

## MEKÂNSAL MAHREMİYETİN KAMUSAL YAPILARDA İNCELENMESİ: SAĞLIK VE OFİS YAPILARI<sup>1</sup>

Arş. Gör. Mine SUNGUR\*

Selçuk Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı Bölümü  
[mkarakoyun@selcuk.edu.tr](mailto:mkarakoyun@selcuk.edu.tr)  
ORCID: 0000-0001-5042-9575

Prof. Dr. Dicle AYDIN

Necmettin Erbakan Üniversitesi Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi Mimarlık Bölümü  
[dicleaydin@erbakan.edu.tr](mailto:dicleaydin@erbakan.edu.tr)  
ORCID: 0000-0002-6727-6832

### Özet

Temelde ilişki düzenleme ve ilişkiyi kontrol etmekte sınır oluşturma anlamına gelen mahremiyet kavramı, mimari yapılar üzerinde farklı kontrol mekanizması sağlamaktadır. Görsel, işitsel ve kokusal mahremiyetin kamusal yapılar üzerinden sorgulanmasını amaçlayan bu çalışmada, insan hayatında dönem dönem yer alan ofis ve sağlık mekânlarını kapsayan mimari yapılar ele alınmıştır. Çalışma kapsamında betimsel araştırma ve göstergebilim yöntemlerinden yararlanılarak mahremiyetin mekâna ilişkin anlamı sorgulanmıştır. Ofis yapılarında mekânsal mahremiyete ilişkin çalışmalarda; verimlilik ve iletişim göz önünde bulundurularak, bu mekânlarda kişisel mahremiyetin tasarım sürecine dâhil edilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık yapılarında mahremiyet üzerine yapılan çalışmalarda ise; hastalara ilk müdahale edilen acil servis ile ayakta veya yatarak tedavilerinin yapıldığı birimlerde hastanın mahremiyetinin kontrol edebilmesinin, iyileşme sürecine ciddi katkı sağladığı belirlenmiştir. Sonuç olarak, bireyin mahremiyet içgüdüsüne cevap verebilen mekânsal düzenlemelerin, çalışma verimi ve performansından iyileşme sürecine kadar geniş bir yelpazede önemli katkı sağladığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla, kişinin çevre ile ilişkisini düzenleme aracı olan mahremiyete mimari tasarımlarda bir girdi olarak yer verilmesi, kişinin bedensel ve ruhsal sağlığı açısından gerekliliği yapılan çalışmalarla desteklenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Mahremiyet, Mekânsal Sınır, Sağlık Yapıları, Ofis Yapıları.

### Atf:

Sungur, M., Aydın, D. (2020). Mekânsal Mahremiyetin Kamusal Yapılarda İncelenmesi: Sağlık ve Ofis Yapıları. IDA: International Design and Art Journal, 2(2), s.297-314.

<sup>1</sup> Bu çalışma Kasım 2020 tarihinde Konya Teknik Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Mimarlık Anabilim Dalı Doktora Tezi olarak kabul edilmiş olan "Değişen Sosyal Paradigmaların Mekânsal Mahremiyete Etkileri: Konya Konut Tipolojilerinin Analizi" başlıklı tez çalışmasından hazırlanmıştır.

\* Sorumlu Yazar

## A RESEARCH ON SPATIAL PRIVACY IN PUBLIC STRUCTURES: HEALTHCARE AND OFFICE BUILDINGS<sup>1</sup>

*Res. Asst. Mine SUNGUR\**

*Selçuk University Faculty of Fine Arts Department of Interior Architecture and Environmental Design*

[mkarakoyun@selcuk.edu.tr](mailto:mkarakoyun@selcuk.edu.tr)

*ORCID: 0000-0001-5042-9575*

*Prof. Dr. Dicle AYDIN*

*Necmettin Erbakan University Faculty of Engineering and Architecture Department of Architecture*

[dicleaydin@erbakan.edu.tr](mailto:dicleaydin@erbakan.edu.tr)

*ORCID: 0000-0002-6727-6832*

### **Abstract**

The concept of privacy that implies creating a boundary in regulating and controlling relationships, presents a different control mechanism on architectural structures. This study aims to question the visual, auditory, and olfactory privacy in terms of public buildings, architectural structures including office and health spaces that take place in human life occasionally. Within the scope of the study, the meaning of privacy in relation to space was questioned by using descriptive research and semiotics methods. Within studies associated with spatial privacy in office buildings, it has been inferred that personal privacy should be included in the design process in these spaces, considering efficiency and communication. Within researches on privacy in healthcare buildings, on the other hand, it has also been determined that the capacity to control the privacy of the patients in the emergency services, where they are first responded and in the units where outpatient or inpatient treatments are conducted, has been determined that the patients' control on their self-privacy contributes the recovery process to great effect. As a result, it has been settled that spatial arrangements that can respond to the individual's privacy instinct make a significant benefaction in a wide range from work efficiency and performance to the recovery process. Therefore, the necessity of privacy, a means of organizing the relationship of the person with the environment, as an input in architectural designs is supported by the studies conducted in terms of the physical and mental health of the person.

**Keywords:** Privacy, Spatial Border, Healthcare Building, Office Building.

### **Citation:**

*Sungur, M., Aydın, D. (2020). Mekânsal Mahremiyetin Kamusal Yapılarda İncelenmesi: Sağlık ve Ofis Yapıları. IDA: International Design and Art Journal, 2(2), p.297-314.*

<sup>1</sup> This study is prepared from the thesis titled "Effects of Changing Social Paradigms on Spatial Privacy: Analysis of Konya Housing Typologies" which was accepted as the Doctorate Thesis of the Department of Architecture at Konya Technical University Institute of Graduate Studies on November 2020.

\* Corresponding Author

## Giriş

İnsanoğlunun var oluş süreciyle beraber ortaya çıkan mahremiyet olgusu, bireyin ilişki düzeyini belirlemesinde ve kontrol oluşturmasında temel bir ihtiyaçtır. Bu durum, yapılı çevredeki “sınır”ın ilişki düzenleyici olarak işlevini ortaya koymaktadır. Sınır kavramını davranış bilimci Lavin, insanları diğer nesne ve insanlardan ayıran fiziksel, psiko-sosyal ve kültürel engel olarak tanımlamış ve sınırları; psikolojik, kişisel, sosyal ve sosyo-fiziksel sınırlar olarak dört grupta ele almıştır (Lavin, 1981’den aktaran Kurak Açıcı, 2013: 25). İnsan bedeninin çevresi ile başlayan kişisel sınır, resmi ilişkilere kadar uzanan sosyal sınıra kadar çeşitlilik göstermektedir. Bu sınırlar arasındaki ilişkinin yansıması “mekânsal mahremiyet” kavramını ortaya çıkarmaktadır. Yaşanılan çevreye yapılan fiziksel düzenlemeler ve mimari elemanlar ile “sınır” oluşturularak mekânsal mahremiyet elde edilmektedir. Colomina (2011: 28) mekânsal mahremiyete yönelik olarak “mahrem olan mekân değil, mekânlar arası olması gereken ilişkidir” sözü ile mahremiyet ile sınır arasındaki güçlü bağlantıyı vurgulamaktadır.

Bireyin, yaşadığı yapılı çevre (geçici-kalıcı) içerisinde sergilemiş olduğu davranış modelleri mekânsal mahremiyet ihtiyacına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Görsel, işitsel ve kokusal mahremiyete karşı oluşturulmuş çözümler her mimari yapı için farklılık arz etmektedir. Dolayısıyla, sınır ile tanımlanmış farklı yapılarıdaki mekânsal mahremiyet; çevre ile iletişim düzeyini özellikle görsel açıdan kontrol eden (arttıran veya kısıtlayan) bir mekanizma olarak tanımlanmaktadır (Namazian ve Mehdipour, 2013: 109).

Mekânsal mahremiyete yönelik farklı araştırmacıların söylemlerine ve araştırma bulgularına dayanarak hazırlanan bu çalışmada, ofis ve sağlık yapılarında mekânsal mahremiyete ilişkin sistematik bir derleme gerçekleştirilmiştir. Ofis ve sağlık yapılarında mahremiyete ilişkin bilimsel çalışmaların bulgularının bir araya getirilerek öz tablolara dönüştürülmesi ile söz konusu yapıların tasarımı ve iç mekân düzenlemelerine ilişkin bilgi tabanı oluşturulması hedeflenmiştir. Bu bilgi tabanı, soyut olan psikolojik gereksinimlerin kişinin/grupların davranışlarını nasıl etkilediği sorgusuyla, görsel, işitsel ve kokusal mahremiyete ilişkin kontrol mekanizmalarının mimari anlamda nasıl sağlanabileceğine ilişkin bilgilendirme açısından yarar sağlayacaktır.

## Mekânsal Mahremiyet Kavramı ve Kamusal Yapılar Üzerinden Mahremiyet Okumaları

Topluluk içerisinde yaşamak zorunda olan insanoğlu, sürekli birbirleriyle iletişim ve etkileşim halindedir. İnsanlar bu iletişim ve etkileşim halini resmiyetten samimiyete kadar geniş bir yelpazede derecelendirebilmektedir. Mahremiyet bu derecelendirmeyi sağlayan bir kontrol mekanizmasıdır. Mahremiyet kelimesinin kökü Arapça haram kelimesinden türeyen “mahrem” sözcüğünden gelmektedir. Türk Dil Kurumu’nda mahrem kelimesi, “başkalarına söylenmeyen, gizli” olarak tanımlanırken, mahremiyet “gizlilik” şeklinde ifade edilmiştir (TDK, 2020). Mahremiyet kavramı insan ile birebir ilişkili olan sosyoloji, psikoloji, hukuk, sağlık ve mimarlık gibi farklı disiplinlerde geniş yer almaktadır. Bu nedenle mahremiyetin net ve kesin bir tanımı yoktur. Rapoport (1977: 201), mahremiyeti, “etkileşimi kontrol edebilme, tercih edebilme ve arzu edilen etkileşimi kazanma yeteneği” olarak tanımlamış, ilişkileri düzenleyen bir mekanizma olduğunu belirtmiştir (Lang, 1987: 145). Altman (1975: 18) mahremiyeti, kişinin kendine ya da bir gruba olan ulaşımını seçimsel olarak kontrol etmesi olarak tanımlarken; Gür (1996: 280), kişi ya da gruba optimum yaklaşma koşulu olarak ifade etmiştir. Bununla birlikte Hall, (1974: 354) mahremiyeti bir iletişim aracı olarak görmekte ve insanların diğerleriyle olan ilişki seviyelerini çeşitli mesafelerle ifade ettiğini ortaya koymaktadır. Mahremiyeti özel, yarı özel, yarı kamusal ve kamusal mekânlar olarak dört mekânsal kategoride inceleyen Chermayeff ve Alexeander (1963: 124), bu mekânların belli bir hiyerarşiye göre birbirine bağlı denetim kilidiyle mahremiyet kontrolü sağlayabileceğinden bahsetmektedir (Gür, 1996).

Denetim kilidiyle mahremiyetin kontrol edilebilir olmasını sağlayan mahremiyet hiyerarşisi, mekân-mahremiyet ilişkisinde önem arz etmektedir. Bu hiyerarşik düzenleme kentsel alandan en küçük mekân birimine kadar süreklilik sağlamaktadır. Optimum düzeyde mahremiyetin gerçekleşmesine hizmet eden

mahremiyet hiyerarşisi, farklı çevrelerde farklı davranış modeli ile karşımıza çıkmaktadır. Çevre ve davranış ilişkileri üzerine yapılan çalışmalarda mahremiyet ile doğrudan ilişkili olarak karşımıza çıkan kavramlar (Broady, 1966: 151; Boughey, 1970; Brolin, 1976: 70; Lang, 1987: 147; Archea, 1977: 125; Bahammam, 1987: 3; Nalkaya, 1980: 14; Shawesh, 1996: 42);

- ✓ Kişisel alan (personal area),
- ✓ Bölgesel alan (territoriality),
- ✓ Kalabalıklık (crowding),
- ✓ Özel/kamusal alan (private/public space) olarak yer almaktadır.

Hiyerarşi içerisinde yer alan bu kavramlar görsel, işitsel ve kokusal mahremiyeti etkileyerek kişinin/grubun çevresi ile iletişimini düzenlemesinde fayda sağlamaktadır.

Görsel mahremiyet, kişinin bulunduğu yapıli çevrede diğerlerinin görsel erişimine yönelik oluşturmuş olduğu kontrol mekanizmasıdır. Willis'in 1964 yılında "gizli bakış (overlooking)" konusunda yapmış olduğu araştırmanın sonucunda, görsel mahremiyet gereksinimlerinin, kültürler içinde, sosyo-ekonomik gruplara, yaşam biçimine, ailenin geçmişine ve değerlerine göre değişebileceğini vurgulamaktadır. Ayrıca, mahremiyet kavramının sadece göreceli olmadığını ekleyerek, yalnızca kültürle bağlı olmayıp, aynı kültüre sahip toplumların bireylerinde de farklılık gösterebileceğini ifade etmektedir (Willis, 1964: 48). Görsel mahremiyet kadar işitsel mahremiyet de yaşanabilir çevreler için gerekli bir unsurdur. İşitsel mahremiyet; yaşanan ortamın dışından içeriye ya da içerideki mekânlar arasında ses iletimin ve titreşimin kontrolü olarak tanımlanmaktadır. İşitsel mahremiyetin dikkate alınması, kişinin ruhsal sağlığı açısından yapı tasarımında önemli bir kriterdir. Akustik mahremiyet olarak da literatürde geçen işitsel mahremiyet, dönemin teknoloji ve malzeme çözümlenmeleriyle kontrol altına alınabilmektedir (Hakim, 1986: 63; Mortada, 2011: 134). Görsel ve işitsel mahremiyet ile birlikte bilimsel çalışmalarda yeterli sayıda yer almayan kokusal mahremiyet de bireyin bulunduğu ortamdan almış olduğu kokuya bağlı olarak farklı davranış modelleri sergilemesine neden olabilmektedir. Bu noktada, yaşanan çevrede görsel, işitsel ve kokusal uyarılara bağlı olarak farklı mahremiyet mekanizmaları geliştirilmesi gerektiği araştırmacılar tarafından ifade edilmektedir. Mimar J. Archea (1977: 119), yaşanan çevre nasıl tasarlanmış olursa olsun mahremiyetin farklı fiziksel ortamlarda farklı şekilde etkilendiği bir süreç olduğunu vurgulayarak, her mimari yapıda mahremiyet kontrolünün aynı olamayacağını eklemiştir. Bu doğrultuda gündelik yaşamda yer alan, zaman zaman deneyimlenen, aktif ya da pasif olarak kullanılan sağlık ve ofis yapıları üzerinden mahremiyetin sorgulanması çeşitli araştırmacıların söylemleri ile desteklenerek açıklanmaktadır. Bu yapılar içerisinde kullanıcıların talep ettiği ortak özelliklerden birisi "kontrol"dür. Kontrolü elinde tutabilen kişi o mekânda kendini sakin ve rahat hisseder, stres ve agresiflik durumu azalır ve iş verimi artar. Mahremiyet kişinin fiziksel ve psikolojik sağlığına doğrudan etki etmektedir (Izumi, 1968: 50; Ulrich, 1984: 421; Navai ve Veitch, 2003: 16; Bridger ve Brasher, 2011: 837). Tanyeli (2012: 8) "mahremiyet sürekli bir sınır tanımı yapmaktır" sözü ile sınırların kontrolünün sürekli değişkenlik özelliği gösterdiğini vurgulamaktadır. Bu nedenle tasarlanan her mimari ortamın işlev, eylemler ve gereksinimler doğrultusunda mahremiyet mekanizmalarının farklılaşabileceğinden de söz edilebilir.

### **Sağlık Yapılarında Mahremiyet Yaklaşımı**

Sağlıklı bireyin sağlıklı toplumun temeli olduğu düşüncesiyle, sağlık yapıları toplumların devamı için yaşamsal öneme sahiptir. Sağlık yapıları, hasta ve yaralıların ya da hastalık şüphesi olanların sağlık durumlarına yönelik muayene, teşhis, tedavi, kontrol ve rehabilitasyon amacıyla ayakta ya da yatarak müşahade edildikleri, bununla beraber doğum eyleminin gerçekleştiği mimari yapılardır (Aydın, 2009: 11; Tandoğan, 2012: 5).

Sağlık yapılarındaki mekânsal düzenlemelerin hastaların iyileşme sürecine etki ettiği, yapılan çalışmalarla (Ulrich, 1984: 420; Davidson, 1994; NHS Estates, 1994'den aktaran Devlin ve Arneill,

2003: 666) tespit edilmiştir. Mekânsal düzenlemelerde özellikle kişinin beden mahremiyetinin ihlali iyileşme sürecini ciddi oranda zedelemektedir. Dolayısıyla mekânsal mahremiyetinin planlama aşamasında tasarım girdisi olarak değerlendirilmesinin hasta mahremiyeti açısından anahtar rol oynadığı bilimsel çalışmalarda (NHS Estates, 1997) vurgulanmaktadır. Nitekim İngiltere'nin Ulusal Sağlık Hizmeti kuruluşu olan NHS (National Health Service) hasta mahremiyetinin eksikliğinden kaynaklı olarak, mahremiyet arzu eden hastaların önemli ölçüde stres ve saldırgan odaklı davranış sergilediklerini ifade etmektedir. Ayrıca hastane kurumlarında mahremiyetin hasta odası doluluk seviyesine (tek yataklı oda veya birden çok yataklı oda) ve mekânsal yoğunluk (birim alandaki kişi sayısı) ilişkisine bağlı kalabalıklık durumuna dayandığını eklemektedir (NHS Estates, 2003: 7).

Kişinin zihinsel olarak rahat olması ve kendini iyi hissetmesine yönelik alanların ayrılması gerekmektedir. Fakat sağlık yapıları genellikle geleneksel tasarım yaklaşımı ile kullanıcı olarak hekimlerin dikkate alındığı, hasta ve personelin fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarının göz ardı edildiği yapılan çalışmalarla ortaya çıkmıştır (Becker ve Poe, 1980; Sweeney, 2008). Becker ve Poe (1980: 197) sağlık yapıları içerisinde mekânsal düzenlemelerin personelin ruh hali ve moral algısı üzerinde olumlu etkileri olduğunu saptamıştır. Bir diğer çalışmada ise; sağlık yapılarının tasarım aşamasında mahremiyet alanlarının oluşturulması, doğa ile ilişkili mekânların çözümlenmesi ve kalabalıklığın en aza indirgenmesini sağlayan yön bulma sistemlerinin doğru bir biçimde kurulması “hasta merkezli tasarım” yaklaşımını ön plana çıkarmaktadır. Böylece hasta merkezli tasarımın iyileşme sürecine önemli katkı sağladığı yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır (Sweeney, 2008: 6).

Hasta merkezli tasarımda temel nokta, hastaya “kontrol” duygusunun doğru tasarım yaklaşımları ile verilebilmesidir. Nitekim çevresel davranış araştırmalarında sıklıkla kabul gören bir kavram olan kontrolün hasta tarafından sağlanamaması, yüksek tansiyon, artan stres ve endişeye bağlı kaygı gibi sağlık çıktılarıyla ilişkilendirilmiştir. Devlin ve Arneill (2003: 672) yapmış olduğu çalışmada, kontrol eksikliğine sebep olabilecek faktörleri mahremiyete yönelik yetersiz müdahale, kapsamlı olmayan yön bulma sistemleri, yüksek televizyon sesi, dışarıdan ve diğer hastalardan gelen gürültü olarak sıralamaktadırlar. Bu faktörler arasında hasta mahremiyeti hem bilişsel hem de mekânsal olarak günümüz bilgi çağı ile birlikte yeni bir boyut kazanmaktadır. Hastaya ait kişisel verilerin güvenliğinin sağlanması bilişsel çözümlere bağlı iken görsel, işitsel ve kokusal mahremiyet kontrolü mekânsal planlamalara bağlı olmaktadır. Knackstedt ve Laura (1995), hastanelerde iyi bir iç mekân tasarımında, alanı kullanacak olan kişilerin duygu ve ihtiyaçlarının dikkate alınarak bu durumun hastane tasarımlarında göz önünde bulundurulması gerektiğini söylemekte ve sağlık tesislerinde birincil ihtiyacın işitsel ve görsel mahremiyet olduğunu vurgulamaktadır.

Hastanenin farklı bölümlerinde farklı seviyede mahremiyet talep edilmektedir. Izumi (1968: 43), sağlık yapılarında mahremiyet ve yoğunluk kontrolü sağlanmasında açık, tutarlı ve güven verici tasarım önerilerinin psikiyatri birimlerindeki tedavi hedeflerini destekleyebileceğini öne sürmektedir. Beltran Aroca vd., (2016: 5) hastanelerde mahremiyet ihlali hakkında yapmış oldukları çalışmada farklı tıbbi bölümlerde farklı sonuçlar elde etmişlerdir. Özellikle acil servis ve kadın doğum polikliniklerinde mahremiyet ihlaline yönelik çalışmalarında, bu alanlarda tasarım planlamalarının yetersiz kaldığını vurgulamaktadır (Olsen vd., 2008: 318; Karro vd., 2005: 118; Atmaca, 2013: 51). Her muayene odasının hasta mahremiyetini ve verimli personel çalışma alanını dengeleyecek şekilde çözümlenmesi gerekmektedir. Özellikle mahremiyet isteğinin ön planda olduğu kadın doğum muayene odalarının tasarlanmasında önem arz etmektedir. Annenin muayene esnasında rahat ve sakin olması doğumun kolay olmasına, sonrasında ise anne-bebek ilişkisine kadar etki etmektedir (Atmaca, 2013: 100).

Hartigan vd. (2018) kadın doğum acil servis biriminde yer alan sıralı hasta yataklarının perde ile ayrılması sonucunda doğan mahremiyet algısı ile tek tek duvar ile çevrelenerek oluşan kabin modelindeki mahremiyet algısını sorgulayan bir çalışma yapmıştır. Elde edilen bulgularda perde ile ayrılmış yatakları kullanan kadın kullanıcıların yarısı, başka hastaların konuşmalarına kulak misafiri olduklarını itiraf etmiştir. Gebelik kaybı yaşayan ya da önemli bir teşhis konulan bir kadının, yakınlarında başka bir gebenin bebeğinin kalp atışlarını duyması ciddi travmatik bir durum olarak vurgulanmıştır. Bulgular sonucu duvar ile ayrılmış acil servis çözümü perde ile ayrılmış çözüme kıyasla



mahremiyet kontrolünü arttırdığı görüşünü desteklemektedir (Görsel 1). Muayene esnasında olası acı çekme durumlarında oluşacak ses, diğer hastaların da tedirgin olmasına neden olabilmektedir.



**Görsel 1:** Cork Üniversitesi Kadın Doğum Acil Servisinin Yenileme Projesi Öncesi (Perdeli Çözüm), Sonrası (Duvar ile Ayrılmış Çözüm) Görselleri (Hartigan vd. 2018: 3)

Benzer şekilde acil servislerde mahremiyet üzerine çalışan Karro vd. (2005: 123), Olsen vd. (2008: 319) ve Calleja ve Forrest (2011: 256), duvarlarla çevrili odalardaki hastaların daha yüksek düzeyde mahremiyet ve memnuniyet algıladıkları sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca mahremiyet ile ters orantılı olan kalabalıklık durumunu acil servislerde inceleyen Asplin vd., (2003: 179) benzer sonuçlar elde ederek mahremiyet ihlaline karşı kalabalığın minimum seviyeye indirilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Acil servisteki kalabalığın indirgenmesine yönelik olarak öneri sunan Ghalib (2018: 51) acil servis bekleme alanlarının alt bölümlere (hızlandırılmış triaj-değerlendirme süreci) ayrılarak hasta mahremiyetinin korunmasına yönelik bir çözüm oluşturulabileceğini aktarmaktadır (Görsel 2). Görsel 2’de bölünmüş akış (split flow) sürecinin bir parçası olarak acil servis birimi alt bölümlere ayrılmıştır. Böylece bekleme alanlarındaki kalabalıklaşmayı belli oranda tutabilecek planlama ile mahremiyete olumlu katkı sağlanmış olacaktır. Ayrıca yapılan çalışmada ses seviyesinin kontrol edilmesinin stresi, anti-sosyalliği ve yorgunluğu azalttığı sonucuna da ulaşılmıştır. Bu sebeple kalabalıklığın azalmasına yönelik verimli bir tasarım stratejisi oluşturulmasının, hem görsel hem de işitsel mahremiyetin korunmasında etkili olduğu ifade edilmektedir (Ghalib, 2018: 51).

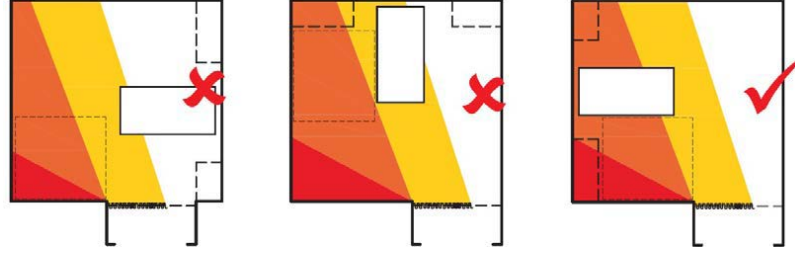


**Görsel 2:** Huntington Hastanesi Acil Servis Biriminin Bekleme Alanları L Bölücüler ile Alt Bölümlere Ayrılmasının Mahremiyete Katkısı (Ghalib, 2018: 51)

Sağlık yapıları ve mahremiyet üzerine yapılan çalışmalarda çevre kontrol ilişkisine yönelik olarak hasta odaları da geniş kapsamda ele alınan bir diğer husus olarak karşımıza çıkmaktadır. Geçmiş dönemlerdeki, birden çok hastanın bir arada olduğu hasta odaları ile günümüz “otel konforu” tanımlaması ile hastaya güven veren tek kişilik odalarda, mahremiyet seviyelerinde ciddi farklılıkları ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Bu nedenle, çok yataklı hasta odalarında mahremiyetin ihlal edilmesi, hastaların hastane ortamlarındaki deneyimlerini ve memnuniyetini olumsuz yönde etkilediğine

dair çalışmalarda (Harris vd., 2002: 1295; Ulrich vd., 2004: 26) daha fazla tek yataklı odaların daha iyi bir mahremiyet düzeyi elde edilebileceği vurgulanmaktadır (Kirk, 2002: 40; Alalouch, 2009: 291; Tandoğan, 2012: 319).

Tek kişilik hasta odasının mahremiyet düzeyini, hasta yatağının konumu, ıslak hacimlerin konumu, odanın mekânsal hiyerarşisi ve pencerenin dışarı ile ilişkisi etkilemektedir (Bobrow ve Thomas, 1994: 54; Burden, 1998: 21; Morgan ve Stewart, 1999: 117). Hasta mahremiyetinin korunmasında etkili olan unsurlardan biri olan hasta yatağının konumu, kamusal alan olan koridor ile özel alan olan hasta odası arasında görsel ve işitsel olarak etki etmektedir (Binggeli ve Greichen, 2011: 663) (Görsel 3).



**Görsel 3:** Hasta Yatağının Konumunun Görsel Mahremiyet Üzerinde Etkisi (Atmaca, 2013: 31)

Hasta odası içinde yer alan ıslak hacimlerin konumu da görsel mahremiyete etki eden bir diğer unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Islak hacimlerin oda giriş alanına yakın yerde konumlanması hasta yatağının koridordan doğrudan görünmesini ve koridor trafiğinden kaynaklı gürültüyü (uğultuyu) belli oranda kısıtlayarak görsel ve işitsel olarak fayda sağlamaktadır (NHS Estates, 2003: 72) (Görsel 4).



**Görsel 4:** Islak Hacimlerin Konumunun Görsel ve İşitsel Mahremiyete Etkisi (NHS Estates, 2003: 72)

İç mekânlarda, kişilerarası ilişkilerin seviyesini dengelemek ve bir kontrol duygusu oluşturmak için mahremiyet anahtar bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir hiyerarşi içinde düzenlenmiş mekânlar hem yalnızlık hem de toplanmaya olanak sağlamaktadır. Sosyal etkileşim ve izolasyon davranışına izin veren mekânsal düzenlemeler kişisel mahremiyetin kontrol edilmesinde etkilidir (Evans ve McCoy, 1998: 89).

Hastanelerde hastanın çeşitli gürültülere (trafik, inşaat, vb.) maruz kalmasının uyku bozukluğuna sebebiyet verebileceği düşüncesiyle, iyileşme sürecini olumsuz etkilediği yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (Hilton, 1985: 291; Ulrich, 2003). Hastane içi sesleri değerlendirdiğimizde; tek kişilik oda içerisinde hastanın, diğer hastadan/hastalardan gelebilecek horlama, konuşma ve hastalık reaksiyonları (öksürme, inleme, nefes alıp-verme, gaz çıkarma) gibi seslere maruz kalmasını minimuma indirgeyerek işitsel mahremiyet korunmaktadır (Payne, 1999: 26).

Richard ve Bairnsfather (1988) tarafından yapılan bir çalışmada birden çok hasta yatağının olduğu açık yoğun bakım ünite tasarımının hastanın iyileşmesinde önemli olduğunu belirtmiştir. Yoğun bakım hastalarının uyku düzenlerindeki değişkenlik göz önüne alındığında; yoğun bakım ünitelerinin çok yataklı olarak çözümlenmesinin, hasta uyku düzenini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Gürültü ve ışığı azaltmak için kapıların kapatılabilmesi için yoğun bakım ünitelerinin tek yataklı hasta odaları ve bu odaların gözlem pencereleri ile tasarlanması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmacının gözlemlerine göre; personelin konuşması, alarm sistemlerinin/telefonların çalması ve diğer seslerin

denekleri daha düşük bir uyku aşamasına taşıdığı için sık sık hastaları uyandırdığı yönünde işitsel mahremiyet rahatsızlığı ortaya çıkmıştır (Richard ve Bairnsfather, 1988: 42). Ayrıca tek yataklı oda diğer hastalardan gelebilecek yara, ilaç ve vücut salgılarıyla ilişkili kokuların da duyulmasına engel olarak kokusal mahremiyet üzerinde olumlu etki bırakmaktadır (NHS Estates, 2003: 17). Böylece tek yataklı oda çözümünün sağladığı mahremiyet kontrolü çok yataklı odalara göre net bir şekilde farklılık sunmaktadır (Tablo 1).

**Tablo 1:** Tek Yataklı ve Çok Yataklı Odanın Mahremiyet Açısından Hasta Üzerindeki Etkisi (Chaudhury vd., 2004: 6)

Tek Yataklı Oda	Çok Yataklı Oda
➤ Görsel Mahremiyet ↑	➤ Görsel Mahremiyet ↓
➤ İşitsel Mahremiyet ↑↑	➤ İşitsel Mahremiyet ↓↓
➤ Uyku Bozukluğu ↓↓	➤ Uyku Bozukluğu ↑↑
➤ Hasta Memnuniyeti ↑	➤ Hasta Memnuniyeti ↓
➤ Hasta Kontrolü ↑↑	➤ Hasta Kontrolü ↓↓
➤ Kalabalıklık ↓↓	➤ Kalabalıklık ↑↑
➤ Kişiselleştirme ↑	➤ Kişiselleştirme ↓
➤ Çevresel Stres ↓	➤ Çevresel Stres ↑

### Açık Ofis Alanlarında Mahremiyet Yaklaşımı

Geçmişten günümüze insanoğlu varlığını sürdürmek için çeşitli alanlarda kendine çalışma alanı yaratmıştır. 20. yüzyılda Endüstri Devrimi ile birlikte çalışma alanları yeni bir boyut kazanmıştır. Taylorizm adı altında bir düşünce ile insanlar çalıştıkları ofislerde birçok katmandan oluşan hiyerarşik bir kademelenme ile sınıflandırılmaya (işçi, amir, müdür) başlamıştır. Bu sınıflandırma mekânlara yansiyarak kademelere göre farklı boyutlarda çok sayıda kapalı birimin sıralanması ile ofis yapıları oluşturulmuştur. Yapı teknolojisindeki gelişmeler ofis yapılarının hem düşeyde hem de yatayda genişlemesine sebep olarak açık ofis sisteminin temelleri atılmıştır. Artık mekânlar hafif bölme paneller ile istenilen boyutlarda bölünebilecek, suni aydınlatma ve havalandırma sayesinde ofis mekânları ciddi oranda derinlik kazanabilecektir (Yurttagül, 2019) (Görsel 5).

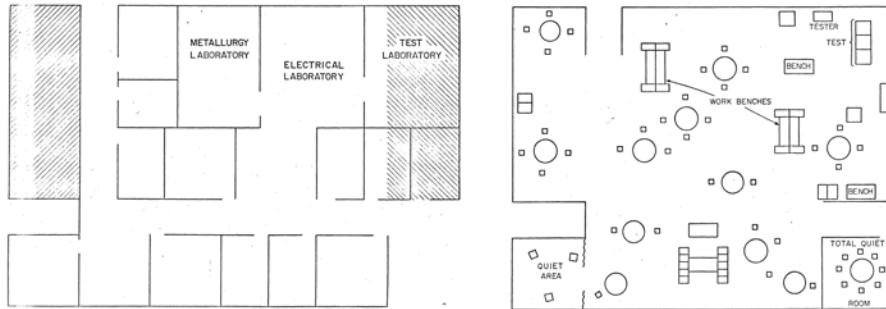


**Görsel 5.** Kapalı ofis sistemlerinin zaman içerisinde açık ofis modeline doğru kayma göstermesi (Zoltan, 2014: 69-70-71-73)



1970'li yılların sonuna kadar çok yaygın olmayan açık ofis modeli, 1980'li yıllarda hız kazanarak tercih edilmeye başlanmıştır. Temelde tesis maliyetini düşürmeyi, üretkenliği ve iş memnuniyetini artırmaya yönelik ortaya çıkmış açık ofis tasarımları birçok şirket tarafından benimsenmiştir (Becker, 1990; Becker ve Steele, 1995; Elsbach ve Bechky, 2007; Elsbach ve Pratt, 2007; Zelinsky, 1998). Açık ofis modelinin giderek daha yaygın hale gelmesi, çevre psikologları tarafından araştırma alanı olarak seçilmesinde rol almıştır (Inamizu, 2013). Mekânsal anlamda çok fazla imkân sağlayabilen açık ofislerde, kullanıcıların algı ve davranışlarının nasıl etkilendiğine dair geniş bir araştırma alanı ortaya çıkmıştır (Navai ve Veitch, 2003; Bridger ve Brasher, 2011; Kim ve de Dear, 2013). İlk araştırmalar açık ofis modeli hakkında olumlu bulgular ortaya koysa da (Allen ve Gerstberger, 1973; Goodrich, 1982; Zahn, 1991) zamanla yapılan çalışmalarda (Sundstrom vd., 1980; Sundstrom vd. 1982) olumlu bulguların mahremiyet açısından çelişki göstermesi sebebiyle açık plan ofis modeli eleştirilmiştir (Inamizu, 2013).

Açık ofis modelinin kullanıcı üzerindeki etkisini inceleyen ilk araştırmacılardan Allen ve Gerstberger, (1973) önce üretim mühendisliği bölümünün bir veya iki çalışanın bulunduğu odalara ayırarak geleneksel çalışma modelini oluşturmuştur. Daha sonra "bölgesel olmayan düzen" olarak tanımlanan açık ofis sistemine dönüştürmüşlerdir. Burada çalışan kullanıcıların her iki ofis tipini deneyimledikten belli süre sonunda memnuniyetleri sorgulanmıştır. Sonuçların hiçbirisi bölümün genel performansında önemli bir gelişme göstermemiş olsa da sonuçta ortaya çıkan aktif iletişimin, bölümün gelecekteki performansını artıracak yönünde tahminde bulunulmuştur. Allen ve Gerstberger'in, (1973) çalışmasında yer alan üretim mühendislerinin çoğunun ofis dışında çalıştıkları ve belli süre ofisi kullandıkları göz önüne alındığında sonuçların diğer çalışmalarla çelişki göstermesi kaçınılmazdır (Görsel 6).

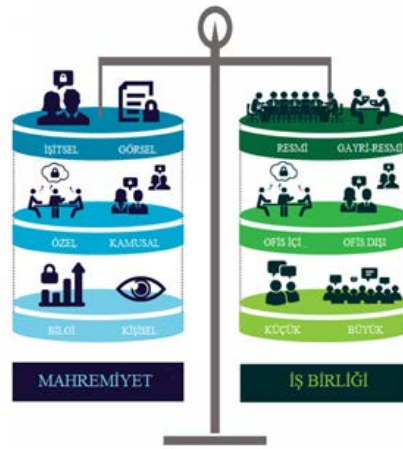


**Görsel 6:** Üretim Mühendisliği Bölümünün Geleneksel Çalışma Modeli ve Bölgesel Olmayan (Non-Territorial) Açık Ofis Modeli (Allen ve Gerstberger, 1973: 3-5)

Açık ofis modelinde mahremiyet duygusuna yönelik yapılan ilk çalışmalardan biri olan Sundstrom vd.'nin (1980) çalışmasında Allen ve Gerstberger'in (1973) çalışmasıyla çelişen sonuçlar elde edilmiştir. Amerika'da bulunan üç farklı kurumdaki (devlet, hastane, üniversite) açık ofislerde çalışan personelin *ofis ortamı* (bölücü sayısı ve çalışma arkadaşları ile mesafe), *kişinin iş yeri algısı* (mahremiyet) ve *kişinin görev algısı* (işin karmaşıklığı) sorgulanmıştır. Çalışanlar ortamdaki bölücü sayısının az olmasının mahremiyet kaybına neden olduğu görüşünü paylaşmışlardır. Böylece Altman'ın (1975: 18) mahremiyet tanımı ile açık ofis ortamı arasında güçlü bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Araştırma ile mahremiyet düzeyi düşük açık ofislerde işin karmaşıklığına bakılmaksızın işyeri ve iş tatminini azalttığı sonucuna varılmıştır (Sundstrom vd., 1980).

Açık ofislerde mekânsal mahremiyet üzerine American Society of Interior Designers (ASID) tarafından yapılan bir diğer çalışmada, ofis çalışanlarının büyük bir kısmının zamanlarının çoğunu dikkatleri dağılmadan odaklanmaları gereken yerde, bireysel işler yaparak geçirdikleri ortaya çıkmaktadır. Bireysel konuşmalar veya telefon görüşmeleri gibi işitsel dikkat dağıtıcılar, kişinin verimli ve etkili bir şekilde çalışmasında önemli engel olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle, mahremiyetin, özellikle de işitsel mahremiyetin, çoğu ofis sakini için çalışma ortamındaki diğer tasarım unsurlarından daha önemli olduğu ortaya çıkmıştır (ASID, 2005).

Son 30 yılda yapılan araştırmalar, açık plan tipi ofis tasarımının iletişimi yalnızca minimum düzeyde kolaylaştırdığı belirlenmiştir (Ding, 2008: 405). Hatta açık ofis modeli ile ilişkili yaygın sorunlar arasında iletişimi azalttığı (Marberry, 2004: 3), sık sık mahremiyet ihlalinin olduğu, işitsel dikkat dağınıklığı ve sürekli diğer çalışanlar tarafından çalışma motivasyonunun kesildiği aktarılmaktadır (Hedge, 1982: 538). Gürültü kaynağını Sundstrom, vd. (1994: 220), çeşitli ofis ortamlarında 2.000'den fazla ABD ve Kanadalı ofis çalışanına sorarak telefonlar, konuşmalar ve ofis ekipmanları gibi bir veya daha fazla sestən gelen gürültüleri sıralamışlardır. Çıkan gürültü, çalışanların kızgınlığına ve memnuniyetsizliğine neden olmaktadır (Brookes ve Kaplan, 1972; Nemecek ve Grandjean, 1973; Sailer ve Hassenzehl, 2000). Verimli ve etkili çalışma sahaları oluşturabilmek adına ortaya çıkan açık ofis modelinde, çalışanların mahremiyet ve işbirliğine dair yaklaşımının belirli bir denge üzerinde olması gerektiği vurgulanmaktadır. İşitsel, görsel, özel, kamusal, bilgi ve kişisel mahremiyetin korunması ofis içinde ya da dışında gerek resmi gerekse de gayriresmi küçük/büyük çalışmalara bağlı işbirliğinin kurulmasında önemli katkı sağlamaktadır (Interior Architects, 2020) (Görsel 7).



**Görsel 7:** Açık Ofislerde Mahremiyet ve İşbirliğinin Denge Kalmasının Mahremiyetin Korunmasında Etkisi (Interior Architects, 2020)

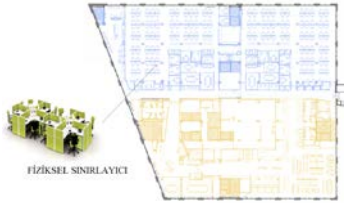

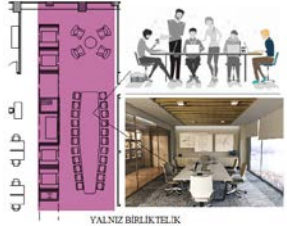


Kişiler arasında ilişki düzenleme mekanizmasını oluşturan mahremiyet, açık ofislerde farklı mekânsal çözüm yolları ile farklı seviyelerde mahremiyet ile elde edilebilmektedir. Mahremiyet hiyerarşisinde makro ölçekten mikro ölçeğe doğru kademe sağlayan mekânsal çözümler ile mahremiyet seviyelerinde artış gözlenmektedir. Açık ofislerde masaların fiziksel sınırlayıcılar ile ayrılmasından kapalı bireysel çalışma alanına kadar uzanan hiyerarşik basamakta hem işitsel hem de görsel mahremiyet değişkenlik göstermektedir (Interior Architects, 2020) (Görsel 8).



**Görsel 8:** Açık Ofislerde Mahremiyet Hiyerarşisi (Interior Architects, 2020)

Açık ofislerde mahremiyet hiyerarşine bağlı mekânsal yansımalar Tablo 2’de verilmiştir. Tabloyu incelediğimizde masaların *fiziksel sınırlayıcı* dediğimiz panel ile ayrılması mahremiyet açısından yetersiz düzeydedir. Kalabalıklığın ve sosyalleşmenin yoğun olarak yaşandığı bu çözümde, iş verimi ve memnuniyet ciddi oranda etkilenmektedir. Açık ofis içerisinde her türlü erişim sağlayabilen çalışma alanları arasında belli sayıdaki grup çalışma alanları ile yarı-kapalı ve yarı-açık alanlardan oluşan *parçalı yerleşim* söz konudur.

**Tablo 2:** Açık Ofislerde Mahremiyet Hiyerarşinin Mekânsal Yansıması. (Görseller Interior Architects’den alınarak yazarlar tarafından uyarlanmıştır.)

Mekân	Mahremiyet Durumu
 <p>FİZİKSEL SINIRLAYICI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Bölücü paneller ile fiziksel sınır oluşturulması</li> <li>*Sosyalleşme ve kalabalıklık durumu</li> <li>*Görsel mahremiyet sınırlı</li> <li>*İşitsel mahremiyet sınırlı</li> </ul>
 <p>PARÇALI YERLEŞİM</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*3-4 çalışanın gruplar halinde bir arada çalışması</li> <li>*Açık ofis modelinde belli sayıdaki grupların oluşturduğu ayrışma ile parçalı bir yerleşim</li> <li>*Fiziksel sınırlayıcılara görsel mahremiyetin grup için sağlanması.</li> <li>*İşitsel mahremiyet sınırlı</li> </ul>
 <p>YALNIZ BİRLİKÇİLİK</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Ekip çalışmasına yönelik düzenleme</li> <li>*Ekip kullanımına ilişkin ayrılmış mekân</li> <li>*Ekip için görsel mahremiyetin sağlanmış olması</li> <li>*İşitsel mahremiyet sınırlı</li> </ul>
 <p>MAHREMİYET TEKNOLOJİSİ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Grup çalışma alanlarının sınırlı ayrışması</li> <li>*Görsel mahremiyetin sınırlı, işitsel mahremiyetin grup bazında sağlanması</li> <li>*Kalabalıklık seviyesinin azalması ile işitsel mahremiyetin sınırlı sağlanması.</li> </ul>
 <p>BİREYSEL AYRIŞMA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Bireysel çalışmanın ön plana çıkması</li> <li>*Açık-ofis içerisinde hücre model yaklaşımı</li> <li>*Bölücülerin şeffaflık düzeyine bağlı olarak sınırlı görsel mahremiyet</li> <li>*İşitsel mahremiyetin sağlanması</li> </ul>

Parçalı yerleşim çözümü görsel mahremiyete kısmen de olsa katkı sağlamaktadır. Fakat grup çalışma alanlarının hacimsel olarak kapalı olmaması sesin dağılımını engelleyemediği için işitsel mahremiyet

yetersiz kalmaktadır. Bununla birlikte işbirliğine dayalı ekip çalışmasına yönelik oluşturulan özel alanlar sayesinde, *yalnız birliktelik* ile istenmeyen erişim en az seviyeye düşmektedir. Açık ofisten ayrılarak oluşturulan bu özel alanda, işitsel ve görsel mahremiyet belli oranda sağlanabilmektedir. Koridor üzerine sıralanarak oluşturulan grup çalışma alanlarında, görsel erişime izin verebilen esnek bölücü teknolojisi bulunmaktadır. *Mahremiyet teknolojisi* olarak adlandırılan bu çözümlemenin açık ofisten ayrılması ile kalabalıklık seviyesinin azalmasına bağlı görsel ve işitsel mahremiyete belli oranda katkısı bulunmaktadır. Açık ofislerde en yüksek mahremiyet seviyesi, çalışan kişiye erişimin zor olması ile sağlanabilmektedir. *Bireysel ayrışma* ile kişi, çalışma alanından mekânsal olarak ayrılarak, çalışmalarını tıpkı bir kapsül içerisindeymiş gibi sürdürmektedir. Bu tarz bir düzenleme kişi ile diğerleri arasında net bir sınır oluşturarak, mahremiyeti ciddi oranda koruyabilmektedir.

### Değerlendirme ve Sonuç

Mahremiyetin fiziksel sınırlar ile kontrol edilebileceği düşüncesi, sözü edilen kavrama tek boyuttan bakıldığını göstermektedir. Mahremiyetin çok boyutlu ele alınması gerektiğini vurgulayan araştırmacıların söylemleri neticesinde, yaşanan çevredeki mekân çözümlerinde mahremiyet kavramının göz önüne alınması gerektiği sonucuna varılmaktadır.

Nitekim mekân çözümlerinde mahremiyetin yeterince dikkate alınmaması sonucu, birey bulunduğu ortamda farklı davranış modelleri sergilemektedir. Bu davranış modelleri farklı mimari yapılarda değişkenlik göstermiş olsa da temelde “kontrol” eksikliğinden kaynaklı olarak, kişi davranışlarıyla rahatsızlığını sergilemektedir. Bireylerin aktif ya da pasif olarak zaman zaman kullandıkları sağlık ve ofis yapılarında mahremiyetin sorgulandığı bu çalışmada, araştırmacılar mekân-mahremiyet-davranış üçgeninin önemini vurgulamaktadırlar. Bu bağlamda sistematik derleme ile sağlık ve ofis yapılarında mekânsal mahremiyet düzenlemesine yönelik araştırma sonuçları Tablo 3’de özetlenmiştir. Tablodan anlaşılacağı üzere, açık ofis mekânlarında mahremiyet eksikliğinde kişi, iş motivasyonunu kaybederek çalışma verimi düşebilmektedir. Benzer şekilde sağlık yapıları üzerinde mahremiyet kontrolünün eksikliği hastanın tedirgin ve agresif davranışlar sergilemesine neden olarak iyileşme sürecine olumsuz bir biçimde yansımaktadır. Araştırmacıların söylemleri sonucunda mahremiyet; özgürlük, yakınlık, yalnızlık, bölgesellik, mülkiyet, memnuniyet, odaklanma, iyileşme ve sosyalleşme ihlallerine karşı görsel, işitsel ve kokusal koruma olarak tanımlanabilecek geniş bir yelpazeden oluşmaktadır. Bu nedenle, mahremiyeti daha iyi anlamak ve mekâna yansıtabilmek adına mahremiyet olgusunun insan davranışlarına, psikolojisine, verimliliğine etkisinin derinlemesine araştırılması, özellikle kamusal ortamlarda mekânsal düzenlemelerin yapılması, doğru mahremiyet hiyerarşisinin kurulması için gerekmektedir.

Yaşanılan çevre değişkenlik göstermiş olsa da kullanıcıların mahremiyet içgüdüleri kullanıcı ile birlikte varlığını sürdürmekte, mekânlardaki eylemler bu içgüdüye göre değişmektedir. Bir mekânda mahremiyeti sağlamaya ilişkin yapılmış düzenlemeler, kullanıcıların davranışlarına ve mahremiyet algılarına/içgüdülerine bağlı olarak psikolojilerini etkileyecektir. Kamusal binalarda mahremiyete ilişkin kontrolü bireylerin sağlaması oldukça güç ya da sınırlıdır. Dolayısıyla mahremiyet olgusuna duyarlı mekânsal düzenlemeler kullanıcıların memnuniyetini, iş verimini, iletişimini etkileyecek ve memnuniyetin artırılmasında etkili olacaktır.

Sonuç olarak; mahremiyet kişiyi diğerlerinden ayırarak, bulunduğu mekânın çizmiş olduğu sınır çerçevesinde iletişimi düzenleyici bir unsur olarak rol almaktadır. Fiziksel çevreler, yapılan eylem ve davranışlara göre farklılık gösteren bir hiyerarşide mahremiyet sunmaktadır. Bu hiyerarşideki her basamağın mahremiyet seviyesindeki farklılaşma, kişiyi ya da grubu diğerlerinden ayırma, izole etme veya onlarla kontrollü erişim imkânı sağlamaktadır. Böylece tasarım sürecinde yer alması gereken temel unsurlardan biri olan mahremiyetin, tasarım aşamasında olması ya da olmaması durumu, bireyin ve toplumun yaşam konforu üzerinde etki oluşturabilmektedir.

**Tablo 3:** Farklı Mimari Yapılar Üzerinden Mahremiyetin Mekânsal ve Davranışsal Sorgulaması

	Mekânsal Mahremiyet Çözümü	Davranış Modeli
<b>SAĞLIK YAPILARI</b>	<p>* Sağlık yapılarında mekânsal düzenlemelerde “hasta merkezli tasarımın” hastaların iyileşme sürecine etki etmektedir (Ulrich, 1984; Davidson, 1994; NHS Estates, 1994; Devlin ve Arneill, 2003; Sweeney, 2008).</p> <p>* Sağlık kurumlarında mahremiyet hasta odasının doluluk seviyesine (tek yataklı oda veya birden çok yataklı oda) ve yapının yoğunluk (birim alandaki kişi sayısı) ilişkisine bağlı kalabalıklık durumuna bağlıdır (NHS Estates, 2003).</p> <p>* Sağlık yapılarının farklı bölümlerinde farklı seviyede mahremiyet kontrolü sağlayabilecek mekânsal çözümler sunulmalıdır (Beltron Aroca, vd., 2016).</p> <p>* Hastaların duvar ile ayrılmış mekânsal çözümü perde ile ayrılmış çözüme kıyasla mahremiyet kontrolünü artırmaktadır (Karro, vd., 2005; Olsen, vd., 2008; Calleja ve Forrest, 2011; Hartigan, vd., 2018).</p> <p>*Tek yataklı oda çözümlemesi çok yataklı oda çözümlemesine göre ciddi oranda mahremiyete katkı sağlamaktadır (Kirk, 2002; Alalouch, 2009; Tandoğan, 2012).</p> <p>*Tek kişilik oda içerisinde hasta, diğer hastadan/hastalardan gelebilecek horlama, konuşma ve hastalık reaksiyonları (öksürme, inleme, nefes alıp-verme, gaz çıkarma) gibi seslerine maruz kalmayı minimuma indirgeyerek işitsel mahremiyeti korunmaktadır (Payne, 1999; Richard ve Bairnsfather, 1988).</p> <p>* Tek kişilik hasta odasının mahremiyet düzeyini hasta yatağının konumu, ıslak hacimlerin konumu, odanın mekânsal hiyerarşisi ve pencerenin dışarı ile ilişkisi etkilemektedir (Bobrow ve Thomas, 1994; Burden, 1998; Morgan ve Stewart, 1999).</p> <p>*Tek yataklı oda diğer hastalardan gelebilecek yara, ilaç ve vücut salgılarıyla ilişkili kokuların duyulmasına engel olarak kokusal mahremiyet üzerinde olumlu etki bırakmaktadır (NHS Estates, 2003).</p>	<p>* Hasta mahremiyetinin eksikliğinden kaynaklı olarak hasta stres ve saldırgan odaklı davranış modeli sergilemektedir (NHS Estates, 1997).</p> <p>* Mahremiyete bağlı kontrol duygusunun olmadığı ortamlarda hasta yüksek tansiyon, artan stres ve endişeye bağlı kaygı gibi davranış modelleri göstermektedir (Knackstedt ve Laura, 1995; Devlin ve Arneill, 2003).</p> <p>* Özellikle acil servis ve kadın doğum polikliniklerinde mahremiyet ihlalinde travmatik davranışlar söz konudur (Olsen, vd., 2008, Karro, vd., 2005, Atmaca, 2013).</p> <p>*Kalabalıklık durumu mahremiyet seviyesini olumsuz etkilemektedir (Asplin, vd., 2003).</p> <p>*Ses seviyesinin kontrol edilmesi stresi, anti-sosyalliği ve yorgunluğu azaltmaktadır (Ghalib, 2018).</p> <p>* Sosyal etkileşim ve izolasyon davranışı kişisel mahremiyeti yerine getirmek için gereklidir (Evans ve McCoy, 1998).</p> <p>*Sağlık yapısının bulunduğu konumda hastanın çeşitli gürültülere (trafik, inşaat..vb.) maruz kalması uyku bozukluğuna neden olarak iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir (Hilton, 1985; Ulrich, 2003).</p>
<b>AÇIK-OFİS YAPILARI</b>	<p>*Açık ofislerde çalışanların masaları panel ile ayrılması sonucu fiziksel ayrışma sağlansa da sosyalleşme ve kalabalıklık durumunun en yoğun yaşandığı mekânsal çözümlemede mahremiyet kontrolü yetersizdir (Marberry, 2004; Ding, 2008 ).</p> <p>*Ekip çalışmasına yönelik beşten fazla kişinin gruplar halinde birlikte oluşturdukları çalışma alanları görsel mahremiyeti kısmen kesmiş olsa da hacimsel olarak kapatılmayan bu alanlarda işitsel mahremiyet kontrolü sınırlıdır (Sailer ve Hassenzahl, 2000, URL- 1).</p> <p>*Bireysel çalışmaya yönelik oluşturulmuş mekânsal çözümlemede tıpkı bir kapsül gibi kişiyi dışarıdaki açık-ofis çalışma alanından ayırmaktadır. Böylece bölücülerin şeffaflık düzeyine göre görsel mahremiyet değişkenlik göstermiş olsa da işitsel mahremiyet olumlu katkı sağlamaktadır (URL- 1).</p>	<p>*Özellikle işitsel mahremiyetin kontrol edilememesinden kaynaklı olarak dikkat dağınıklığı, odaklanamama (ASID, 2015), iletişim eksikliği (Marberry, 2004), kızgınlık ve memnuniyetsizlik (Brookes ve Kaplan, 1972; Nemecek ve Grandjean, 1973; Sailer ve Hassenzahl, 2000) durumları ortaya çıkmaktadır.</p>

### Kaynakça

Alalouch, R. C. (2009). Hospital Ward Design: Implications for Space and Privacy, Doctor of Philosophy in Architecture, Heriot-Watt University, School of the Built Environment, Edinburgh, United Kingdom.



- Allen, T. J., Gerstberger, P. G. (1973). Field Experiment to Improve Communications in a Product Engineering Department: Nonterritorial Office. *Human Factors*, 15(5), p.487-498.
- Altman, I. (1975). *The Environment and Social Behavior: Privacy, Personal Space, Territory, and Crowding*, Monterey, CA.: Brooks/Cole Publishing.
- Archea, J. (1977). The Place of Architectural Factors in Behavioral Theories of Privacy, *Journal of Social Issues*, 33(3), p.116-137.
- ASID. (2005). *Designing Better Work Places*, American Society of Interior Designers, Washington, DC.
- Asplin, B. R., Magid, D. J., Rhodes, K. V., Solberg, L. I., Lurie, N., Camarga, C. A. (2003). A Conceptual Model of Emergency Department Crowding, *Ann Emerg Med.*, 42, p.173-180.
- Atmaca, H. (2013). *Patient Centered Approaches in Labor and Delivery Room Design in Hospitals: Case Study in Dokuz Eylül University Hospital*, Master Thesis, The Graduate School of Social Sciences of İzmir University of Economics, İzmir.
- Aydın, D. (2009). *Hastane Mimarisi, İlkeler ve Ölçütler*. Konya: TMMOB Mimarlar Odası Konya Şubesi Yayını.
- Bahammam, A. (1987). *Architectural Patterns of Privacy in Saudi Arabian Housing*. Master of Architecture/Thesis, McGill University, Montreal.
- Becker, F. D., Poe, D. B. (1980). The Effects of User-Generated Design Modifications in a General Hospital. *Journal of Nonverbal Behavior*, 4(4), p.195-218.
- Becker, F. (1990). *The Total Workplace: Facilities Management and the Elastic Organization*. New York, NY: Van Nostrand Reinhold.
- Becker, F., Steele, F. (1995). *Workplace by Design: Mapping the High-Performance Workscape*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Beltran Aroca, C. M., Montero-Pérez-Barquero, M., Girela-López E. (2016). Confidentiality Breaches in Clinical Practice: What Happens in Hospitals? *BMC Medical Ethics*, 17, 52, p.1-12. DOI: 10.1186/s12910-016-0136-y
- Binggeli, C., Greichen, P. (2011). *Interior Graphic Standards*, Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Bobrow, M., Thomas, J. (1994). Hospitals' Prosperity Should be by Design. *Modern Healthcare*, 24(47), p.54.
- Bridger, R. S., Brasher, K. (2011). Cognitive Task Demands, Self-Control Demands and the Mental Well-Being of Office Workers. *Ergonomics*. 54(9), p.830-839.
- Broadly, M. (1966). *Social Theory in Architectural Design, People and Buildings*. 81, P.149-154.
- Brookes, M. J., Kaplan, A. (1972). The Office Environment: Space Planning and Affective Behavior. *Human Factors*, 14(5), p.373-391.
- Brolin, B. (1976). *The Failure of Modern Architecture*. New York: Van Nostrand Remhold.
- Boughey, H. N. (1970). *Blueprints for Behavior: The Intentions of Architects to Influence Social Action Through Design*, Princeton University.
- Burden, B. (1998). Privacy or Help, the Use of Curtain Positioning Strategies within the Maternity Ward Environment as a Means of Achieving and Maintaining Privacy, or as a Form of Signalling to Peers and Professionals in an Attempt to Seek Information or Support. *Journal of Advanced Nursing*, 27(1), p.15-23.

- Calleja P, Forrest L. (2011). Improving patient privacy and confidentiality in one regional emergency department a quality project. *Australas Emerg Nurs J.*, 14, p.251–256. DOI: 10.1016/j.aenj.2011.05.002.
- Chaudhury, H., Mahmood, A., Valente, M. (2004). The Use of Single Patient Rooms versus Multiple Occupancy Rooms in Acute Care Environments, Coalition for Health Environments Research (CHER), Simon Fraser University.
- Chermayeff, S., Alexander, C., (1963). *Community and Privacy: Toward a New Architecture of Humanism*, Garden City, NJ: Anchor Books, Doubleday.
- Colomina, B., (2011). Mahremiyet ve Kamusal Kite İletişim Aracı Olarak Modern Mimari, çev. A.U.Kılıç, Metis Yayınları, İstanbul.
- Davidson, W. A. (1994). Banking on the Environment to Promote Human Well-Being. 25th Annual Conference of the Environmental Design Research Association, Oklahoma City, EDRA.
- Devlin, A. S., Arneill, A. B. (2003). Health Care Environment and Patient Outcomes - A Review of the Literature. *Environment and Behaviour*, 35(5), p.665 - 694.
- Ding, S. (2008). Users' Privacy Preferences in Open Plan Offices, *Emerald Facilities*, 26(9/10), s.401-417.
- Elsbach, K. D., Bechky, B. A. (2007). It's More Than a Desk: Working Smarter through Leveraged Office Design. *California Management Review*, 49(2), p.80–101.
- Elsbach, K. D., Pratt, M. G. (2007). The Physical Environment in Organizations. *Academy of Management Annals*, 1(1), p.181–224.
- Evans, G., McCoy, J. (1998). When Buildings Don't Work: the Role of Architecture in Human Health. *The Journal of Environmental Psychology*, 18, p.85-94.
- Ghalib, A. F. (2018). Enhancing Inclusive Design in Emergency Department Waiting Areas: a mixed methods architectural study of five Toronto hospitals, Master Thesis, OCAD University, Toronto, Ontario, Canada.
- Goodrich, R. (1982). Seven Office Evaluations: A review. *Environment and Behavior*, 14(3), p.353-378.
- Gür, Ö. Ş. (1996). *Mekân Örgütlenmesi*. Trabzon: Gür Yayıncılık. ISBN: 975-94906-0-9.
- Hakim, B. S. (1986). *Arabic-Islamic Cities: Building and Planning Principles*, KPI, London.
- Hall, E. T. (1974). *Handbook for Proxemic Research*, Washington D.C. Society, for the Anthropology of Visual Communication.
- Harris, P. B., McBride, G., Ross, C., Curtis, L. (2002). A Place to Heal: Environmental Sources of Satisfaction Among Hospital Patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(6), p.1276-1299.
- Hartigan, L., Cussen, L., Meaney, S., O'Donoghue, K. (2018). Patients' Perception of Privacy And Confidentiality In The Emergency Department of a Busy Obstetric Unit, *BMC Health Serv Res.* 18, p.978.
- Hedge, A. (1982). The Open-Plan Office: A Systematic Investigation of Employee Reactions to Their Work-Environment. *Environment and Behavior*, 14(5), p.519–542.
- Hilton, B. A. (1985). Noise in Acute Patient Care Areas. *Research in Nursing and Health*, 8, p.283-291.
- Inamizu, N. (2013). Positive Effect of Nonterritorial Office on Privacy: Allen's Experiment Secret, *Annals of Business Administrative Science* 12, p.111–121.
- Interior Architects. (2020). Designing a Visually Confidential (and Open) Workspace. <https://interiorarchitects.com/designing-a-visually-confidential-and-open-workspace/> (15.09.2020)

- Izumi, K. (1968). Architectural Considerations in the Design of Places and Facilities for the Care and Treatment of the Mentally Ill. *Journal of Schizophrenia*, 2(1), p.42–52.
- Karro J., Dent A., Farish S. (2005). Patient Perceptions of Privacy Infringements in an Emergency Department, *Emergency Medicine Australasia*; 17, p.117-123.
- Kim J., de Dear, R. (2013). Workspace Satisfaction: The Privacy-Communication Trade-off in Open-Plan Offices. *Journal of Environmental Psychology*, 36, p.18-26.
- Kirk, S. (2002). Patient preferences for a single or shared room in a hospice." *Nursing Times*, 28(5), p. 39-41.
- Knackstedt, M. V., Laura J. H. (1995). *Interior Design and Beyond*. New York: John Wiley & Sons.
- Kurak Açııcı, F. (2013). Sınır Kavramı ve İç Mekân İlişkisi: Yaşama Mekânları Örneği, Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Mimarlık Ana Bilim Dalı, Trabzon, syf: 25
- Lang, J. (1987). Privacy, Territoriality and Personal Space-Proxemic Theory, Creating Architectural Theory, the Role of the Behavioral Sciences in Environmental Design, New York, Leino-Kilpi H, Valimaki M, Dasen T & et al. *Privacy: A Review of the Literature*. *Int. J. Nurs.* 38, p.663-671.
- Lavin, M. W., (1981). Boundaries in the Built Environment: Concepts and Examples, *Man-Environments*, 11, 5-6, 195-206.
- Marberry, S. (2004). *Designing Better Buildings: What Can Be Learned from Offices, Factories and Schools*, American Society of Interior Designers, Washington, DC.
- Morgan, D., Stewart, N. (1999). The Physical Environment of Special Care Units: Needs of Residents With Dementia from the Perspective of Staff and Family Caregivers. *Qualitative Health Research*, 9(1), p.105-119.
- Mortada, H. (2011). *Traditional Islamic Principles of Built Environment*. New York: Routledge Curzon.
- Nalkaya, S., (1980). *The Personalization of a Housing Environment: a Study of Levittown, Pennsylvania*, Universty of Pennsylvania.
- Namazian, A., Mehdipour, A. (2013). Psychological Demands of the Built Environment, Privacy, Personal Space and Territory in Architecture, *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 3(4): 109-113
- Navai, M., Veitch, J. A. (2003). *Acoustic Satisfaction in Open-Plan Offices: Review and Recommendations*, Institute for Research in Construction National Research Council Canada, Ottawa, ONT, K1A 0R6, Canada.
- Nemecek, J., Grandjean, E. (1973). Noise in Landscaped Offices. *Applied Ergonomics*, 4(1), p.19-22.
- NHS Estates (1994). *Better by Design - Pursuit of Excellence in Health Care Building*. UK, HMSO.
- NHS Estates (1997). *HBN4(1) - Inpatient accommodation options for choice*. London, HMSO.
- NHS Estates (2003). *One Patient One Room – Theory & Practice: An evaluation of The Leeds, Nuffield Hospital*, A study report By Dr Michael Phiri School of Architecture, University of Sheffield.
- Olsen, J. C., Cutcliffe, B., O'brien, B. C. (2008). Emergency Department Design and Patient Perceptions of Privacy and Confidentiality. *The Journal of Emergency Medicine*, 35(3), p.317- 320.
- Payne, L., (1999). Something to Shout About- Nurses Have to Consider the Needs of All Patients on a Noisy Ward, in *Nursing Standard* 13 (32), p.26.
- Rapoport, A. (1977). *Human Aspects of Urban Form: Towards a man—Environment Approach to Urban Form and Design*. Oxford: Pergamon Press.

- Richard, K., C., Bairnsfather, L. (1988). A Description of Night Sleep Patterns in the Critical Care Unit. *Heart Lung*, 17, p. 35- 42.
- Tandoğan A. (2012). Hastane Yatan Hasta Katlarının İç Mekân Analizi, Adana Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, İç Mimarlık Anabilim Dalı, Adana.
- Tanyeli, U. (2012). İstanbul’da Mekân Mahremiyetinin İhlali ve Teşhiri: Gerilimli Bir Tarihçe ve 41 Fotoğraf. İstanbul: Ofset Yayıncılık.
- Türk Dil Kurumu (TDK). (2020). <http://www.tdk.gov.tr/> (12.09.2020).
- Ulrich, R. (1984). View through a Window May Influence Recovery from Surgery. *Science*, 224, p.420-421.
- Ulrich, R. S. (2003). Creating a Healing Environment with Evidence-Based Design. Paper presented at the American Institute of Architects Academy of Architecture for Health Virtual seminar- Healing Environments. October 10.
- Ulrich, R., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A. and Choudhary, R. (2004). The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a- Lifetime Opportunity. Report to The Centre for Health Design for the Designing the 21st Century Hospital Project.
- Sailer, U., Hassenzuhl, M. (2000). Assessing Noise Annoyance: An Improvement-Oriented Approach. *Ergonomics*, 43(11), p.1920-1938.
- Shawesh, A. M. (1996). Housing Design and Socio-Cultural Values in Libya: an Investigation of Traditional and Contemporary Housing, Newcastle University, UK.
- Sundstrom, E., Burt, R. E., Kamp, D. (1980). Privacy at Work: Architectural Correlates of Job Satisfaction and Job Performance. *Academy of Management Journal*, 23(1), p.101–117.
- Sundstrom, E., Herbert, R. K., Brown, D. W. (1982). Privacy and Communication in an Open-Plan Office: A case-study. *Environment and Behavior*, 14(3), p.379–392.
- Sundstrom, E., Town, J. P., Rice, R. W., Osborn, D. P., Brill, M. (1994). Office Noise, Satisfaction, and Performance. *Environment and Behavior*, 26(2), p.195-222.
- Sweeney, B. (2008). The Ecology of the Patient Experience: Physical Environments, Patient-Staff Interactions, Staff Behaviors, and Quality of Care , Master’s thesis, Cornell University, New York, USA.
- Willis, M. (1964). Designing for Privacy, *JSTOR*, January, 17(98), p.47-51.
- Yurttagül, G. (2019). Bir İşyerinde Açık Plan Ofiste Çalışanların Psikososyal Etkenlerle Karşılaşma ve Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, İş Sağlığı Programı, Ankara.
- Zahn, G. L. (1991). Face-to-face Communication in an Office Setting: The Effects of Position, Proximity, and Exposure. *Communication Research*, 18(6), p.737–754.
- Zelinsky, M. (1998). *New Workplaces for New Workstyles*. New York, NY: McGraw-Hill.

### Görsel Kaynakçası

- Görsel 1:** Hartigan, L., Cussen, L., Meaney, S. O’Donoghue, K. (2018). Patients’ Perception of Privacy And Confidentiality In The Emergency Department of a Busy Obstetric Unit. p.3.
- Görsel 2:** Ghalib, A. F. (2018). Enhancing Inclusive Design in Emergency Department Waiting Areas: a Mixed Methods Architectural Study of Five Toronto Hospitals, p.51.

**Görsel 3:** Atmaca, H., (2013). Patient Centered Approaches in Labor and Delivery Room Design in Hospitals: Case Study in Dokuz Eylül University Hospital, p.31.

**Görsel 4:** NHS Estates (2003). One Patient One Room – Theory & Practice: An evaluation of the Leeds, Nuffield Hospital, p.72.

**Görsel 5:** Zoltan, E.S. (2014). Office Spaces For More Innovation and Space Efficiency, POLLACK PERIODICA, An International Journal For Engineering And Information Sciences Vol. 9, No. 2, Pp. 67–76.

**Görsel 6:** Allen, T. J., Gerstberger, P. G. (1973). Field Experiment to Improve Communications in a Product Engineering Department: Nonterritorial Office. p.3-5.

**Görsel 7-8:** Interior Architects. (2020). Designing a Visually Confidential (and Open) Workspace. <https://interiorarchitects.com/designing-a-visually-confidential-and-open-workspace/> (15.09.2020)

**Tablo 1:** Chaudhury, H., Mahmood, A., Valente, M. (2004). The Use of Single Patient Rooms versus Multiple Occupancy Rooms in Acute Care Environments. p.6.

**Tablo 2:** Interior Architects'den alınarak yazar tarafından uyarlanmıştır.

**Tablo 3:** Yazar tarafından oluşturulmuştur (2020).