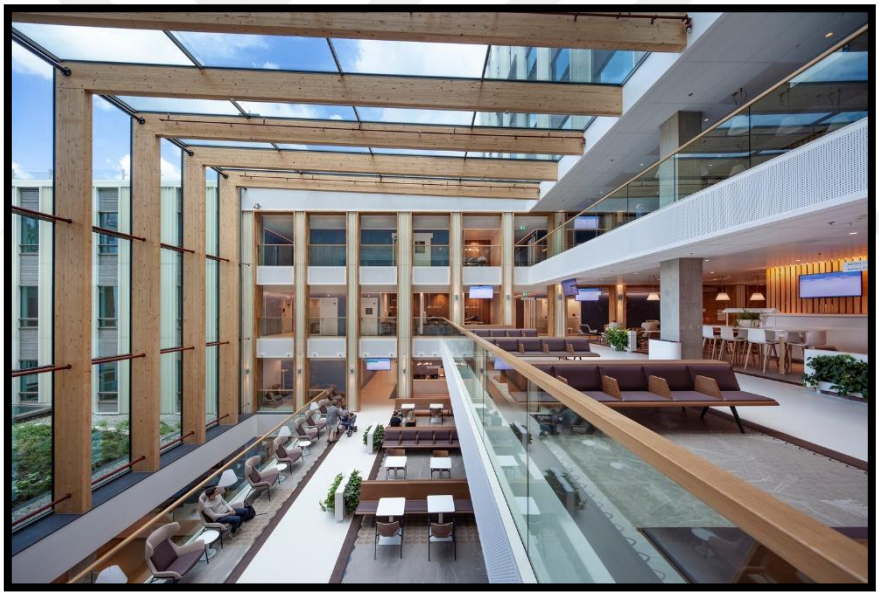
4.2.4 Aydınlatma

Aydınlatmanın önemi, özellikle polikliniklerde ve poliklinik bekleme alanlarında, görsel algı ve genel atmosfer üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Uluslararası Aydınlatma Komisyonu (CIE) tarafından tanımlandığı üzere, aydınlatma ‘‘çevrenin ve nesnelerin gereği gibi görülmesini sağlamak amacıyla ışık uygulamak’’ tır. Işık, maddenin fiziksel yapısıyla etkileşim sonucu ortaya çıkan bir enerji türü olup, sadece çevremizi görmemizi sağlamakla kalmaz, aynı zamanda psikolojik, biyolojik ve fizyolojik durumumuz üzerinde de önemli etkilere sahiptir (Altuncu ve Tansel, 2009).

Aydınlatma, yapay ve doğal olmak üzere iki temel kategoriye ayrılmaktadır. Yapay aydınlatma, insan yapımı ışık kaynaklarından elde edilen ışığı kapsar ve genellikle elektrikle çalışan lambalar, ledler ve diğer aydınlatma armatürleri aracılığıyla sağlanır. Bu tür aydınlatma, istenilen aydınlık seviyesini kontrol edilebilir bir şekilde sunarak, özellikle kapalı ortamlarda görsel konfor ve işlevselliği artırır. Diğer yandan, doğal aydınlatma, güneş ışığını kaynak olarak kullanır ve pencere, atriyum gibi mimari öğeler aracılığıyla iç mekânlara taşınır. Doğal ışık, değişken ve dinamik bir karaktere sahip olup, mekânın atmosferini ve kullanıcıların ruh halini doğal bir biçimde etkileyebilir.

Yapılan araştırmalarda yeterli gün ışığına maruz kalma, sağlık çalışanlarının işyerindeki stres ve memnuniyetsizlik düzeylerini azaltmaktadır (Kurtoğlu, 2022). Bu, mekânlarda gün ışığı kullanımının sadece hastalar için değil, tüm kullanıcılar için olumlu bir atmosfer yaratmakta ve doğru oryantasyona katkıda bulunmakta olduğunu göstermektedir. Bu durum, çalışanların performansını ve iş doyumunu artırmakta ve etkili bir çalışma ortamı oluşturmaktadır (Birinci Ertürk ve Birol, 2022).

Güneş ışığının sağlık üzerindeki faydaları, protein metabolizmasını iyileştirerek yorgunluğu hafifletir ve beyaz kan hücrelerinin üretimini teşvik eder. Ayrıca, endorfin salınımını artırarak duygusal sağlığı destekler ve kan basıncını düşürür. Doğal aydınlatmanın, insanlar ve hayvanlar için önemli olan gündüz ve gece döngüsünü düzenlemede de rolü vardır. Doğal ışığın yetersizliği, hastalar ve sağlık personeli için bilişsel bozukluklara yol açabilir (Altimier, 2004).



Şekil 4.14 Radboudumc tıp merkezi ana binası (EGM architects, 2022)

Gün ışığına maruz kalmanın sağlık çalışanları üzerindeki olumlu etkilerine ek olarak, poliklinik bekleme alanlarında doğal aydınlatmanın kullanılması da hastaların ve ziyaretçilerin psikolojik refahı üzerinde önemli faydalar sağlamaktadır. Doğal ışık, bekleme alanlarını daha davetkar ve rahatlatıcı bir hale getirerek, hastaların ve ziyaretçilerin stres ve kaygı seviyelerini azaltır (Şekil 4.14). Aydınlık ve huzurlu bir ortam, bekleme süresinin daha kısa ve daha hoş geçmesine yardımcı olur, böylece hastaların genel deneyimini iyileştirir.

İşyerlerinde, özellikle sağlık kurumlarında iyi bir aydınlatma sistemi tasarlarken, aydınlatma şiddetinin yeterli olması, bütün alana eşit yayılması, ışık yönü ve gölgelemeye dikkat edilmesi, ışık yansımalarından kaçınılması ve kullanılan ışığın niteliğinin uygun olması gerekmektedir. Ayrıca, titreşim ve parlaklık değişmelerini engellemek için aydınlatma sabit olmalıdır (Hayta, 2007).

Muayene odası aydınlatması, çeşitli görsel işlerin gerçekleştirilmesine uygun şekilde tasarlanmalıdır. Genel ve bölgesel aydınlatma sistemlerinin bir araya getirilmesiyle sağlanmalıdır. Genel aydınlatma ile bölgesel aydınlatmanın renk sıcaklık dereceleri birbirine mümkün olduğunca yakın olmalı ve aydınlatma şiddeti ideal olarak 500 ile 1000 lux arasında ayarlanmalıdır (Polat, 2005). Bu düzenleme, muayene ortamlarında hem konforu hem de görsel verimliliği maksimize etmeye yardımcı olur ve hem hastalar hem de sağlık personeli için uygun bir görsel ortam sağlamaktadır.

Aydınlatmanın iyileştirilmesi, sağlık kurumlarındaki şiddeti önleme çabalarında önemli bir rol oynayabilir. İyi tasarlanmış ve doğru bir şekilde aydınlatılmış, bol gün ışığı alan ortamlar, hastaların ve sağlık çalışanlarının stres ve anksiyete seviyelerini düşürmeye yardımcı olabilir. Bu, gerginlik ve çatışma potansiyelini azaltarak, kurum içindeki genel atmosferi iyileştirir. Etkili aydınlatma tasarımı, görsel konforu artırırken aynı zamanda psikolojik rahatlama sağlar. Bu durum, özellikle yüksek stresli sağlık ortamlarında, hem hastaların hem de çalışanların duygusal ve fiziksel refahını destekleyen kritik bir unsurdur. Bu nedenle, sağlık kurumlarında aydınlatma stratejilerinin geliştirilmesi, şiddeti önleme ve kurum içi huzuru teşvik etme açısından stratejik bir yaklaşım olarak değerlendirilmelidir.

4.2.5 Malzeme ve Donatılar

Tasarım sürecinde malzeme seçimi, kullanıcı gereksinimleri, çevresel işlevsellik, kültürel, ekonomik, estetik, sosyolojik ve psikolojik faktörler gibi çok çeşitli parametrelerin dikkate alınmasını gerektirir. Malzemenin seçimi, tasarım sürecinin etkin bir bileşeni olarak görülerek, bu süreçte önemli bir veri kaynağı olarak ele alınır. Mekân yaratımının temel gereksinimlerinden biri olan malzeme, tasarımın niyetini ve karakterini yansıtır. İç mekân tasarımı alanında, malzeme, mekânı sadece yaşanabilir bir alan olarak değil, aynı zamanda kullanıcılarla duygusal bağ kurulabilecek bir yer haline getirme çabasının bir parçasıdır. Malzeme aracılığıyla,

bir tasarım fikri, yaşanabilir bir mekâna dönüşme potansiyeline sahiptir. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesinde malzeme seçimi, mekânın sakinleştirici ve destekleyici bir atmosfer yaratılmasına yardımcı olabilir. Sağlık hizmetlerinin sunulduğu alanlarda, kullanıcıların (hastaların, ziyaretçilerin ve sağlık çalışanlarının) psikolojik rahatlığını artıran malzemelerin tercih edilmesi, gerginliğin ve dolayısıyla şiddet eğiliminin azaltılmasına katkıda bulunabilir. Bu nedenle, tasarım sürecinde malzeme seçimi, yalnızca estetik ve işlevsellik açısından değil, aynı zamanda sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti azaltma potansiyeli açısından da stratejik bir öneme sahiptir.

Mat yüzeylerin insanlar üzerinde bir rahatlama etkisi yaratırken, parlak yüzeyler canlılık ve enerji hissi uyandırır. Dokunma deneyimi, yüzeylerle etkileşimde daha da karmaşık bir boyut kazanır. Pürüzsüz yüzeylere dokunmak, pürüzlü yüzeylere dokunmanın sunduğu ilgi çekici ve heyecan verici deneyime kıyasla daha az etkileyici olabilir. Yuvarlak ve yumuşak hatlar rahatlama hissi verirken, sivri ve keskin kenarlar gerginlik yaratabilir. Bir mekânda çeşitli dokuların kullanımı enerji verici bir etki yaratırken, daha az çeşitlilik daha yatıştırıcı bir atmosfer sunar. Ayrıca, bir mekânda çok sayıda dokunun bir arada kullanılması, görsel olarak karışık ve karmaşık bir görüntü oluşturabilir. Karışık veya alışılmadık desenler heyecan verici olabilirken, genellikle insanlar çevrelerinde daha basit desenleri tercih eder. Küçük ölçekli desenler, büyük ölçeklilere göre daha fazla tercih edilir ve mekânı daha geniş gösterme eğilimindedir. Doğal desenlere benzer desenler sakinleştirici bir etkiye sahip olabilir (Augustin, Frankel ve Coleman, 2009).

Ahşap malzemelerin kullanımı, iç mekân tasarımında özellikle dikkate değer bir husustur. Araştırmalar, ahşabın doğal görünümünün yapay malzemelere kıyasla daha samimi ve sıcak bir atmosfer yarattığını göstermektedir. Bu algı, ahşabın tanıdık ve rahatlatıcı özelliklerinden kaynaklanır. Örneğin, bu alanda yapılan bir çalışmada, katılımcılar ahşap ve çelikten yapılmış duvarlara 90 saniye boyunca bakmışlar ve ahşap duvara bakarken katılımcıların kan basıncında önemli bir düşüş gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar, ahşabın fizyolojik aktivasyon ve potansiyel stres düzeyleri üzerinde rahatlatıcı bir etkiye sahip olduğuna dair kanıtlar olarak yorumlanmıştır. Benzer bir araştırmada, ahşap duvarın gözlemleyicinin ruh halini modüle edip edemeyeceği de incelenmiş ve katılımcıların, ahşap duvara bakarken, "depresyon/çökkünlük" ölçeğindeki puanlarının, kontrol beyaz perdesine bakarken

olduğundan daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bu da ahşabın insanların ruh halini olumlu yönde etkilediğini öne sürmektedir (Demattè, Zucco, Roncato, Gatto, Paulon, Cavalli ve Zanetti, 2018).

Türkiye ve Dünya genelinde hastane iç mekânları için kullanılacak malzemelerin standartları, çeşitli yönetmelikler ve kılavuzlar aracılığıyla belirlenmiştir. Bu standartlar, malzemelerin aşınmaya ve suya dayanıklı olmasını, kolay temizlenebilir ve antiseptik temizlik ürünlerine uygunluğunu şart koşar. Ayrıca, yangına karşı dayanıklılık ve zehirli gaz salınımının önlenmesi, temiz ve boşluksuz bitişlerin sağlanması, böcek ve haşerelere karşı koruyucu önlemler ile yoğun dokulu ve delikli yüzeylerden kaçınılması gibi kriterler vurgulanmaktadır (Özgen, 2021). Bu bağlamda, hastane iç mekânlarında kullanılacak malzemenin seçimi, sadece bu standartları yerine getirmekle kalmamalı, aynı zamanda psikolojik olarak da olumlu bir etki yaratmalıdır. Renklerin ve doku özelliklerinin sakinleştirici ve rahatlatıcı nitelikte olması, ortamın genel atmosferine katkıda bulunarak stres azaltıcı bir etki teşvik etmesi gerektiğini ifade eder. Hastaların ve ziyaretçilerin mekânda geçirdikleri süre zarfında olumlu bir deneyim sunabilmesi, seçilen malzemelerin estetik ve duygusal etkileriyle doğrudan ilişkilidir. Dolayısıyla, hastane iç mekânlarında malzeme seçimi hem fiziksel gereklilikleri hem de duygusal ihtiyaçları dikkate alarak kapsamlı bir yaklaşımla ele alınmalıdır.

Poliklinikler ve poliklinik bekleme alanları, çeşitli hastalıklara sahip ve farklı yaş, deneyim ve psikolojik durumları barındıran yetişkinler, çocuklar, yaşlılar ve engelli bireylerin tedavi amaçlı ziyaret ettiği mekânlardır. Bu çeşitlilik, bu alanlarda kullanılacak malzemelerin seçiminde özel bir dikkat ve hassasiyet gerektirir. Malzemenin işlevselliği, dayanıklılığı, hijyenik özellikleri, estetik değerleri ve psikolojik etkisi bu mekânların tasarımında önemli rol oynamaktadır.

Poliklinik ve bekleme alanlarının tasarımında nanomalzemelerin entegrasyonu, bu mekânların işlevselliğini ve estetiğini daha da geliştirebilir. Nanomalzemelerin mikro ölçekli yapısı, yüzeylerin etkili bir şekilde temizlenmesini sağlayabilir, antimikrobiyal özellikler kazandırabilir ve bakteri oluşumunu engelleyebilir. Dayanıklılık, çizilmeye ve aşınmaya karşı direnç, enerji verimliliği ve çevresel sürdürülebilirlik gibi özellikler, nanomalzemelerin sağlık tesislerinde kullanımı için ideal kılar (Gür, 2010). Ayrıca, bu malzemelerin estetik ve tasarım esnekliği, kullanıcı odaklı ve yenilikçi tasarım çözümleri sunabilir, böylece mekânları daha

davetkar ve konforlu hale getirebilir. Bu malzemelerin, mekânın genel atmosferine ve algılanan sıcaklık hissine katkıda bulunacak şekilde entegre edilmesi, hastaların ve ziyaretçilerin deneyimini olumlu yönde etkileyebilir.

Malzemenin yanı sıra eklenecek bazı donatılar da bu mekânları daha çekici ve rahatlatıcı hale getirebilir. Bekleme alanlarına akvaryumlar yerleştirmek, yapılan bilimsel araştırmalara göre, bireylerin dikkatini etkili bir şekilde çekmektedir (Augustin, Frankel ve Coleman, 2009). Akvaryumların içerisindeki canlı hareketler, insanların dış dünyaya olan merakını tetikleyerek, bekleme sürecinin monotonluğundan kısmi bir uzaklaşma sağlar. Bu, pencereden dışarıya bakmanın yarattığı merak uyandırıcı etkiyle benzerdir; insanlar akvaryumdaki hareketleri gözlemleyebilir ancak olup bitenin tamamını tahmin edemezler, bu da dikkatlerini sürekli olarak yeniden odaklamalarına neden olur.

Diğer yandan, sağlık hizmeti ortamlarında kullanılacak sanatsal eserlerin seçimi konusunda dikkatli olunmalıdır. Soyut veya belirsiz resimler ve heykeller, bu tür ortamlar için uygun olmayabilir. Halk arasında popüler olsa bile, belirsiz, gerçeküstü veya soyut sanat eserleri yerine, sağlık hizmeti alanlarında bu tür sanat eserlerinden kaçınmak daha iyi bir seçenek olabilir. Hastalar ve ziyaretçiler genellikle sağlık durumları hakkında endişeli oldukları için, bu tür eserler güven vermek yerine kafa karışıklığına veya olumsuz çağrışımlara neden olabilir. Bunun yerine, insanlara güvenlik ve rahatlama hissi verebilecek doğal manzaralar, örneğin çayırlar, bahçeler ve su kenarları gibi resimler tercih edilmelidir. Bu tür görüntüler, insanların zihinsel ve duygusal refahına katkıda bulunabilir ve bekleme süresinin stresinin daha az algılanmasına olanak tanıyabilir (Augustin, Frankel ve Coleman, 2009).

Ayrıca, gerçek bitkilerin kullanımı da büyük önem arz etmektedir. Bitkiler, iç mekânlarda doğallık hissi yaratır, hava kalitesini iyileştirebilir ve sakinleşmeye yardımcı olabilir. Kan basıncını düşürmeye ve genel olarak rahatlatmaya katkıda bulunabilirler. Bu nedenle, pencerelerin doğal manzaralara açılması veya iç mekânlarda yoğun yeşillik sağlayan saksı bitkilerinin yerleştirilmesi, sağlık hizmeti ortamlarının tasarımında önemli bir unsurdur. Bu yaklaşımlar, hastane ve sağlık merkezlerinin hem estetik açıdan çekici olmasını sağlar hem de hastaların ve ziyaretçilerin deneyimini iyileştirir.

4.2.6 Form

Mekân tasarımında kullanılan formların ve çizgilerin insan psikolojisi üzerindeki etkileri, estetik ve işlevsel açıdan büyük önem taşımaktadır. Poliklinik ve poliklinik bekleme alanları gibi özel mekânlarda formun psikolojik etkileri, kullanıcıların sağlık ve iyilik halini doğrudan etkileyebilir. Mimari şekillerin basit veya karmaşık yapısı, güvenlik ve huzur hissinden, sinir ve korkuya kadar farklı duygusal tepkileri tetikleyebilir. Basit şekiller, nörolojik kimyasalların salınımını tetikleyerek insanlara mutluluk hissi verirken, karmaşık şekiller sempatik sinir sistemini aktive ederek bireyleri sinirli ve korkulu hale getirebilir. Bu durum, bireylerin panik ve gergin hissetmelerine yol açabilir, kaygıyı artırabilir (Coburn et al., 2020).

Araştırmalar, mimari şekillerin psikolojik etkilerinin kanıtlanmasının zor olabileceğini, ancak bu zorluğun, hayranlık duygusu yaratan şekillerin değerini azaltmadığını göstermektedir. Her şekil türünün farklı işlevleri vardır ve bu, optimal bir ruh hali, uyum duygusu, arzu, güvenlik ve anlam yaratmaya yardımcı olabilir. İnsanlar belirli bir şekildeki odada rahatsız hissedebilir ve bu da huzursuzluk, halsizlik, aşırı duyarlılık veya kaygıya yol açabilir. Kötü oda şekilleri ve refah arasındaki ilişki, bireylerin sağlığı, eğitim başarısı ve suç işleme olasılığı ile bağlantılıdır (Coburn et al., 2020).

Kıvrımlı ve yuvarlak formlar, doğanın organik hatlarını yansıttıkları için, mekânlarda genel bir rahatlama hissi uyandırır. Bu tür formlar yumuşaklık ve akıcılık hissi vererek, kullanıcıların mekânda daha huzurlu ve rahat hissetmelerini sağlar. Buna karşılık, keskin köşeler ve doğrusal çizgiler, mekânı daha düzenli ve fonksiyonel gösterirken, aşırı kullanıldıklarında baskı ve gerginlik duygularını tetikleyebilir (Augustin, Frankel ve Coleman, 2009). Mekân tasarımında formların ve çizgilerin dengeli bir şekilde kullanılması, mekânın hem estetik hem de psikolojik olarak kullanıcılar için tatmin edici olmasını sağlar, böylece mekânda bulunmanın psikolojik deneyimini zenginleştirir.

Dikdörtgen şekiller, dengeli ve enerjik bir his uyandırabilirken, dar açılı formlar huzursuzluk ve dengesizlik hissi verebilir. Öte yandan, dairesel formların rahatlatıcı ve huzur verici etkileri vardır. Eğri hatlar zarif ve kibar bir ifade biçimi olarak gençlik, mutluluk ve incelikle yapılan hareketleri temsil eder. Geniş eğri çizgiler ilham verici özelliklere sahipken, yatay eğriler nazik ve rahat hareketlerin bir

işaretidir. Küçük eğriler sevinç ve oyunculuğun bir ifadesi olarak kabul edilir (Dinçer, 2011). Bu bağlamda, mimarların ve tasarımcıların, mekân tasarımında formların ve çizgilerin psikolojik etkilerini dikkate alması, kullanıcıların mekânı nasıl deneyimlediklerini önemli ölçüde etkileyebilir. Mekânın şekillendirilmesi, insanların sağlık ortamlarında hissettikleri rahatlık ve memnuniyet düzeylerini önemli ölçüde etkileyebilir. Bu nedenle, sağlık alanlarının tasarımında bu görsel unsurların dikkate alınması hem estetik hem de terapötik açıdan değerlidir.

Hastaneler, genellikle işlevselliğin ön planda tutulduğu, makine benzeri bir yaklaşımla tasarlanır. Bu tasarım anlayışı, hastane yapısının her bir bölümünde olduğu gibi poliklinik ve bekleme alanlarında da kendini gösterir. Formların seçimi, genellikle üretimin kolaylığı ve uygulamanın pratikliği gözetilerek yapılır. Bu nedenle, hastane mimarisinde dikey ve yatay keskin köşeli şekiller yaygındır. Duvarlar ve iç mekân donatıları bu çerçevede şekillendirilir, estetikten ziyade fonksiyonellik ön planda tutulur. Bu işlevsel yaklaşım, hastane ortamının genel atmosferini ve hastalar ile sağlık hizmeti alıcılarının psikolojik deneyimlerini etkilemektedir. Keskin köşeli ve düz hatlara sahip mekânlar, genellikle daha resmi ve işlevsel bir hava yaratırken, bu durum bazen hastalar için stresli ve sıkıcı bir ortam oluşturabilir. Hastanelerin bu geleneksel tasarım anlayışı, bazı durumlarda hastaların iyileşme sürecine destek olmak yerine, psikolojik olarak onları daha savunmasız bir hale getirebilir.

Öte yandan, psikolojik etkileri dikkate alan bir tasarım anlayışı, hastane ve poliklinik ortamlarını daha davetkar ve rahatlatıcı hale getirebilir. Örneğin, yuvarlak hatlar ve yumuşak formlar kullanmak, mekânın daha sıcak ve davetkar bir atmosfer yaratmasına yardımcı olabilir. Bu tür tasarım öğeleri, hastaların ve ziyaretçilerin stres seviyelerini azaltabilir, böylece genel iyilik hallerine olumlu katkılarda bulunabilir.

Bu bağlamda, hastane ve poliklinik tasarımlarında form ve hatların seçimi, sadece estetik bir tercih değil, aynı zamanda hastaların ve ziyaretçilerin psikolojik deneyimlerini iyileştirmeye yönelik stratejik bir karar olarak görülebilir. Bu yaklaşım, geleneksel hastane tasarımının işlevsellik odaklı yaklaşımını aşarak, hastaların ve sağlık hizmeti alıcılarının ihtiyaçlarını daha kapsamlı bir şekilde ele alır.

4.2.7 Güvenlik Algısı

Sağlık sektöründe faaliyet gösteren kuruluşlar, insan sağlığı ve refahı için kritik öneme sahip olan yoğun emek isteyen hizmetler sunmaktadır. Bu hizmetlerin etkinliği ve başarısı büyük ölçüde, çalışanların iş ortamında kendilerini güven içinde hissetmelerine de bağlıdır. Araştırmalar, işyerindeki güvenlik algısının, çalışanların iş tatmini ve genel motivasyon düzeyleri üzerinde doğrudan etkili olduğunu göstermektedir. Bu durum, sağlık sektöründeki çalışanların memnuniyetinin, hastane ve sağlık kuruluşlarının genel performans ve hedeflerine ulaşmasında kritik bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır (Ekici, Buğra ve Kocadağ, 2017).

Polikliniklerde çalışan doktorlar için, güvenlik algısı iş performansları ve hasta memnuniyeti üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Örneğin; çoğu hastanede, poliklinik alanlarında sadece tek bir kapı bulunur ve bu kapı hem doktorlar hem de hastalar tarafından kullanılır. Bu durum, olası bir şiddet olayında, doktorların kaçış yolu olarak kullanacakları kapının aynı zamanda tehlikenin kaynağına açılan kapı olması anlamına gelir. Ayrıca, olaya müdahale etmek üzere gelen güvenlik görevlileri de aynı kapıyı kullanır. Bu tek kapı sistemi, herhangi bir tehlike anında doktorları sıkışıp kalmış hissettirebilir ve güvenliklerini tehdit edebilir. Doktorlara ayrı bir çıkış kapısı sağlanması ve bu kapının sadece sağlık çalışanları tarafından kullanılabilmesi hem bir kaçış yolu sunarak hem de güvenlik güçlerinin daha etkili müdahale etmesini sağlayarak bu sorunu çözebilir (Annagür, 2010). Böyle bir düzenleme, doktorların kendilerini daha güvende hissetmelerine yardımcı olabilir ve bu da iş performanslarını ve hasta memnuniyetini olumlu yönde etkileyebilir.

Ayrıca hastanelerde genel güvenlik önlemlerinin artırılması, özellikle sağlık çalışanları ve hastalar için önemli bir konudur. Bu bağlamda, ana giriş kapılarına X-ray cihazlarının yerleştirilmesi delici, kesici veya ateşleyici aletler gibi potansiyel tehlike arz eden objelerin hastane içerisine girişini engelleyerek, güvenlik seviyesini artırmaktadır (Annagür, 2010). Ne var ki, bazı sağlık tesislerinde bu cihazların yerleştirilmesi sonrasında yeterli denetim yapılmamaktadır (Şekil 4.15). Bu durum, tesis güvenliğini tehlikeye atan unsurlar arasında yer alır. Yerleştirilen cihazın güvenlik görevlilerince etkin bir şekilde denetlenmesi gerekmektedir. Bu tür önlemler, hastane ortamında şiddet olaylarının

önlenmesine katkıda bulunur ve hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının güvenlik algısını güçlendirir.



Şekil 4.15 Hastane girişindeki kontrolsüz X-Ray cihazı (Anonim, 2023)

Poliklinikler ve poliklinik bekleme alanlarında bulunan oturma birimleri, bankolar, bilgilendirme panoları ve tablolar gibi nesnelerin zemine ya da duvara sabitlenmesi ve sivri köşeler oluşturmasından kaçınılması, güvenlik açısından önemli bir önlem olarak değerlendirilebilir. Bu uygulama, bu tür nesnelerin herhangi bir şiddet durumunda silah olarak kullanılmasını engellemeye yöneliktir. Hastane ortamında şiddetin önlenmesi ve güvenliğin artırılması hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının refahı için hayati öneme sahiptir.

Polikliniklerde ve poliklinik bekleme alanlarında güvenlik birimlerinin kolay ve hızlı erişilebilir bir konumda olması, sağlık çalışanları ve hasta güvenliği açısından kritik öneme sahiptir. Bu durum, acil durumlarda etkili bir müdahale için temel bir gerekliliktir. Ayrıca, hastaların beklediği oturma alanlarının yoğunluk oluşmayacak şekilde düzenlenmesi hem fiziksel rahatlık hem de güvenlik açısından önemlidir.

4.2.8 İnsan Yoğunluğu

Severy'nin çalışmalarına göre, kalabalık bir mekânda insanların yoğunluğu, orada bulunan insan sayısının algılanış biçimiyle ilişkilidir. Bu sayı, mekânın özelliklerine bağlı olarak 3, 4 ya da 50 gibi farklı rakamlar olabilir (Özbek, 2007). Dolayısıyla, bir mekânın kalabalık olarak algılanması için sadece sayısal yoğunluğun yeterli olmadığı anlaşılmaktadır.

Bu bağlamda poliklinik ortamlarında, bekleyen hasta sayısının mimari düzenlemelerle değiştirilmesi her zaman mümkün olmamakla birlikte, bölgesel kalabalıkların yönetimi üzerinde etkili stratejiler geliştirilebilmektedir. Özellikle doktor kapıları gibi belirli alanlarda meydana gelen kalabalıklar, doktorların ve hastaların stres seviyelerini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu yoğunlukların azaltılması için yapılan düzenlemeler, bekleme alanlarının ve hasta sirkülasyonunun daha etkin bir şekilde yönetilmesini sağlayarak hem doktorların hem de hastaların stres ve kaygı seviyelerini düşürebilmektedir. Bu yaklaşım, sadece fiziksel konforun artırılmasına katkıda bulunmakla kalmaz, aynı zamanda hastaların ve sağlık çalışanlarının genel sağlık hizmeti deneyimini iyileştirerek, sağlık hizmetlerinin toplam kalitesini yükseltmektedir.

Poliklinik bekleme alanlarında, kişisel alanın algılanması ve durumsal kontrol, hastaların ve ziyaretçilerin stres seviyelerini etkileyen önemli faktörlerdir. Bu alanlarda, bireylerin yeterli kişisel alana sahip olmamaları veya hareketlerinin kısıtlanması, kalabalık hissini artırabilir. Özellikle dar ve yoğun bekleme alanlarında, kişilerin mekân üzerindeki kontrol algıları azalır ve bu durum, stres ve rahatsızlık hissini tetikleyebilir (Özbek, 2007). Kalabalık ortamlarda gürültü ve kirliliğin yanı sıra, çevrenin birey tarafından daha az kontrol edilebilir hale gelmesi ile, bireylerde stres seviyesi artmaktadır (Kayacan ve Özmen, 2021). Bu nedenle, poliklinik bekleme alanlarının tasarımında, yeterli kişisel alan sağlanması ve hastaların mekânda rahat hareket edebilmeleri için uygun düzenlemeler yapılması, genel stres seviyelerini azaltmada etkili bir yöntem olabilir.

Kalabalığın yanı sıra mahremiyet de önemli bir unsurdur. Mahremiyet insan olmanın temel özellikleri arasında yer alır ve sadece özsel bir değer taşımakla kalmaz, aynı zamanda diğer iyiliklere ulaşmada da araçsal bir rol oynar. Kant'ın felsefesinde, özerklik insan olmanın temel bir değeri olarak kabul edilir. Eğer mahremiyet özerkliğin bir ön koşuluysa ve özerklik mahremiyet olmadan tam olarak kavranamıyorsa, mahremiyetin kaybı temel değerlerimiz için bir tehdit oluşturur (Faiz Büyükçam ve Zorlu, 2018). Bu bağlamda, mahremiyet toplumsal yaşamda insan ilişkilerini düzenleyen temel bir mekanizma olarak kabul edilir ve kişisel, bireysel, toplumsal ve kamusal olmak üzere çeşitli düzeylerde incelenir. Günlük yaşamda birey için temel bir gereksinim olan mahremiyet, kültürel sosyal bileşenler ve özellikle yaygın dini inançlar tarafından şekillendirilir. Bu faktörler,

toplumların mahremiyet ihtiyaçlarını ve bu ihtiyaçların karşılanması için geliştirilen mekanizmaları doğrudan etkiler. Kültürden kültüre değişen mahremiyet anlayışları, yaşam tarzlarını ve fiziksel çevrenin yapılandırılmasını belirleyici bir şekilde etkiler.

Mahremiyet, genel olarak ‘‘kişiye ya da bir gruba, diğerlerinin optimum düzeyde yaklaşma koşulu’’ olarak tanımlanan bir mekânsal davranış düzeni olarak ele alınır (Faiz Büyükçam ve Zorlu, 2018). Mahremiyet sadece fiziksel bir mesafe meselesi değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik boyutları da içerir. Kişilerin veya grupların ‘‘tek başına’’, ‘‘beraber’’ ya da ‘‘ortaklaşa’’ benliklerinin ya da diğer sosyal öğelerin sınır ilişkilerini, psikolojik, toplumsal ve fiziksel çevre mekânları içinde nasıl kontrol ettiklerini ifade eder.

Bu çok boyutlu yapısı, poliklinik ve bekleme alanlarında mahremiyetin önemini vurgular. Polikliniklerde hasta mahremiyeti, doktor ve hasta arasındaki ilişkinin temel bir yönüdür ve bu ilişkinin mahremiyeti, tedavi sürecinin başarısı için kritik önem taşımaktadır (Poyraz, 2015). Mahremiyetin ihlali, hastanın doktora olan güvenini sarsabilir, bu da hastanın kendini tam ve doğru bir şekilde ifade etmesini engelleyebilir. Örneğin, mahremiyet ihlali yaşayan bir hasta, sağlık durumu hakkında önemli bilgileri paylaşmaktan çekinebilir. Bu durum, doktorun doğru teşhis ve tedavi planlamasını zorlaştırır ve tedavi sürecinin etkinliğini azaltır. Üçüncü şahısların varlığı veya dikkat dağıtıcı faktörler, doktorun odaklanmasını bozabilir, bu da tedavi sürecinin kalitesini düşürebilir. Bu nedenle, poliklinik ve bekleme alanlarının tasarımında hasta ve doktor mahremiyetinin korunması, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için hayati bir faktördür.

Hastalar, kendilerini mahremiyet içinde hissettiklerinde, sağlık bakım uzmanları ile daha etkili bir iletişim kurma eğilimindedirler (Augustin, Frankel ve Coleman, 2009). Bu durum, hastaların kendilerini güvende ve korunmuş hissetmelerini sağlayarak, sağlık profesyonelleriyle olan diyaloglarını kolaylaştırır. Çeşitli çalışmalar, mahremiyet eksikliğinin hasta memnuniyetini olumsuz etkileyebileceğini ve mahremiyet kaygıları nedeniyle hastaların kişisel bilgileri gizlemesi veya tedaviyi reddetmesi gibi durumların sağlık sonuçlarını olumsuz yönde etkileyebileceğini ortaya koymuştur (Poyraz, 2015). Mahremiyetin korunması, hastaların stres ve kaygı seviyelerini azaltmaya yardımcı olur ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet riskini de düşürebilir. Özellikle, hastaların kendilerini

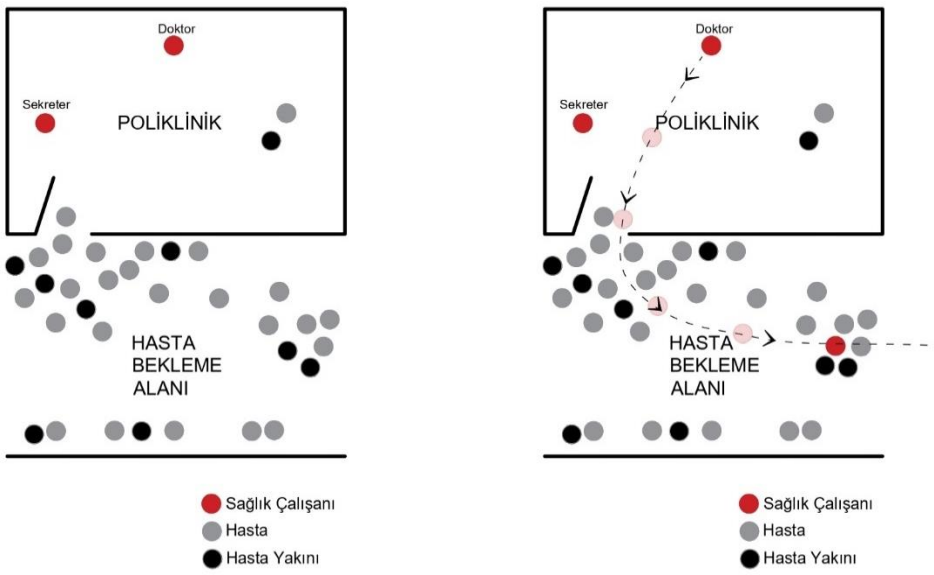
güvende ve rahat hissetmelerini sağlayacak tasarım çözümleri hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının genel deneyimini iyileştirir ve sağlık ortamında olumlu bir atmosfer yaratır. Bu, sağlık hizmetlerinin genel verimliliğini ve etkinliğini artırırken, stres, kaygı ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet riskini azaltır.

4.3 Mevcut Poliklinik ve Poliklinik Bekleme Alanlarının Değerlendirilmesi

Türkiye'deki ikinci ve üçüncü basamak devlet hastaneleri incelendiğinde, genellikle hastaların ve refakatçilerinin hastane içindeki sirkülasyonunun, hastane yapısının merkezinden fonksiyonel birimlere doğru akış gösterdiği gözlemlenmektedir. Çoğu hastane yapısında, yoğun hasta ve refakatçi sirkülasyonunun yaşandığı, merkezi bir alan bulunmakta ve bu alanda genellikle bir veya birden fazla danışma veya sekreterlik birimi yer almaktadır. Bu birimler, hastaları hizmet alacakları poliklinik alanlarına yönlendirmektedir. Türkiye'deki kültürel normlar, hastalık durumlarında bireylerin yanında çoklu refakatçilerin bulunmasını teşvik etmektedir. Bu durum, sağlık kurumlarında öngörülenden daha yüksek ziyaretçi sayısına yol açmakta, böylece hastanelerin kapasite ve yönetim stratejileri üzerinde önemli etkiler oluşturmakta ve sağlık hizmetlerinin sunumunu etkileyebilmektedir.

2018 yılı OECD verilerine göre Türkiye, kişi başına düşen 9 muayene ortalaması ile dünya sıralamasında dördüncü sırada yer almaktadır. Ayrıca, Türkiye'de bin kişi başına düşen hekim sayısı 1,9 ile diğer ülkelere kıyasla oldukça düşüktür (Beştemir ve Aydın, 2022). Bu durum, poliklinik birimi başına veya hekim başına düşen hasta sayısının, poliklinik hizmeti verilen ülkelerle kıyaslandığında daha yüksek olmasına neden olmaktadır. Türkiye özelinde yapılan araştırmalar, hastanelere gelen hasta sayısının çok fazla olduğunu ve karşılanan poliklinik birimlerinin bu talebe yetersiz kaldığını göstermektedir. Bu durum, poliklinik ve bekleme alanlarında yoğunluğa sebep olmaktadır.

Çetintaş (2016) tarafından yapılan araştırmaya göre, poliklinik bekleme alanlarının sıklıkla sirkülasyon alanlarıyla örtüşmesi, güvenlik açıklarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum, ayrıca hasta ile doktorların kullandığı ulaşım yollarının çakışmasına yol açmakta, bazı sorunları beraberinde getirmektedir. İlk olarak, poliklinik hizmeti veren doktorun acil servise veya kendi klinik servisine gitmek istediğinde, poliklinik önündeki kalabalığın sorularına ve beklentilerine yanıt vermek zorunda kalması, gitmesi gereken yere ulaşmasını geciktirmekte ve diğer birimdeki hizmet bekleyen hastaların tepkisiyle karşılaşmasına sebep olmaktadır (Şekil 4.16). Aynı zamanda sağlık hizmetlerini bekleyen kalabalık içinde, doktorun kapıdan çıkışı sonrasında beklentilerinin karşılanmayacağı yönündeki algı, bireylerde artan bir hayal kırıklığı hissine ve bu hayal kırıklığının, potansiyel şiddet olaylarına dönüşme riskine yol açabilmektedir. Poliklinikte olası bir şiddet durumunda, doktorun ve sekreterin tek çıkış yolu, kontrolsüz kalabalığın bulunduğu tek kapıya doğru olması, bir güvenlik açığı oluşturmaktadır. Ayrıca, güvenlik görevlilerinin de bu kalabalığın içinden müdahale etmek zorunda kalması, durumu daha da riskli hale getirmektedir.



Şekil 4.16 Mevcut poliklinik ve bekleme alanlarının plan şeması (yazar tarafından üretimiştir)

İkinci olarak, hastaların poliklinik takip ekranlarını izlemek ve doktoru beklemek amacıyla, hizmet alacakları polikliniklerin önünde toplanmaları, kalabalığın sürekli olarak doktor kapısına odaklanarak beklemesi, özellikle öğle aralarında ve mesai saatlerinin sonunda yoğunluğun artması, içeride hizmet veren hekim üzerinde baskı oluşturmasına neden olmaktadır. Bu durum, bazı poliklinik birimlerinin öğle

aralarında bile hizmet vermeye devam etmesine ve insanı bir hak olan öğle arası ve ihtiyaç molasının kullanılamamasına yol açmaktadır. Ayrıca, poliklinik kapısına yığılan kalabalık, içeride hizmet veren doktor ve yardımcı sağlık personeline sürekli talep ve ihtiyaçlarını dile getirerek, içeride hizmet almakta olan hastanın hizmet kalitesini etkilemektedir. Tıp dünyasında kutsal kabul edilen doktor-hasta ilişkisi, sürekli üçüncü şahısların müdahalesi sonucunda bölünmekte ve sağlıklı ilerleyememektedir. Bu durum, verilen hizmetin kalitesinin düşmesine, doktor ve hastanın iletişiminin bozulmasına, hastalar nezdinde hoş karşılanmamakta ve öfke unsuru oluşmasına sebep olmaktadır. Aynı zamanda, doğru işlemeyen doktor-hasta ilişkisi, sağlıklı sonuçlanmayıp tekrarlayan hastane başvurularına yol açmaktadır.

Tekrarlayan hastane başvuruları, polikliniklere erişimin zorlaşmasına ve acil olmayan durumlar için bile hastaların acil servislere yönelmesine yol açmaktadır. Yetersiz poliklinik hizmetleri ve organizasyonel aksaklıklar nedeniyle şikayetleri giderilemeyen hastaların stres düzeyleri artmakta, beklentileri karşılanmadığında ise hastane içerisinde daha agresif ve şiddete meyilli davranışlar sergilemektedirler. Bu tepkiler, aslında hastaların sisteme ve karşılanmayan beklentilerine yönelik olmasına rağmen, genellikle sağlık çalışanları, özellikle de hekimler, bu tepkilerin odağında bulunmaktadır.

Poliklinik tasarımlarında gözlemlenen bazı önemli eksiklikler, sağlık çalışanlarının stres seviyelerini arttırmakta ve bunun sonucunda da iş performanslarını olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle, doktorların çalışma alanlarının kolay erişilebilir olması, sık sık diğer hasta ve yakınlarının müdahalesine yol açarak, kesintisiz çalışma süreçlerini engellemekte ve dikkat dağınıklığının beraberinde verimsizliğe neden olmaktadır. Bu durum, hasta mahremiyetinin azalmasına ve hem hasta hem de doktor arasındaki etkileşimi zorlaştırarak, muayene sürecinin güvenliğini tehlikeye atmaktadır.

Bunun yanı sıra, doğal ışık kaynaklarından mahrum olan çalışma alanları ve yetersiz yapay aydınlatma sistemleri, görsel konforun düşmesine ve göz yorgunluğunun artmasına sebep olmaktadır. Ergonomik olmayan mobilya seçimleri ise, fiziksel rahatsızlıklara ve uzun vadede kas-iskelet sistemi sorunlarına yol açabilmektedir. Ayrıca, yetersiz havalandırma sistemleri, çalışma ortamının hava kalitesini düşürerek, sağlık çalışanlarının genel sağlık durumunu ve çalışma motivasyonunu olumsuz etkileyebilmektedir. Sistemin bu şekilde sağlıksız

işlemesi, zaman içerisinde sağlık personelinin motivasyonunu olumsuz etkilemekte ve onları daha kırılgan hale getirmektedir.

Poliklinik bekleme alanlarının tasarımındaki eksiklikler, bekleyen hastaların fiziksel ve psikolojik konforunu önemli ölçüde bozmakta ve bu durum, bekleme sürelerinin olduğundan daha uzun algılanmasına sebep olmakta, hastaların tahammül seviyelerini düşürmektedir. Yetersiz ve ergonomik olmayan oturma birimleri, uzun süreli beklemeler sırasında fiziksel rahatsızlık yaratmakta, bu da genel konfor düzeylerini azaltmaktadır. Estetik açıdan yetersiz bir atmosfer ve kötü aydınlatma, hastaların mekânla olan etkileşimlerini olumsuz yönde etkileyerek, sağlık hizmeti kalitesi algısını düşürmektedir.

Kötü havalandırma, hava kalitesini düşürerek stres hormonlarını tetiklemekte ve mevcut kalabalığın daha fazla algılanmasına neden olmaktadır. Bekleme alanlarının yanlış konumlandırılması ise, gürültü ve kalabalıktan kaynaklanan stres seviyelerini yükselterek, hastaların kaygı düzeylerini artırabilmektedir (Çetintaş, 2016). Bu olumsuz faktörlerin bir araya gelmesi, hastaların bekleme süreçlerini daha stresli ve tahammül edilmesi zor bir deneyim olarak algılamalarına neden olmakta, bu da genel sağlık hizmeti alma deneyimlerini olumsuz etkilemektedir.

Tüm bu parametreler, şiddet olaylarının artmasına ve bu olayların önüne geçilmesinde zorluklara yol açmaktadır. Sağlık çalışanları üzerindeki baskı, hem bireysel hem de kurumsal düzeyde ciddi sonuçlar doğurabilmekte, çalışanların mesleki tatmin düzeylerini düşürmekte ve hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca, bu durum sağlık hizmetlerinin verimliliğini azaltmakta ve hastaların tedavi süreçlerinde gecikmelere neden olmaktadır.

Bu sorunların çözümü için, hastane yönetimleri ve sağlık politika yapıcıları tarafından kapsamlı bir yaklaşım benimsenmesi gerekmektedir. Hastane yapılarının ve poliklinik hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi, psikolojik refahı yükselten tasarım yaklaşımların uygulanması, hasta ve refakatçi sirkülasyonunun daha etkin yönetilmesi, sağlık çalışanlarının iş yükünün hafifletilmesi ve hasta-hasta yakını eğitiminin güçlendirilmesi bu yaklaşımın temel bileşenleri arasında yer almalıdır.

5
SONUÇ

Şiddet ve saldırganlık, günümüzde dünya genelinde ve özellikle Türkiye'de, her yaş ve sosyal gruptan bireyleri etkileyerek toplumsal yapıları derinden sarsan yaygın bir sorundur. Bu durum, işyerlerinde de hissedilmekte, özellikle sağlık sektörü çalışanlarının güvenliğini tehdit eden şiddet olaylarına sıkça tanık olunmaktadır. Sağlık sektöründe, özellikle Türkiye'de, çalışanlar genellikle hasta yakınları tarafından uygulanan şiddete maruz kalmaktadır. Yapılan araştırmalar, bu şiddet vakalarının büyük bir kısmının acil servisler ve polikliniklerde gerçekleştiğini ve özellikle doktor ve hemşirelere yönelik şiddetin yoğun olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmalar sağlık çalışanlarına şiddetin en çok acil servis ve poliklinik birimlerinde olduğunu göstermiştir. Acil servislerdeki şiddetin bir nedeni olarak, polikliniklerdeki işleyiş bozukluklarının hastaları acil servislere yönlendirmesi ve bu durumun yoğunluk oluşturup, şiddet vakalarını artırması gösterilmektedir. Bu bağlamda, poliklinik hizmetlerinin etkinliğinin artırılmasının, acil servislerdeki şiddet vakalarını da önemli ölçüde azaltabileceği düşünülmektedir.

Sağlık sektöründe alınan önlemler ve müdahale yöntemleri genellikle şiddet olayları sonrası odaklıdır ve zararın azaltılması, mağdurların desteklenmesi ve benzer durumların tekrarının önlenmesi amacını taşımaktadır. Ancak, bu yaklaşımın önemli bir eksikliği, şiddet olaylarının kök nedenlerine yönelik proaktif çözümlerin yeterince ele alınmamasıdır. Bu eksiklik, sağlık kurumlarında şiddet vakalarının önlenmesinde etkili bir strateji geliştirilmesinin önündeki en büyük engellerden biri olarak belirmektedir.

Bu çalışma, mevcut yaklaşımların ötesine geçerek, şiddet olaylarının oluşum aşamasında müdahale edilmesini ve olayların kökenindeki nedenlerin ele alınmasını savunmaktadır. Sağlık kurumlarının mimari ve fiziksel koşullarının, çalışanların ve hastaların güvenliğini nasıl artırabileceği ve şiddet olaylarının önlenmesine katkıda bulunabileceği incelenmektedir. Mimari tasarım ve çevresel faktörlerin (ışık, ses, renk, sıcaklık, malzeme) insan davranışları üzerindeki etkileri, özellikle negatif duygular ve şiddet eğilimi üzerinde önemli bir rol

oynayabilmektedir. Mimari tasarımın, olumlu duygusal değişimleri teşvik ederek şiddet eğilimini azaltabileceği göz önünde bulundurulduğunda, şiddetin önlenmesinde multidisipliner yaklaşımların ve mimari tasarımın etkileri üzerine daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda, sağlık kurumlarında uygulanacak tedbirlerin geliştirilmesine yönelik bu çalışma, şiddetin önlenmesinde kritik bir adım olarak değerlendirilmelidir.

Sağlık kurumları, toplum sağlığını iyileştirmek için kritik hizmetler sunmaktadır. Bu çalışma, hastane yapılarının poliklinik birimlerinde yoğunlaşan şiddet vakalarına özel bir önem atfetmektedir. Bu alanlar, sağlık hizmetlerinin merkezinde yer almakta ve dolayısıyla, sağlık kurumlarının güçlendirilmesi, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde hayati bir rol oynamaktadır.

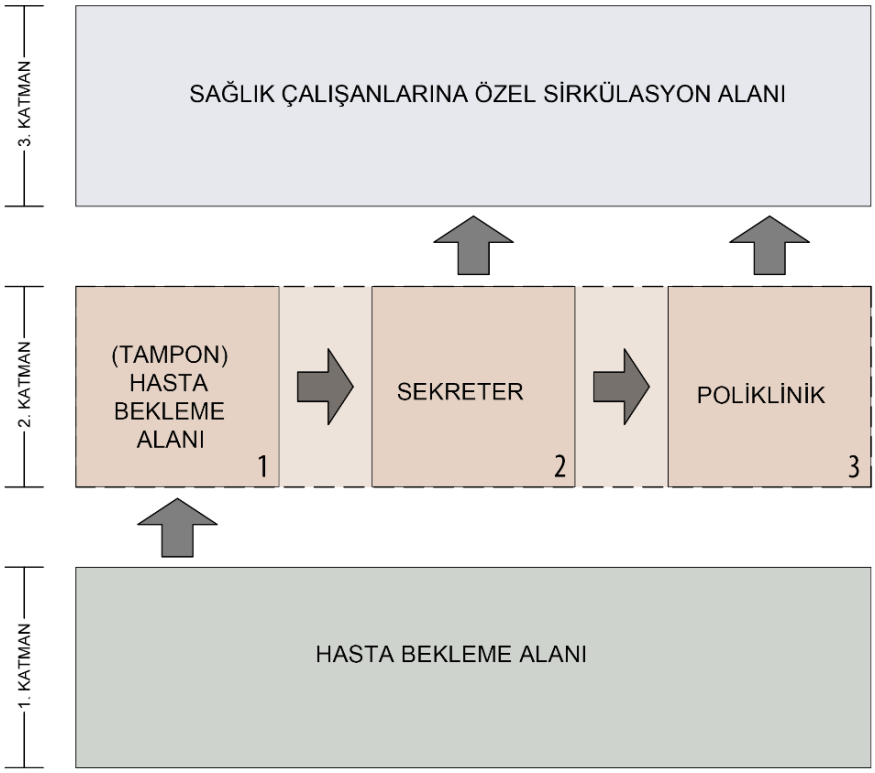
Sağlık kurumlarında, özellikle poliklinik ve bekleme alanlarında yaşanan şiddet vakaları, uzun bekleme süreleri, sağlık profesyonelleri ile iletişimde yaşanan sorunlar, tedavi yöntemlerine yönelik memnuniyetsizlik ve stres gibi birçok faktörden kaynaklanmaktadır. Mekanın mimari tasarımı, bu olumsuz durumları hafifletmede önemli bir rol oynayabilir. İyi planlanmış mekânlar, hastaların ve sağlık çalışanlarının stresini azaltabilir, olumlu duygusal deneyimler sağlayabilir ve şiddet eğilimini engelleyebilir.

Sağlık kurumlarında meydana gelen şiddet vakaları, kompleks bir sorun olup, çok yönlü çözümler gerektirir. Bu bağlamda, mimari tasarım önemli bir araç olarak öne çıkmaktadır; çünkü hastalar ve sağlık çalışanlarının deneyimlerini iyileştirerek, bu sorunların üstesinden gelmeye yardımcı olabilir. Hastane yapıları içerisindeki poliklinik birimlerinin, kullanıcıların duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını dikkate alacak şekilde tasarlanması, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırırken, şiddet vakalarını azaltmada da etkili olabilmektedir. Bu yapılan mimari değişiklikler ile oluşturulan olumlu çevresel uyaranlar, bireyin algısında pozitif duyguları tetikleyebilir ve bu pozitif duyguların çoğalmasıyla, duygudurumda negatif duyguların baskınlığını yitirmesi hedeflenir ve böylelikle şiddet eğilimi daha kontrol edilebilir hale gelebilir.

Tüm bu verilere dayanarak, poliklinikler ve poliklinik bekleme alanlarının ilişkisi yeniden kurgulanarak bir öneri getirilmiştir. Bu kurgu, sağlık tesislerindeki mevcut mimari düzenlemelerin ve hizmet akışının detaylı bir analizine dayanmaktadır.

Polikliniklerin yoğunluğundan kaynaklanan sorunların anlaşılması ve bu sorunların çözülmesine yönelik bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi, sadece fiziksel düzenlemelerle sınırlı kalmayıp, aynı zamanda doktor-hasta etkileşimi, hasta mahremiyeti ve sağlık çalışanları ile hastaların stres düzeyleri gibi psikososyal faktörleri de içermektedir.

Poliklinik ve poliklinik bekleme alanları Şekil 4.17'de olduğu gibi farklı katmanlar şeklinde organize edilerek mimari unsurlarla zenginleştirilip, doktor-hasta ilişkisinin kutsallığını koruyarak hastanın mahremiyetini sağlarken, iletişimin kesintisiz devam etmesine olanak tanıyabilir. Bu yapılandırma genel olarak üç katmandan oluşabilir ve her katman, farklı hastane ve poliklinik yerleşimine uygun şekilde düzenlenebilir.



Şekil 4.17 Önerilen poliklinik ve bekleme alanlarının katmanlı plan şeması (yazar tarafından üretimiştir)

Poliklinik ve poliklinik bekleme alanının bu üç katmanlı yapısı içerisinde, birinci katman en kritik bölümü oluşturur çünkü bu katman tüm ziyaretçilere açıktır. Hastalar, hasta yakınları ve sağlık çalışanları bu katmanı ortak olarak kullanabilirler. Bu katmanda, herkesin kullanabileceği genel bekleme alanları ve

hastanenin diğer bölümlerine geçişi sağlayan sirkülasyon alanları gibi çeşitli mekânlar yer alır.

Poliklinik yapısının üç katmanlı organizasyonu içerisinde, en dış katman (katman 1) ile ikinci katman (katman 2) arasındaki geçiş, tedavi sürecine doğrudan dahil olmayan tarafların, yani üçüncül kişilerin, bu sistemden uzaklaştırılmasını hedeflemektedir. Bu strateji, hasta ve hekim arasındaki ilişkinin güçlendirilmesine, potansiyel şiddet vakalarının önlenmesine ve tedavi sürecinin verimliliğinin artırılmasına yönelik olarak düşünülmüştür. Özel durumlar ve bilgilendirme ihtiyaçları dışında, hasta yakınlarının katman 1'de, yani en dış ortamda, kendileri için özel olarak tasarlanmış alanlarda vakit geçirmeleri teşvik edilebilir. Bu durum, sağlık çalışanlarının hasta yakınlarından izole edilmesine ve sonuç olarak, birim zamanda hastaya ayrılan sürenin artmasına olanak tanıyabilir. Bu yaklaşım, hastaların beklentilerinin daha etkin bir şekilde karşılanmasına katkıda bulunurken, aynı zamanda işleyişin düzenlenmesi ve algılanan kalabalık hissinin azaltılmasına yardımcı olabilir. Yapılan çalışmalar, şiddet olaylarının büyük bir kısmının hasta yakınlarından kaynaklandığını ortaya koymuştur. Bu bilgi ışığında, sağlık çalışanlarının daha güvenli bir çalışma ortamında faaliyet göstermelerini sağlamak üzere tasarlanmış bu yöntem, poliklinik içerisindeki güvenlik önlemlerinin artırılmasına ve sağlık çalışanlarının korunmasına katkıda bulunabilir.

Katman 2, seviye 1, seviye 2 ve seviye 3 olarak tanımlanan üç ayrı alt bölüme ayrılmaktadır. Bu aşamaların temel işlevi, hastaları farklı seviyelere yönlendirerek genel kalabalıktan ayırmak, doktora olan mesafelerini kademeli olarak azaltmak ve her bir seviye geçişinde hastayı doktora bir adım daha yaklaştırmaktır. Bu seviyeler hastanın farklı bir mekâna girdiğini fark edeceği şekilde her biri farklı dilde mekânsal tasarım öğeleriyle donatılacaktır. Bu sürecin amacı, hastanın dikkatini son seviyede olan doktora ulaşma hedefine yoğunlaştırmak, zaman algısını kademeli olarak kırmak ve her seviyede hedefe yaklaşma arzusunu artırmaktır. Bu yaklaşım, limbik sistemdeki ödül-ceza mekanizmasını harekete geçirerek, oksitosin, endorfin ve serotonin gibi pozitif algıyı destekleyen hormonların salgılanmasını teşvik etmeyi hedefler. Algısal katman illüzyonu, hastanın bilinçaltında doktoru bir ödül olarak algılamasını sağlayabilir ve bu durum, doktorun sistem içindeki otoriter pozisyonunu güçlendirebilir. Psikodinamik yaklaşıma göre, bu durum hastanın tepkisel davranışlarını daha kontrollü hale

getirebilir ve şiddet veya saldırganlık gibi olası negatif tepkisel davranışların önüne geçilmesine katkıda bulunabilir.

2. katmandaki 1. Seviye hasta yakınlarının olmadığı (sağlık kurumlarında şiddette üçüncül aktörler), sadece ayaktan hastaların psikolojik ve fiziksel anlamda polikliniklere hazırlanması için tampon bölge olarak düzenlenmiştir. Ayrıca bu bölümle, kalabalık ile doktor ve sekreter kapısının etkileşimini azaltarak iki yönlü olarak oluşacak stresin engellenmesi hedeflenmektedir. Hastalar, ilk olarak 'tampon bölge' olarak adlandırılan ikinci bekleme alanında sıralarını beklerler. Bu alanda yer alan mimari unsurlar ve bilgilendirici panolar, hastaların psikolojik olarak rahatlamasına yardımcı olabilir. Hasta daha sonra sekreter bölümüne yönlendirilir. Bu aşamada, sekreter hastanın tedaviye hazırlık sürecini başlatır. Her hasta bireysel olarak ele alınarak, hasta-sekreter etkileşimi sırasında hastanın tedavi dışı işleyiş ve planlama ile ilgili soruları yanıtlanır. Bu yaklaşım, doktor-hasta ilişkisinin odak noktasının korunmasına yardımcı olabilir. Burada özel hastanelerde gözlemlenen, doktordan önce yardımcı sağlık personelinin hastayı tedaviye hazırlama uygulaması benimsenmiştir. Bu süreç, hastaların doktor ile geçirdikleri zamanı ve aldıkları hizmeti daha değerli olarak algılamalarına, doktor-hasta etkileşiminin verimliliğini artırmasına katkı sağlayabilir. Doktorun artan otoritesi, hasta ile doktor arasındaki güven ilişkisinin daha hızlı kurulmasına ve bu ilişkinin güçlenmesine olanak tanıyabilir. Sağlık hizmetlerinde, hastanın mahremiyeti temel bir hak olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda, İngiltere, Hollanda ve Amerika gibi ülkelerde muayene odalarında sadece doktor ve hasta olması gerektiği yönünde genel bir görüş bulunmaktadır. Bu yaklaşım, hasta-doktor iletişiminin özel ve güvenli bir ortamda gerçekleşmesini sağlamak, hasta mahremiyetini korumak ve hastaların tedavi süreçlerine güven duymalarını artırmak için önemlidir. Dolayısıyla, muayene odasında idari personel veya sekreterlerin bulunması, bu mahremiyet ilkesine aykırıdır ve önerilmemektedir.

Üçüncü katman, hastane içerisindeki en merkezi ve korunaklı bölgeyi oluşturur. Bu katman, yalnızca sağlık çalışanlarının erişimine açık olup, hastalar ve hasta yakınlarının girişine izin verilmeyen çekirdek bir alanı temsil eder. Hastane planlamasında bu bölge, entegre bir yapıda ele alınarak yarı açık bir alan olarak da konumlandırılabilir. Doktorlar ve diğer sağlık personeli, bu katmanda yemekhane, tuvalet, dinlenme alanları, özel doktor odaları, kütüphane, ameliyathane ve servis

katlarına doğrudan erişim sağlayabilirler. Bu yapı, sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarını, hastane içindeki yoğunluk ve kalabalığa maruz kalmadan karşılamalarına olanak tanıyabilir. Her poliklinikten bu katmana direkt erişim mümkün olabilir, bu da acil durumlar veya olası şiddet olaylarına karşı alternatif bir hareket ve kaçış rotası oluşturabilir. Ayrıca, hastane güvenlik personeli, kalabalık alanlardaki hareket kısıtlılıklarından etkilenmeden, bu katman üzerinden hızlı ve etkili bir şekilde olay yerine ulaşabilir.

Bu katmanlardaki mekanın tasarımı şiddeti önleme yönünden büyük önem taşımaktadır. Örneğin kırmızı renk öfke, düşmanlık ve saldırganlık gibi duyguları tetikleyebilir. Bu alanlarda kırmızı renk kullanımı önerilmemektedir. Özellikle bekleme salonlarında soğuk renkler, pepto bismol ilacı pembesi ve bebek mavisi önerilir. Koyu renkler hapsedilme duygusu yaratabileceği için önerilmez. Aynı rengin farklı varyasyonları kullanıldığında rahatlatıcı etki yaratır. Beyaz ve bej aşırı kullanılırsa gerginlik hissi verebilir. Zeminler genellikle koyu tavanların açık renge boyanması dünyadaki renk düzenine uygun olacağı için rahatlama hissi uyandırabilir.

Yüksek gürültü saldırganlığı arttırabileceği için gürültüyü azaltma adına bu alanlarda önlem alınması gerekmektedir. Müzik ve doğa seslerinin kullanılması kan basıncını düşürüp rahatlattığı için kullanılması önerilir.

Kötü koku kaçış davranışını tetiklediği için öfke ve stres düzeyini arttırabilir. Hoş kokular acı ve rahatsızlık hissini azaltabilir ve mekanda geçirilen sürenin daha kısa algılanmasını sağlayabilir. Örneğin bu mekanlarda lavanta ve portakal kokusunun sakinleştirici etkisi olduğu için kullanılması önerilir.

Yeterli gün ışığı endorfin salınımını arttırarak kan basıncını düşürür ve mutluluk duygusunu tetikler, sakinleştirir. Bu mekanları planlarken yeterli gün ışığı alınmasına dikkat edilmesi önerilir.

Doğal desenler, mat yüzeyler ve daha az çeşitlilik rahatlama etkisi yaratır. Özellikle ahşap malzemesi kan basıncını düşürüp rahatlattığı bilimsel olarak ispatlanmıştır. Bu sebeple özellikle bekleme alanlarında kullanılması önerilir.

Bekleme alanlarında kullanılan akvaryumlar bekleme süresinin daha hızlı geçmesine yardımcı olur ve rahatlatır. Alanda kullanılan soyut tablolar olumsuz

çağrışımlar yapacağı için kullanılmamalı bunun yerine rahatlatıcı etkisi olan doğal manzaralar kullanılmalıdır. Gerçek bitkiler de rahatlamaya katkıda bulunur.

Poliklinik odalarında ayrı bir kaçış kapısının bulunması içerideki sağlık personelini daha güvende olmasını sağlayabilir. Poliklinik ve bekleme alanlarındaki mobilyaların sabitlenmesi silah olarak kullanılmasını önler. Güvenlik birimlerinin kolay erişebilecek yerde konumlanması gerekmektedir.

Doktor kapıları gibi belirli alanlarda meydana gelen kalabalıklar, doktorların ve hastaların stres seviyelerini önemli ölçüde arttırmaktadır. Kalabalığın mimari düzenlemelerle kontrol altına alınması gerekmektedir.

Sonuç olarak, sağlık kurumlarında şiddeti tamamen engelleyecek kesin bir çözüm mevcut değildir. Önerilen katmanlı planlama yaklaşımı, şiddetin önlenmesine yönelik stratejilerin bir parçası olarak değerlendirilebilir ancak bu tek başına yeterli olmayabilir. Mevcut literatürde bu konuda bir eksiklik olduğu ve konunun daha fazla araştırılması gerektiği açıktır. Önerilen katmanlı planın getirebileceği dezavantajlar arasında kontrol, yeterli alan olmayışı ve uyarlanabilirlik gibi problemleri bulunmaktadır. Bu nedenle, sağlık kurumlarında şiddeti azaltma çabaları, yalnızca fiziksel ve mimari düzenlemelerle sınırlı kalmamalı, çok yönlü bir yaklaşım içermelidir. Bu yaklaşım, hem kurumsal politikaları hem de çalışanların eğitimi, hasta ve hasta yakınları ile iletişim gibi çeşitli boyutları kapsamalıdır. Dolayısıyla, şiddetin önlenmesi konusunda daha etkili sonuçlar elde etmek için kapsamlı ve çok disiplinli stratejiler geliştirilmesi ve uygulanması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Abay, E., & Tuğlu, C. (2000). Şiddet ve agresyonun nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri, 3(1), 21-26.

Akca, N., Yılmaz, A., & Işık, O. (2014). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: özel bir tıp merkezi örneği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 13(1), 1-12.

Alici, N., & Paktaş, M. G. (2020). İç mekânda renk algısı ve psikolojiye etkileri. Modular Journal, 3(1), 89-105.

Altimier, L. B. (2004). Healing environments: for patients and providers. Newborn and Infant Nursing Reviews, 4(2), 89-92.

Altuncu, D., & Tansel, B. (2009). Aydınlatma kontrol sistemlerinin hastanelerde kullanımı. Tasarım+ Kuram, 5(8), 116-143.

Anonim. (2023, Şubat 2). Hastane giriş kapılarına X-ray cihazları konuldu ama başında görevli yok. Karaman Haber. Erişim tarihi 6 Ocak 2024, https://www.karaman.gen.tr/hastane-giris-kapilarina-x-ray-cihazlari-konuldu-ama-basinda-gorevli-yok/5071/

Annagür, B. (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2(2), 161-173.

Arendt, H. (2016). Şiddet üzerine (B. Peker, Çev.) İstanbul : İletişim Yayınları. (Orijinal eserin yayın tarihi 1970).

Arneill, A. B., & Devlin, A. S. (2002). Perceived quality of care: The influence of the waiting room environment. Journal of Environmental Psychology, 22(4), 345-360.

Aslancan, H., & Sarıbaş, R. (2011). Lavanta yetiştiriciliği. Isparta: MAREM Meyvecilik Araştırma Enstitüsü Müdürlüğü, 1-4.

Aslan, F., Aslan, E., & Atik, A. (2015). İç mekânda algı. İnönü Üniversitesi Sanat ve Tasarım Dergisi, 5(11), 139-151.

Asmus, C. L., & Bell, P. A. (1999). Effects of Environmental Odor and Coping Style on Negative Affect, Anger, Arousal, and Escape. Journal of Applied Social Psychology, 29(2), 245-260.

Atıcı, E. (2007). Hasta-hekim ilişkisi kavramı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 33(1), 45-50.

Augustin, S., Frankel, N., & Coleman, C. (2009). Place advantage: Applied psychology for interior architecture. John Wiley & Sons.

Aydan, S. (2023). Hekim göçü açısından Türkiye'nin çalışma koşullarının değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 887-912.

Ayranci, U., Yenilmez, C., Balci, Y., & Kaptanoglu, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. Journal of interpersonal violence, 21(2), 276-296.

Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., & Kaptanoglu, C. (2002). Çesitli saglik kurumlarinda ve saglik meslek gruplarinda siddete ugrama sikligi1/the

frequency of being exposed to violence in the various health institutions and health profession groups. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3(3), 147-154.

Başkaya, A., Yıldırım, K., & Muslu, M. S. (2005). Poliklinik bekleme alanlarında fonksiyonel ve algı-davranışsal kalite: Ankara, İbn-i Sina Hastanesi polikliniği. Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi, 20(1).

Beştemir, A., & Aydın, H. (2022). Yıllık 300 milyon Hasta Muayenesi; Türkiye'de 2. ve 3. Basamak Kamu Sağlık Tesisleri Acil Servis ve Poliklinik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi, 12(3), 496-502.

Bıçkıcı, F. (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve neden olan faktörler: Bir devlet hastanesi örneği. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 5(1), 43-56.

Birinci Ertürk, N., & Birol G. (2022) İyileştiren Hastane Yaklaşımı ve 21. Yüzyılın Sağlık Kampüslerine Yönelik Tasarım İlkeleri. Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi, 10(4), 1960-1983.

Büyükbayram, A., & Okçay, H. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi, 4(1). 46-53.

Coburn, A., Vartanian, O., Kenett, Y. N., Nadal, M., Hartung, F., Hayn-Leichsenring, G., ... & Chatterjee, A. (2020). Psychological and neural responses to architectural interiors. Cortex, 126, 217-241.

Çakır, Z., & Erkan, N. Ç. (2023). Kent Kimliğinin İnşasında Koku Duyusu ve Etkileri. In Proceedings of the International Conference of Contemporary Affairs in Architecture and Urbanism-ICCAUA, 6(1), 991-998.

Çamcı, O., & Kutlu, Y. (2011). Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(1), 9-16.

Çetintaş, M. F. (2016). Hastane Poliklinik Bekleme Alanlarının Mekânsal Açıdan Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen bilimleri Enstitüsü, İstanbul). (455399)

Çınarlı, İ. & Yücel, H. (2014). Sağlık iletişiminin bakış açısı ile Türkiye'de sağlık işyeri ortamında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, 31-52.

Demattè, M. L., Zucco, G. M., Roncato, S., Gatto, P., Paulon, E., Cavalli, R., & Zanetti, M. (2018). New insights into the psychological dimension of wood–human interaction. European Journal of Wood and Wood Products, 76, 1093-1100.

Dilekler, İ., Törenli, Z., & Selvi, K. (2014). Öfkeye farklı açılardan bakış: Öfkenin mekanizması, farklı psikopatolojilerde öfke ve terapistin öfkesi. Ayna Klinik Psikoloji Dergisi, 1(3), 44-59.

Dinç, G., & Kaya, D. Ö. (2022). Karar verme süreciyle ilgili beyin yapıları: derleme. Journal of Ankara Health Sciences, 11(1), 142-151.

Dinçer, A. (2011). Konutlarda mekân tasarımı kriterlerinin görsel algılama açısından incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi, Haliç üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul). (299278)

Dursun, S. (2012). İşyeri şiddetinin çalışanların tükenmişlik düzeyi üzerine etkisi: Sağlık sektöründe bir uygulama. Çalışma İlişkileri Dergisi, 3(1), 105-115.

Dursun, Y. (2011). Şiddetin izini sürmek: Şiddet nedir?. FLSF Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi, (12), 1-18.

Durak, T. Ç., Yolcu, S., Akay, S., Demir, Y., Kılıçaslan, R., Değerli, V., & Parlak, İ. (2014). Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık çalışanlarına hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan şiddetin değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi, 24(4), 130-137.

Dündar, S., & Aktas, K. O. (2023). Renk Kullanımının İnsan Psikolojisine Etkisi: Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Örneği. The Journal of Graduate School of Natural and Applied Sciences of Mehmet Akif Ersoy University, 14(2), 243-251.

Ekici, Z., Buğra, E., & Kocadağ, D. (2017). Sağlık çalışanlarının çalışan güvenliği algısının iş tatminine etkisi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi , 4 (2), 115-125.

Erdoğan, B. G., Felek, S. Ö., & Göllü S. K. (2022). Birinci Basamak Sağlık Binalarında Ergonomik Kalite Değerlendirmesi. International Journal of Engineering Research and Development, 14(3), 1-19.

Erdoğan, E., & Yıldız, Z. (2018). Zaman ve mekân kavramları arasındaki paradoksal ilişkinin "Bulut Atlası" filmi üzerinden okunması. METU Journal of the Faculty of Architecture, 35(1), 1-25.

Erişti, S. D., Uluuysal, B., & Dindar, M. (2013). Görsel algı kuramlarına dayalı etkileşimli bir öğretim ortamı tasarımı ve ortama ilişkin öğrenci görüşleri. Anadolu Journal of Educational Sciences International, 3(1), 47-66.

Erten, R., Öztora, S., & Dağdeviren, H. N. (2019). Sağlık kuruluşlarında doktorlara yönelik şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg, 23(2), 52-63.

Esen, H. & Aykal, G. (2020). Sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin değerlendirilmesi: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 7(1), 1-9.

Facility Guidelines Institute. (2010). Guidelines for Design and Construction of Health Care Facilities. Erişim adresi: https://fgiguidelines.org/wpcontent/uploads/2022/03/2010_FGI_Guidelines.pdf

Faiz Büyükçam, S., & Zorlu, T. (2018). Güneydoğu Anadolu Bölgesi Geleneksel Konutlarinda Mahremiyet. Turkish Online Journal of Design Art and Communication, 8(2), 422-436.

Gökçe, T., & Dündar, C. (2008). Samsun ruh ve sinir hastalıkları hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. Journal of Turgut Ozal Medical Center, 15(1), 25-28.

Gökalp P. (2012). Şiddet ve nefrete psikanalitik yaklaşım, hekime şiddet nereden çıktı. Erişim tarihi: 17.11.2023, https://www.saglikcalisanisagligi.org/556louveredyvqoa373/e-s_pn921/tezler2/psikanalitikyaklasim.pdf

Göle, Ş. (2020). Platon'un İdea Kavramının "Görme" yle İlişkisi. Mediterranean Journal of Humanities, 10, 221-228.

Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2017). Tıbbi Fizyoloji. (H. Çavuşoğlu, Çev.) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 613-649.

Gür, M. (2010). Nanomimarlık bağlamında nanomalzemeler. Uludağ Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi, 15(2), 81-90.

Gürhan, N., Erdoğan, G., & Seyran, F. (2020). Cinsel şiddet. Meyad Akademi, 1(1), 59-65.

Harputlugil, T. (2005). Yapı elde etme sürecinde tasarım yönetimi-hastane yapılarının ön tasarımında karar alma modeli ve örneklenmesi. (Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara). (165991)

Hayta, A. B. (2007). Çalışma ortamı koşullarının işletme verimliliği üzerine etkisi. Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, (1), 21-41.

International Health Facility Guidelines. (2023). Part B – Health Facility Briefing & Design 245 Outpatients Unit. Erişim adresi: https://www.healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG_part_b_outpatients_unit

İbiloğlu, A. O. (2020). Farklı yönleriyle mobbing (psikolojik şiddet). Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 12(3), 330-341.

İlhan, M. N., Çakır, M., Tunca, M. Z., Avcı, E., Çetin, E., Aydemir, Ö., Tezel, A. & Bumin, M. A. (2013). Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. Gazi Medical Journal, 24(1), 5-10.

İlhan, M. N., Özkan, S., Kurtcebe, Z. Ö., & Aksakal, F. N. (2009). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan araştırma görevlileri ve intörn doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. Toplum Hekimliği Bülteni, 28(3), 15-23.

Iyendo, T. O. (2016). Exploring the effect of sound and music on health in hospital settings: A narrative review. International journal of nursing studies, 63, 82-100.

Kar, M. (2022). Mekân Kavramının Yörük Kilimleri Üzerinden Değerlendirilmesi. Bodrum Journal of Art and Design, 1(1), 103-117.

Kara, Ö. (2020). Thomas Reid'in Algı Teorisinde Görme. Akademik Platform İslami Araştırmalar Dergisi, 4(2), 250-267.

Kaya H., & Selçuk, S. A. (2018). Biyofilik tasarım ve iyileştiren mimarlık: sağlık yapıları üzerine bir değerlendirme. Ejons Internatıonal Journal, 2(3), 35-47.

Kaya, M. D., Güzel, D., & Çubukçu, B. (2011). Ilıca şeker fabrikası çalışanlarının iş memnuniyeti, ergonomik çalışma koşulları ve iş stresi yönünden incelenmesi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 25(2), 51-60.

Kayacan, T., & Özmen, E. (2021). Kentsel Stres Kavramı ve Kentsel Stresi Azaltmak. Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi, (25), 295-305.

Keş, Y., & Başer, A. (2016). Markaların yeni göstergesi "koku". Journal of Turkish Studies, 11(21), 583-596.

Kılıç, C., & Eşel, E. (2002). Stres Tepkisi Süreci. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 12(1), 41-48.

Kol, E., İlaslan, E., & İnce, S. (2015). Yogun Bakim Ünitelerinde Gürültü Kaynaklari ve Gürültü Düzeyleri/Noise Sources and Levels in Intensive Care Units. Türk Yogun Bakim Dergisi, 13(3), 122-128.

Korkmaz, Ö., & Mahiroğlu, A. (2007). Beyin, bellek ve öğrenme. Kastamonu Eğitim Dergisi, 15 (1), 93-104.

Köse, A., Köse, B., Öncü, M. R., & Tuğrul, F. (2011). Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu. Gaziantep Medical Journal, 17(2), 57-62.

Krug, E. G., Mercy, J., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. (2002). The world report on violence and health. The lancet, 360(9339), 1083-1088.

Kumari, A., Kaur, T., Ranjan, P., Chopra, S., Sarkar, S., & Baitha, U. (2020). Workplace violence against doctors: characteristics, risk factors, and mitigation strategies. Journal of postgraduate medicine, 66(3), 149-154.

Kurtoğlu, F. (2022). Hastane çevresi ile çalışanların iyi oluş, iş stresi ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın). (757582)

Kutlu, R. (2018). Çevresel faktörlerin mekân kalitesi ve insan sağlığına etkileri. Turkish Online Journal of Design Art and Communication, 8(1), 67-78.

Kwon, J., & Iedema, A. (2022). Body and the senses in spatial experience: the implications of kinesthetic and synesthetic perceptions for design thinking. Frontiers in psychology, 13(4), 1-14.

Leather, P., Beale, D., Santos, A., Watts, J., & Lee, L. (2003). Outcomes of environmental appraisal of different hospital waiting areas. Environment and Behavior, 35(6), 842-869.

Lefebvre, H. (2015). Mekânın üretimi. (I. Ergüden, Çev.) İstanubul: Sel Yayıncılık. (Orijinal eserin yayın tarihi 1974).

Malak Akgün, B., & Akgün, M. (2021). Gürültünün Hasta ve Hemşirelerin Durumluluk Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması. Journal of the Institute of Science and Technology, 11(4), 2621-2631.

Meram, B. S. (2021). Hastane poliklinik bekleme alanlarının yaşlı kullanıcılar için kapsayıcı tasarım ölçütleri bağlamında incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi, KTO Karatay Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Mimarlık Anabilim Dalı, Konya). (690543)

Michaud, Y. (2002). Şiddet (C. Muhtaroğlu, Çev.) İstanbul : İletişim Yayınları. (Orijinal eserin yayın tarihi 1998).

Mutlu, A. (1973). Sağlık binaları ve hastaneler. Devlet Güzel Sanatlar Akademisi, Y. Mimarlık Bölümü, Bina Bilgisi Kürsüsü.

NHS England. (2013, 20 Mart). Health Building Note 00-03: Clinical and Clinical Support Spaces [2024, 31 Ocak tarihinde güncellenmiştir]. Erişim adresi: https://www.england.nhs.uk/publication/designing-generic-clinical-and-clinical-support-spaces-hbn-00-03/

Olguntürk, N., Kocaoğlu Aslanoğlu, R., & Ulusoy, B., (2020). Color in Hospitals. Encyclopedia of Color Science and Technology, 1-4.

Omachonu, V. K. (1990). Quality of care and the patient: New criteria for evaluation. Health Care Management Review, 43-50.

Orbay, İ. (2022). Görünmeyene Işık Tutmak: Psikolojik Şiddet. Toplum ve Sosyal Hizmet, 33(1), 267-290.

Özbek, E. (2007). Metrolarda yön bulma davranışının çevresel stres bağlamında irdelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen bilimleri Enstitüsü, İstanbul). (223437)

Özcan, F., & Yavuz, E. (2017). Türkiye'de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. The Journal of Turkish Family Physician, 8(3), 66-74.

Özdemir, T. (2005). Tasarimda Renk Seçimini Etkileyen Kriterler. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14(2), 391-401.

Özerkmen, N., & Gölbaşı, H. (2012). Toplumsal bir olgu olarak şiddet. Akademik Bakış Dergisi, 28, 1-19.

Özgen, E. (2021). Hastane iç mekân tasarımında malzeme kullanımı. Sanat ve Tasarım Dergisi, 10(2), 318-333.

Pallasmaa, j. (2021). Tenin gözleri. (A. U. Kılıç, Çev.) İstanbul: Yapı-Endüstri Merkezi Yayınları. (Orijinal eserin yayın tarihi 1996).

Pallasmaa, J. (1994). An architecture of the seven senses. Architecture And Urbanism-Tokyo, 27-38.

Pınar, T., & Pınar, G. (2013). Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(3), 315-326.

Polat, O. (2016). Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi, 22(1), 15-34.

Polat, Z. (2005). Hastane aydınlatma ve güvenlik sisteminin incelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul)

Poyraz, A. (2015). Akıl hastanelerinde hasta-mekân etkileşimi. (Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Güzel Sanatlar Enstitüsü, Ankara). (407389)

Rao, R. P. N. (1999). An optimal estimation approach to visual perception and learning. Pergamon-Vision research, 39(11), 1963-1989.

Rice, G., Ingram, J., & Mizan, J. (2008). Enhancing a primary care environment: A case study of effects on patients and staff in a single general practice. British Journal of General Practice, 58(552), e1-e8.

Rotton, J., Frey, J., Barry, T., Milligan, M., & Fitzpatrick, M. (1979). The air pollution experience and physical aggression. Journal of Applied Social Psychology, 9(5), 397-412.

Şahiner Tufan, A., & Erbay, M. (2022). Hastane İç Mekânlarında Renk Kullanımı Üzerine Bir Araştırma: Trabzon Örneği. Journal of Near Architecture, 6(2), 237-260.

Sakıcı, Ç., & Var, Mustafa. (2013). Ruh ve sinir hastalıkları hastane bahçelerinin tedavi edici etkilerinin ortaya konulmasi için deneyimsel kaliteler ve peyzaj bileşenlerinin belirlenmesi. Journal of the Faculty of Forestry Istanbul University, 63(2), 21-32.

Schauss, A. G. (1979). Tranquilizing effect of color reduces aggressive behavior and potential violence. Journal of Orthomolecular Psychiatry, 8(4), 218-221.

Soykan, Ç. (2003). Öfke ve öfke yönetimi. Kriz dergisi, 11(2). 19-27

Spence, C. (2020). Senses of place: architectural design for the multisensory mind. Cognitive Research: Principles and Implications, 5(1), 1-26.

Şimşek, D. Ö. (2018). Triaj Sistemlerine Genel Bakış ve Türkiye'de Acil Servis Başvurularını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon ile Belirlenmesi. Sosyal Güvence Dergisi, (13), 84-115.

T.C. Sağlık Bakanlığı İnşaat Uygulama Daire Başkanlığı. (2010). Türkiye sağlık yapıları asgari tasarım standartları 2010 yılı kılavuzu. Erişim adresi: https://acilkoronamekanlari.files.wordpress.com/2020/04/tc3bcrkiye-sac49flc4b1k-yapc4b1larc4b1-asgari-tasarc4b1m-standartlarc4b1-2010-yc4b1lc4b1-kc4b1lavuzu.pdf

Türkel, Y., & Terzi, M. (2007). Talamus'un anatomik ve fonksiyonel önemi. Journal of Experimental and Clinical Medicine, 24(4), 144-154.

Ulubay, S., & Önal, F. (2020). Mekân Üzerine Sorunsallar ve Kavrayışlar: Fenomenoloji Kuramının Yirminci Yüzyılın Mekân Anlayışına Etkileri. Megaron, 15(4), 606-613.

Uslu, Ö., & Yalçın, G. (2020). Görsel Algı Bağlamında Mekân Tasarım Bileşenlerinin İncelenmesi-Adana Arkeoloji Müzesi. Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 9(2), 232-244.

Vakili, H., Niakan, M. H., & Najafi, N. (2019). The effect of classroom red walls on the students' aggression. International Journal of School Health, 6(1), 1-4.

Valdez, P., & Mehrabian, A. (1994). Effects of color on emotions. Journal of Experimental Psychology: General, 123(4), 394.

Walker, P. L. (2001). A bioarchaeological perspective on the history of violence. Annual review of Anthropology, 30(1), 573-596.

Wilms, L., & Oberfeld, D. (2018). Color and emotion: Effects of hue, saturation, and brightness. Psychological Research, 82(5), 896-914.

Yavuz, E., & Çelebi Şeker N. N. (2019). Sağlık yapılarında iç mekânda renk kullanımı.Erişim tarihi: 29.12.2023, https://www.academia.edu/43099194/sa%c4%9elık_ yapılarında_%c4%b0%c3%87_mekanda_renk_kullanımı

Yıldız, M. S. (2019). Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Ankara ilinde araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1), 135-156.

Yılmaz, M., Tellioğlu, M., & Arıkan, İ. (2021). Sağlıkta Şiddet: Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Mesleğe Bakışına Etkisi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3), 404-412.

Zevi, B. (1957). Architecture as space. Horizon Press.

TEZDEN ÜRETİLMİŞ YAYINLAR

Konferans Bildirileri

1. Çelik, A., & Arabacıoğlu, F. P. (2023). Sağlık Kurumlarında Şiddetin Önlenmesinde Mekânsal Tasarım Üzerinden Profilaktik Yaklaşım Modeli. 12. Uluslararası Mühendislik, Mimarlık ve Tasarım Kongresi. (s. 1574).