



ICCAUA Proceedings Journal

Proceedings of the international conference of contemporary affairs in architecture and urbanism-ICCAUA
Volume 9 (December 2026), 2620054

ICCAUA
Proceedings Journal
<https://journal.iccaua.com/>

Journal homepage: <https://journal.iccaua.com/>

DOI: <https://doi.org/10.38027/ICCAUA2026TR0054>

A Phenomenological Critique of Normative Design Standards in Healthcare Architecture: An Evaluation through the Concept of Genius Loci

* ¹ Aylin Yıldız, ² Hasan Ünver

¹ & ² Department of Architecture, Faculty of Engineering and Architecture, University of Eskişehir Osmangazi, Eskişehir, Türkiye

¹ E-mail: aylignyildiz@hotmail.com, ² E-mail: hasanunver@gmail.com

Abstract

Received: 23.04.2026
Revised: 24.06.2026
Accepted: 01.07.2026
Available online: 10.07.2026

Copyright © 2026 by the author(s).
All rights reserved.

This article is published under an open-access model and is made available in accordance with the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International Licence (CC BY).



The publisher maintains a neutral stance concerning jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

This article has been selected and peer-reviewed for publication in this journal as part of the 9th International Conference of Contemporary Affairs in Architecture and Urbanism, held on 7–8 May 2026 in Istanbul, Türkiye.

This study critically examines national and international normative design standards used in the architectural planning of healthcare facilities within the framework of architectural theory. Healthcare buildings require a specialized planning approach due to their high technical requirements and complex operational structures. In this context, the design process is largely guided by normative documents that define spatial organization and technical requirements. However, these documents predominantly describe space through technical and functional criteria, while qualitative aspects such as user experience, spatial meaning, and contextual identity remain limited. The research is grounded in Christian Norberg-Schulz's phenomenological approach and the concept of genius loci. Healthcare design guidelines from different countries are analyzed comparatively. The findings reveal that while normative standards successfully meet functional requirements, they are limited in terms of spatial meaning and user experience. The study emphasizes the need for more holistic and place-oriented design approaches in healthcare architecture.

Keywords: Healthcare Facilities; Normative Design Standards; Phenomenological Architecture; Genius Loci; Spatial Meaning.

Sağlık Yapılarında Normatif Tasarım Standartlarının Fenomenolojik Bir Eleştirisi: Yerin Ruhu (Genius Loci) Üzerinden Bir Değerlendirme

Özet:

Bu çalışma, sağlık yapılarının mimari planlamasında kullanılan ulusal ve uluslararası normatif tasarım standartlarını mimarlık kuramları bağlamında eleştirel bir perspektifle incelemektedir. Sağlık yapıları, yüksek teknik gereksinimleri ve karmaşık işleyişleri nedeniyle özel bir planlama yaklaşımı gerektirmektedir. Bu süreç çoğunlukla normatif belgeler aracılığıyla yönlendirilmekte; mekânsal organizasyon ve teknik gereklilikler bu belgeler tarafından belirlenmektedir. Ancak bu belgelerin, mekânı ağırlıklı olarak teknik ve işlevsel kriterler üzerinden tanımladığı; kullanıcı deneyimi, mekânsal anlam ve bağlamsal kimlik gibi nitel boyutları sınırlı biçimde ele aldığı ileri sürülmektedir. Araştırma, Christian Norberg-Schulz'un fenomenolojik yaklaşımı ve "yerin ruhu" kavramı çerçevesinde yürütülmüştür. Farklı ülkelere ait sağlık yapıları kılavuzları karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir. Bulgular, normatif standartların işlevsel gereksinimleri karşıladığını; ancak mekânsal anlam ve kullanıcı deneyimi açısından sınırlı kaldığını göstermektedir. Çalışma, daha bütüncül ve yer odaklı tasarım yaklaşımlarının gerekliliğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Yapıları; Normatif Tasarım Standartları; Fenomenolojik Mimarlık; Yerin Ruhu; Mekânsal Anlam.

1. Giriş

Sağlık yapılarının mimari planlama süreçleri, literatürde uzun süredir ulusal ve uluslararası normatif tasarım standartları üzerinden ele alınmaktadır. Yeni sağlık yapılarının planlama ve tasarım süreci; planlama, tasarım ve uygulama olmak üzere üç temel aşamadan oluşmaktadır. Planlama aşamasında kullanıcı ihtiyaçları ve klinik gereksinimler belirlenirken, tasarım aşamasında bu gereksinimler mimari çözümlere dönüştürülürken, uygulama aşamasında ise yapı inşa edilmektedir (Bernhardt vd., 2022). Ancak bu alandaki çalışmaların büyük ölçüde teknik ve operasyonel boyutlara odaklandığı, buna karşılık mimari mekânın anlam üretimi, kullanıcı deneyimi ve bağlamsal kimlik gibi nitel boyutlarını

kuramsal olarak sorgulayan çalışmaların sınırlı kaldığı görülmektedir. Oysa mekân, yalnızca fiziksel bir organizasyon değil; sosyal, psikolojik ve kültürel katmanları içeren çok boyutlu bir olgudur (Usta, 2020). Son yıllarda sağlık yapılarında fiziksel çevrenin yalnızca tedavi süreçlerini destekleyen bir arka plan olmadığı, aynı zamanda hasta iyilik hali, konforu ve iyileşme süreci üzerinde doğrudan etkili olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle sağlık yapılarının değerlendirilmesinde teknik ve işlevsel performansın yanı sıra çevresel kalite ve kullanıcı deneyimine ilişkin ölçütler de önem kazanmaktadır (Tekbiyik Tekin & Dincyurek, 2023). Bu durum, sağlık yapılarında normatif standartlara dayalı planlama anlayışının, mimarlık kuramları ile kurduğu ilişkinin yeterince tartışılmadığı önemli bir kuramsal boşluğa işaret etmektedir. Bu çalışmanın temel amacı, söz konusu boşluğu ele almak üzere, sağlık yapılarında kullanılan normatif tasarım standartlarını fenomenolojik bir perspektiften eleştirel olarak değerlendirmektir. Ghalehnoei vd., (2022), yer duygusunun, insanların çevre hakkındaki zihinsel algıları ve buna ilişkin az çok bilinçli duyguları anlamına geldiğini ifade eder. Bu doğrultuda araştırma şu temel soruya odaklanmaktadır: Normatif tasarım standartları mimari mekânı hangi öncelikler üzerinden tanımlamakta ve bu tanımlama, mekânın “yer” olarak deneyimlenmesini ne ölçüde sınırlamaktadır? Bu soruya bağlı olarak çalışmanın temel hipotezi, normatif standartların mekânı ağırlıklı olarak teknik ve işlevsel parametreler üzerinden tanımladığı ve bu nedenle mekânsal anlam, kimlik ve kullanıcı deneyimi gibi fenomenolojik boyutları ikincil plana ittiği yönündedir. Bu boşluğun tartışılması, sağlık mimarlığını yalnızca teknik bir uzmanlık alanı olmaktan çıkararak, insan deneyimi, mekânsal anlam ve yer ile kurulan ilişki üzerinden yeniden düşünmeye imkân tanınması bakımından mimarlık kuramı ve uygulaması arasındaki disiplinler tartışmalar açısından önem taşımaktadır. Bu bağlamda çalışma, Christian Norberg-Schulz’un fenomenolojik yaklaşımı ve “yerin ruhu (genius loci)” kavramı aracılığıyla normatif standartların sınırlarını görünür kılmayı ve sağlık yapılarında daha bütüncül, yer odaklı bir tasarım anlayışına yönelik kuramsal bir katkı sunmayı amaçlamaktadır. Bu belge beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm araştırmanın problemi ve çalışmanın yapısına dair fikir vermektedir. İkinci bölüm, nitel ve üç eksenli karşılaştırmalı içerik analizi yöntemini sunmaktadır. Üçüncü bölümde bulgular, dördüncü bölümde bu bulguların tartışılması, beşinci bölümde ise sonuç ve öneriler sunulmaktadır.

1.1. Sağlık Yapıları Tasarımında Normatif Standartlar

Sağlık yapıları, yalnızca tıbbi hizmetlerin sunulduğu yapılar olmanın ötesinde, toplum sağlığını doğrudan etkileyen, bölgesel kalkınmaya katkı sunabilen ve toplumsal refahı artırabilen stratejik yapılardır. Hastaneler, ayakta tedavi klinikleri, bakım evleri gibi yapılarda gerçekleşen sağlık hizmetleri yalnızca işlevsellik açısından değil, toplumsal, estetik ve ekonomik faktörler açısından da biçimlenmektedir. Sağlık yapıları, barındırdığı işlevsel çeşitlilik ve hizmet yoğunluğu nedeniyle pek çok farklı gereksinimi aynı anda karşılamak zorundadır. Bu yapılarda, hasta bakım süreçlerinin etkin biçimde yürütülmesi kadar, sağlık personelinin verimli çalışabilmesi, yön bulmanın kolaylaştırılması, acil durumlara hızlı erişimin sağlanması gibi pek çok operasyonel ihtiyaçların ön plana çıktığı söylenebilir. Selçuk (2012), sağlık yapılarının niteliğinin; kullanıcı deneyimini doğrudan etkileyen unsurlarla şekillendiğini ve yön bulma kolaylığı, mahremiyet, doğal ışık, akustik konfor, havalandırma gibi kriterlerin yapı tasarımında önem arz ettiğini belirtmekte, özellikle stresin, belirsizliğin ve fiziksel rahatsızlıkların yoğun olarak yaşandığı sağlık ortamlarında, mimari mekân tasarımının kullanıcı psikolojisi üzerindeki etkisinin daha belirgin hâle geldiğini ifade etmektedir. Bu bağlamda, mimari tasarımın yalnızca teknik bir çözüm değil aynı zamanda iyileştirici çevrenin bir unsuru olduğunu söylemek mümkündür. Bu noktada, sağlık yapılarının yüksek risk içeren karmaşık işleyişi, çok sayıda kullanıcıyı aynı anda barındırması ve sağlık hizmetlerinin kesintisiz devam etmesi zorunluluğu gibi nedenlerle, tasarım sürecinin yalnızca mimari sezgiyle değil, bilimsel olarak belirlenmiş standartlar ve rehber dokümanlarla desteklenmesi kritik bir gerekliliktir. Bu bağlamda, FGI tarafından geliştirilen kılavuzlar, DIN 13080, DIN 1946-4 gibi sağlık tesisleri için DIN belgeleri, AusHFG, Dubai Health Facility Guidelines, Design Code for General Hospitals (GB 51039-2014) (Çin), NHS - HBN serisi (İngiltere), ile Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı tarafından yayımlanan Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu ve benzeri standartlar, sağlık yapılarına özgü teknik, işlevsel ve operasyonel gereklilikleri ayrıntılı biçimde tanımlayarak tasarımcılara yol göstermektedir. Söz konusu belgeler; birimlerin minimum alan gereksinimlerinden, birimler arası ilişkilere, hijyen ve enfeksiyon kontrolüne yönelik çözümlerden, kullanıcı sirkülasyonu ve acil müdahale hatlarına kadar birçok kritik konuda evrensel ölçütler sunmaktadır. Dolayısıyla bu evrensel ölçütlerin, hizmet kalitesi ve hasta güvenliğini artırmakla birlikte uluslararası geçerliliğe sahip bir sağlık mimarisi üretimini mümkün kıldığını söylemek mümkündür. Bu yönüyle standartların, sağlık yapılarında tasarım hatalarından kaynaklanabilecek olası sistemsel ve toplumsal kayıpları azaltmaya yönelik önemli bir güvenlik ağı işlevi gördüğü ifade edilebilir. Sağlık yapılarında standartların, hem bir güvenlik ve kalite teminatı hem de mimari üretim üzerinde etkili olan yönlendirici araçlar olduğu söylenebilir. Ancak bu belgelerin mutlak ve değişmez yapılar olarak değil, eleştirel bir gözle değerlendirilmeye açık araçlar olarak ele alınması; mimarlığın yaratıcı, bütüncül ve insan odaklı yönüyle buluşması açısından önem taşımaktadır.

1.2. Kuramsal Çerçeve

Mimarlık kuramının, yapı çevrenin yalnızca fiziksel ve teknik özelliklerini açıklamakla sınırlı olmayan; aynı zamanda bu çevrenin kullanıcı deneyimi, anlam üretimi, kültürel süreklilik ve toplumsal bağlam içindeki konumunu sorgulayan çok katmanlı bir düşünme alanı olduğunu söylemek mümkündür. Nitekim Hays (1998), mimarlık kuramını bir “aracılık pratiği” olarak tanımlamakta ve söz konusu aracılığın da, bir mimari yapının biçimsel çözümlemeleri ile onun toplumsal zemini ya da bağlamı arasındaki ilişkilerin kurulması olduğunu ifade etmektedir. Dolayısıyla mimari mekân, bu kuramsal çerçeve içerisinde yalnızca ölçülebilir ve programlanabilir bir düzenleme olarak değil, aynı zamanda insanın çevresiyle kurduğu ilişkiler, algısal deneyimler ve anlam üretim süreçleri üzerinden ele alınmaktadır. Bu nedenle mimarlık kuramları, mekânı farklı açılardan yorumlayan ve her biri belirli boyutları görünür kılan çeşitli yaklaşımlar geliştirmiştir. Bu kuramsal çeşitlilik, özellikle sağlık yapıları gibi yüksek düzeyde standartlara ve teknik gerekliliklere tabi olan yapı türlerinde daha da kritik bir önem kazanmaktadır. Sağlık yapılarında mekânsal organizasyon büyük ölçüde normatif

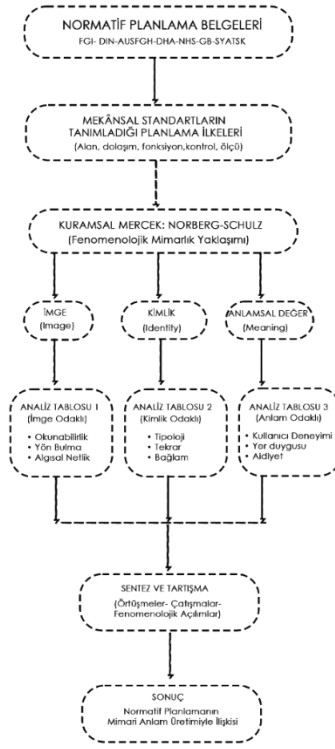
belgeler aracılığıyla tanımlanmakta; bu belgeler mekânı çoğunlukla işlev, güvenlik, hijyen ve verimlilik gibi ölçülebilir kriterler üzerinden ele almaktadır. Ancak mimarlık kuramlarının ortaya koyduğu çerçeve dikkate alındığında, mekânın yalnızca bu parametreler üzerinden tanımlanmasının, kullanıcı deneyimi, yer duygusu ve anlam üretimi gibi nitel boyutları ne ölçüde kapsayabildiği sorgulanabilir hâle gelmektedir. Pallasmaa (2018), yapıların teknik performansları, ölçüleri ya da biçimsel özellikleri bilimsel yöntemlerle incelenilebileceğini buna karşılık bir yapının insanda uyandırdığı anlam ve deneyimin ancak yaşanarak kavranabileceğini ifade etmektedir. Bu noktada mimarlık kuramları, normatif belgelerin mekânı nasıl tanımladığını ve hangi boyutları görünür kılıp hangilerini dışarıda bıraktığını değerlendirmek için önemli bir analitik araç sunmaktadır. Dolayısıyla bu çalışma, sağlık yapılarında kullanılan normatif tasarım belgelerini yalnızca teknik düzenlemeler olarak değil, aynı zamanda belirli bir mekân anlayışını yansıtan metinler olarak ele almakta ve bu metinleri mimarlık kuramları bağlamında eleştirel bir okumaya tabi tutmaktadır.

Christian Norberg-Schulz, mimari mekânı yalnızca fiziksel bir düzenleme olarak değil, insanın çevresiyle kurduğu varoluşsal ilişkinin mekânsal karşılığı olarak ele almaktadır (Norberg-Schulz, 1980). Schulz’a göre mimarlığın temel amacı, mekânı anlamlı kılan ve insanın dünyadaki varoluşunu destekleyen “yer”i kurmaktır. Bu bağlamda onun geliştirdiği fenomenolojik yaklaşım, mimari mekânın imge, kimlik ve anlamsal değer bileşenleri üzerinden değerlendirilmesine olanak tanımaktadır. Norberg-Schulz’ün mekânın fenomenolojik anlamına ilişkin yorumları, mimarlığın kültürel süreklilikler, deneyim, algı ve aidiyet üzerinden nasıl anlam ürettiğini görünür kılmaktadır. Özellikle modern ve normatif planlama anlayışlarının mekânı çoğunlukla soyut, ölçülebilir ve evrensel ilkelere indirgeme eğilimine karşılık, Norberg-Schulz’un mekânın bağlamsal özgünlüğünü, kimliğini ve anlamsal derinliğini vurguladığını söylemek mümkündür. Yer kavramının tarihsel kökenlerinden biri olan *genius loci* ise Antik Roma inancında her varlığın ve her yerin sahip olduğu koruyucu ruhu ifade etmektedir. Bu ruh, yerin özünü ve karakterini belirleyen, insanın onunla uyum içinde yaşamasını talep eden bir gerçekliktir. Norberg-Schulz (1980)’e göre mimarlığın görevi, bu yer ruhunu bastırmak ya da yok saymak değil; onu görünür kılmak ve insanın o yerle anlamlı bir ilişki kurmasını sağlamaktır. Bu bağlamda yer, soyut bir konumdan ziyade, maddi varlığı olan ve deneyim yoluyla kavranan somut bir “burada”dır. Norberg-Schulz (1980)’a göre yer, yalnızca mekânsal verilerle açıklanamaz; ancak bu veriler olmadan da tanımlanması mümkün değildir. Yer; görünüş (imge), karakter (kimlik), mekân ve yerin ruhu bileşenlerinden oluşur. Fiziksel özelliklerin ötesinde, yere yüklenen anlam ve duygular mekânın atmosferini ve yer duygusunu belirler. Schulz, yerin ruhunun gözlemciden bağımsız, mekâna içkin bir nitelik taşıdığını vurgular ve bu ruhun anlaşılmasını tanımlama ile yönelim kavramları üzerinden açıklar (Yıldız & Bala, 2022).

Norberg-Schulz’ün imge anlayışı, bu noktada normatif belgelerde hâkim olan temsil mantığına eleştirel bir perspektif sunmaktadır. Normatif diyagramlar, mekânı öncelikle kontrol edilebilir, tekrarlanabilir ve standartlaştırılabilir bir nesne olarak ele alırken; Norberg-Schulz (1980), imgenin ancak algı ve deneyim yoluyla anlam kazandığını ileri sürmektedir. Dolayısıyla Norberg-Schulz’ün imge anlayışının, imgeyi doğrudan yaşanan ve algılanan mekânla ilişkilendirerek, tasarlanan mekânın sınırlarını aşmayı hedeflediğini söylemek mümkündür. Bu bağlamda imge, normatif sağlık yapıları belgelerinde, mekânın işlevsel doğruluğunu garanti altına alan bir araç olarak kullanılırken; fenomenolojik mimarlık yaklaşımında, yerin deneyimsel bütünlüğünü kuran bir anlam taşıyıcısına dönüşmektedir. “Yer”i oluşturan diğer bir bileşen kimliktir. Bir varlığın kendine özgü özellikleri ve onu öne çıkaran nitelikler ile o varlığa ait belirleyici ve özgül veriler farklılıkları ifade ederken, benzerlikler ve ortak noktalar, bir varlığın neye, kime ve nereye ait olduğunun anlaşılmasını sağlamaktadır (Moazemi, 2018). Bununla birlikte Relph (1976), kimliğin süreklilik, bütünlük ve diğerlerinden ayırt edilebilirliğin yanında diğer şeylerle kurulan ilişkiye bağımlı olduğunu öne sürmektedir. Günümüzde tüketim kültürünün etkisiyle kentler ve mimari çevreler giderek “hazır tasarım çözümleri” doğrultusunda şekillenmekte ve bu durum, farklı coğrafyalarda ve kültürel bağlamlarda birbirine benzeyen mekânların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Emerce, 2015). Bu bağlamda kimliğin yalnızca bireysel ya da nesnel özelliklerinin toplamı olarak değil; farklılık ve benzerlik ilişkilerinin bir arada işlediği, süreklilik ve değişim arasında kurulan dinamik bir yapı olarak ele alınması gerekmektedir. Norberg-Schulz (1980)’ün yaklaşımında kimlik, yerin ayırt edici özelliklerini görünür kılan ve kullanıcıya aidiyet hissi sunan temel bir bileşen olarak ele alınmaktadır. Sağlık yapılarında kullanılan normatif belgeler incelendiğinde, mekânsal düzenlemelerin çoğunlukla standartlaştırılmış şemalar ve işlevsel gereklilikler üzerinden tanımlandığı; bu durumun ise mekânın özgün kimlik üretme potansiyelini sınırladığı görülmektedir. Bu çalışma, seçili normatif belgelerin sağlık yapılarında mekânsal kimliği nasıl ele aldığı ve hangi ölçüde görünür kıldığı, kuramsal çerçeve doğrultusunda tartışmaktadır. Mimarlıkta anlamsal değer ise, yalnızca fiziksel mekânsal düzenlemelerin ötesinde, insanın yer ile kurduğu çok katmanlı ilişki üzerinden şekillenir. Bu bağlamda “yer”in, salt bir konum değil; bireyin deneyimlediği, anlam yüklediği ve aidiyet geliştirdiği bir varoluş alanı olduğu söylenebilir. Norberg-Schulz’un Heidegger’in “mesken tutma (dwelling)” kavramından esinlenmesi, anlamsal değer oluşumunu açıklamak açısından temel bir kuramsal çerçeve sunmaktadır. Ona göre insanın yerle kurduğu ilişki iki temel psikolojik işlev üzerinden gelişir: Yönelim ve özdeşleşme (Norberg-Schulz, 1980). Yönelim, bireyin mekân içinde konumunu kavramasını sağlarken; özdeşleşme, o mekânın karakteriyle bütünleşmesini ve kendini “orada var” hissedebilmesini mümkün kılar. Bu iki işlevin birlikte gelişmediği durumlarda mekân, ya yalnızca işlevsel bir kullanım alanına indirgenir ya da yüzeysel bir deneyim sunar; ancak gerçek anlamda “yer” niteliği kazanamaz. Dolayısıyla anlamsal değer, mekânsal okunabilirlik ile duygusal ve varoluşsal bağın kesişiminde ortaya çıkar. Bu çerçevede, mimarlıkta yerin ontolojik önemi belirginleşir. Normatif çerçeveler, mekânı çoğunlukla fonksiyonel bileşenler ve performans kriterleri üzerinden tanımlar. Bu yaklaşım, mekânın “nasıl çalıştığı”na odaklanırken, “nasıl deneyimlendiği” ve “ne ifade ettiği” sorularını geri planda bırakır. Oysa bir mekânın “yer” haline gelebilmesi için, yalnızca fiziksel yeterlilik değil; tekrar eden deneyimler, sosyal ilişkiler ve hafıza yoluyla anlam kazanması gerekir (Auge, 2016). Bununla birlikte normatif belgelerin anlamsal değere tamamen kayıtsız olduğu da söylenemez. Okunabilirlik, erişilebilirlik ve mekânsal organizasyonun açıklığı gibi kriterler, bireyin yönelim kurmasını kolaylaştırarak anlamın oluşumu için bir zemin hazırlayabilir. Sonuç olarak anlamsal değer, mekânın yalnızca işlevsel yeterliliğiyle değil; kullanıcıda yönelim duygusu yaratması, aidiyet geliştirmesi ve hafıza ile ilişki kurabilmesiyle belirlenir.

2. Materyal ve Yöntemler

Bu çalışma, sağlık yapılarında kullanılan normatif tasarım standartlarının mimari mekânın fenomenolojik boyutları üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla nitel, kuram temelli ve karşılaştırmalı bir araştırma tasarımı benimsemektedir. Araştırmanın örneklemini, farklı coğrafi ve kurumsal bağlamları temsil eden yedi temel normatif belge oluşturmaktadır: Facility Guidelines Institute (FGI), DIN 13080, Australasian Health Facility Guidelines (AusHFG), Dubai Health Authority (DHA) Guidelines, GB 51039 (Çin), NHS Health Building Notes (İngiltere) ve Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları. Veri toplama süreci, bu belgelerin sistematik doküman incelemesine dayanmaktadır. Analiz birimi olarak, kullanıcı deneyimi açısından kritik öneme sahip üç temel mekânsal ölçek belirlenmiştir: Giriş ve resepsiyon alanları, hasta odaları ve bekleme alanları. Veri analizi, Christian Norberg-Schulz'un fenomenolojik yaklaşımına dayalı olarak geliştirilen “imge”, “kimlik” ve “anlamsal değer” temaları çerçevesinde yürütülen nitel içerik analizi ve karşılaştırmalı yorumlama tekniklerini içermektedir.



Şekil 1. Analiz Süreci Diyagramı.

Şekil 1’de araştırmanın kavramsal modeli sunulmaktadır. Uluslararası normatif planlama belgelerinde tanımlanan mekânsal standartlar, Norberg-Schulz’un fenomenolojik yaklaşımındaki imge, kimlik ve anlam kavramları üzerinden analiz edilmekte ve sağlık yapılarında standartların mekânın niteliksel boyutlarını ne ölçüde kapsadığı değerlendirilmektedir.

Normatif metinlerde yer alan mekânsal tanımlar, işlevsel gereklilikler ve tasarım kriterleri, bu temalar doğrultusunda kodlanarak değerlendirilmiş; elde edilen bulgular, tablolar aracılığıyla sistematik biçimde karşılaştırılmıştır. Çalışmada kullanılan değerlendirme ifadeleri (“güçlü”, “sınırlı”, “zayıf”, “bütüncül” vb.), nicel bir puanlama sistemine değil; normatif belgelerde fenomenolojik bileşenlerin görünürlük düzeyine dayalı yorumlayıcı bir analiz çerçevesine dayanmaktadır. Bu doğrultuda “güçlü” ifadesi, ilgili fenomenolojik bileşenin belge içinde doğrudan, sistematik ve tekrar eden biçimde tanımlanmasını; “sınırlı” ifadesi ise söz konusu bileşenin dolaylı, parçalı veya ikincil düzeyde ele alınmasını ifade etmektedir. “Zayıf” değerlendirmesi ise ilgili bileşenin büyük ölçüde dışlandığı ya da yalnızca işlevsel bağlam içinde dolaylı olarak yer aldığı durumlar için kullanılmıştır.

3. Bulgular

Bu çalışmada incelenen normatif planlama belgeleri, Christian Norberg-Schulz’un fenomenolojik yaklaşımı temel alınarak geliştirilen üç analitik tema (imge, kimlik ve anlamsal değer) çerçevesinde değerlendirilmiştir. Analizler, sağlık yapılarında kullanıcı deneyimi açısından kritik öneme sahip giriş ve resepsiyon alanları, hasta odaları ve bekleme alanları üzerinden yürütülmüştür. Elde edilen bulgular, normatif belgelerin mekânı hangi öncelikler doğrultusunda tanımladığını ve bu tanımların fenomenolojik açıdan hangi boyutları görünür kıldığını ya da dışarıda bıraktığını ortaya koymaktadır. Bulgular, öncelikle mekânsal imge, ardından mekânsal kimlik ve son olarak mekânsal anlam başlıkları altında sunulmakta; her tema kapsamında farklı normatif belgelerin yaklaşımları karşılaştırmalı olarak değerlendirilmektedir.

3.1. Normatif Belgelerde Mekânsal İmge

Hastanelerde artan mekânsal karmaşıklık, kullanıcıların çevreyi algılama ve anlamlandırma süreçlerini zorlaştırmakta, bu durum ise mekânsal okunabilirliği ve yön bulma performansını olumsuz etkilemektedir (Ge et al., 2026). Bu bağlamda imge, kullanıcıların mekâna ilişkin zihinsel temsillerini oluşturmaya yardımcı olan bir unsur olarak öne çıkmakta; açık, anlaşılır ve ayırt edilebilir mekânsal organizasyonlar kullanıcıların hastane çevresini daha kolay kavramasını sağlamaktadır. Aşağıda sunulan Tablo 1, giriş ve resepsiyon alanları, hasta odaları ve bekleme alanlarına ilişkin olarak ayrı ayrı oluşturulan üç analiz tablosunun birlikte değerlendirilmesi sonucunda elde edilen bulguların bütüncül bir özeti sunmaktadır. Söz konusu tablolarda, Norberg-Schulz’ün fenomenolojik yaklaşımı doğrultusunda mekânsal imge; okunabilirlik, yön bulma ve algısal netlik bileşenleri üzerinden incelenmiş, her bir normatif belgenin bu bileşenlere ne ölçüde karşılık verdiği ortaya konmuştur. Bu değerlendirmelerin sentezi olarak hazırlanan bu tablo, normatif belgelerde mekânsal imgenin farklı mekân türleri arasında nasıl dağıldığını ve hangi durumlarda güçlendiğini ya da zayıfladığını karşılaştırmalı olarak görünür kılmayı amaçlamaktadır. Bu yönüyle tablo, önceki analizlerin yorumlayıcı bir özeti niteliğindedir.

Table 1: Normatif Belgelerde Mekânsal İmgenin Mahallere Göre Bütüncül Değerlendirmesi.

İMGE (MEKÂNSAL OKUNABİLİRLİK- YÖN BULMA-ALGISAL NETLİK)			
Kılavuz	Giriş/ Resepsiyon Alanları	Hasta Odaları	Bekleme Alanları
FGI Guidelines	Teknik ve işlevsel yönlendirme ön plandadır, mekânsal imge ve algısal kimlik zayıftır.	Güvenlik, hijyen ve bakım süreçleri odak noktası olup mekânsal anlam ve kimlik üretimine yer verilmemektedir.	Kapasite, erişim ve dolaşım kriterleri ayrıntılı biçimde tanımlanmakta; ancak mekânsal bütünlük ve deneyimsel imge oluşturulmamaktadır.
DIN 13080	Teknik eşik vardır, yönlendirme işlevseldir. Algısal karakter yoktur.	Operasyonel düzen; mekânsal imge tanımlanmıyor.	İşleyiş ve hijyen odaklıdır. İmge yoktur.
AusHFG	Karşılama ve erişilebilir giriş vardır. Mekânsal imge güçlüdür.	Ev-benzeri ve kullanıcı odaklıdır. İmge kısmen güçlüdür.	Sosyal ve ilişkisel; renk, eşik ve landmarklarla oluşturulan imge oldukça güçlüdür.
DHA Guidelines	Mekânsal okunabilirlik, yön bulma ve erişilebilirlik güçlüdür; ancak standartlaşma nedeniyle özgün mekânsal imge sınırlıdır, derinlik sınırlıdır.	Doğal ışık, mahremiyet ve okunabilir planlama desteklenmektedir; ancak tipolojik tekrar mekânsal imgeyi sınırlandırmaktadır.	Yönlendirme, dolaşım ve erişim netliği güçlüdür; ancak operasyonel odak nedeniyle özgün mekânsal imge zayıftır.
GB-51039	Hiyerarşik yönlendirme ve ayrıntılandırılmış girişler sayesinde mekânsal okunabilirlik güçlüdür; ancak mekânsal imge oluşmaz.	Düzenli dolaşım, güvenlik ve standart oda organizasyonu mekânsal okunabilirliği desteklemektedir; ancak operasyonel yaklaşım nedeniyle özgün mekânsal imge sınırlı kalmaktadır.	Yönlendirme, dolaşım ve doğal aydınlatma desteklenmektedir; ancak mekânsal karakter büyük ölçüde hijyen ve operasyonel düzen üzerinden tanımlandığı için özgün imge zayıftır.
NHS HBN	Yönlenebilir ve stres azaltıcıdır; güçlü imge vardır.	Ev-benzeri ve iyileşme odaklıdır. Güçlü imge vardır.	Görsel süreklilik ve konfor vardır. İmge güçlüdür.
Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu	Araç-sedye odaklıdır. Operasyonel imge vardır.	Minimum alan ve donanım ön plandadır. İmgeden söz edilmez.	Dolaşım, erişim ve enfeksiyon kontrolü ön plandadır; mekânsal imge büyük ölçüde işlevsel netlik düzeyinde kalır.

Üç farklı mekânsal ölçek (giriş ve resepsiyon alanları, hasta odaları ve bekleme alanları) üzerinden gerçekleştirilen karşılaştırmalı analizler, normatif belgelerde “imge” bileşenlerinin sistematik ve bütüncül bir biçimde ele alınmadığını açıkça ortaya koymaktadır. Tüm kılavuzlarda yön bulma unsurunun belirli bir düzeyde var olduğu görülmekle birlikte, bu durum çoğunlukla işlevsel yönlendirme ve dolaşım organizasyonu ile sınırlı kalmakta; mekânsal okunabilirlik ise genellikle operasyonel gerekliliklerin bir yan ürünü olarak dolaylı biçimde ortaya çıkmaktadır. Buna karşılık algısal netlik bileşeninin büyük ölçüde ihmal edildiği, mekânın kullanıcı tarafından nasıl algılandığı, nasıl anlamlandırıldığı ve nasıl bütüncül bir imge olarak deneyimlendiğine dair ifadelerin çoğu belgede ya son derece sınırlı kaldığı ya da tamamen dışlandığı görülmektedir. Bu durum, özellikle FGI, DIN, GB ve Türkiye kılavuzlarında daha belirgin olup, söz konusu belgelerde mekânın ağırlıklı olarak teknik bir sistem ve işlevsel bir organizasyon şeması olarak ele alındığını göstermektedir. AusHFG ve DHA kılavuzlarında kullanıcı deneyimi ve ilk temas unsurlarına yönelik daha duyarlı bir yaklaşım görülsede, bu yaklaşım büyük ölçüde operasyonel çerçeve içinde kalmakta ve mekânsal imgenin fenomenolojik boyutuna dönüşmemektedir. Buna karşılık NHS kılavuzlarında, mekânın okunabilir, algılanabilir ve kullanıcı üzerindeki psikolojik etkileri dikkate alınan bir çevre olarak ele alındığı; imge bileşenlerinin daha bütüncül bir şekilde tanımlandığı görülmektedir. Bununla birlikte genel değerlendirme, normatif belgelerin büyük çoğunluğunda mekânın fenomenolojik anlamda güçlü bir “imge” üretmekten ziyade, kullanıcı akışını düzenleyen işlevsel bir sistem olarak kurgulandığını ve mimari mekânın algısal bütünlüğü ile anlam üretim kapasitesinin ikincil konumda kaldığını ortaya koymaktadır. Bu bulgular, Christian Norberg-Schulz’ün fenomenolojik mimarlık yaklaşımında imgeye atfedilen anlamla doğrudan bir karşılaştırma yapmayı mümkün kılmakta; imgenin normatif planlama belgelerinde nasıl indirgenmiş bir temsil rejimi içinde ele alındığını sorgulamak için kuramsal bir zemin oluşturmaktadır.

3.2. Normatif Belgelerde Mekânsal Kimlik

Tablo 2, normatif belgelerde mekânsal kimliğin nasıl kurulduğunu açık biçimde ortaya koyarken, bu kimliğin büyük ölçüde tipoloji ve tekrar üzerinden üretildiğini, buna karşılık bağlam bileşeninin çoğunlukla ikincil kaldığını göstermektedir. Giriş ve Resepsiyon Alanları, Hasta Odaları ile Bekleme alanları gibi farklı mekânsal ölçeklerde yapılan karşılaştırma, kimlik üretiminin tüm mekân türlerinde benzer bir mantıkla işlediğini; ancak bu mantığın çoğu durumda yerle ve kullanıcıyla kurulan ilişkiden ziyade standartlaşma ve kontrol üzerine kurulduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 2. Normatif Belgelerde Mekânsal Kimliğin Mahallere Göre Bütüncül Değerlendirmesi.

KİMLİK (TİPOLOJİ- TEKRAR-BAĞLAM)			
Kılavuz	Giriş/ Resepsiyon Alanları	Hasta Odaları	Bekleme Alanları
FGI Guidelines	Standartlaşmış tipoloji vardır. Tekrar güçlüdür, bağlam yoktur.	Klinik tipoloji mevcuttur. Tekrar güçlüdür. Bağlam yoktur.	İşlevsel tipoloji vardır. Tekrar var, bağlam yoktur.
DIN 13080	Teknik tipoloji vardır. Tekrar güçlüdür, bağlam yoktur.	Operasyonel tipoloji vardır. Tekrar güçlüdür, bağlam yoktur.	Tipoloji hijyen ve işleyiş odaklıdır. Bağlam yoktur.
AusHFG	Esnek ve kullanıcı odaklı tipoloji vardır. Tekrar ve bağlam yoktur.	Ev-benzeri tipoloji vardır. Tekrar var fakat bağlam yoktur.	Sosyal ve kullanıcı odaklı tipoloji vardır. Tekrar eder ancak bağlam sınırlıdır.
DHA Guidelines	Esnek ve kullanıcı odaklı tipoloji vardır. Tekrar vardır, bağlam sınırlıdır.	Düzenli ve konfor odaklı tipoloji vardır. Tekrar var, bağlam zayıftır.	Konfor ve erişim odaklı tipoloji vardır. Bağlam zayıftır.
GB-51039	İşlevsel ve yönlendirme odaklı tipoloji vardır. Tekrar güçlüdür, bağlam yoktur.	Modern hastane tipolojisi vardır. Tekrar güçlüdür, bağlam yoktur.	Standart dolaşım ve hijyen odaklı tipoloji vardır. Tekrar güçlüdür, bağlam yoktur.
NHS HBN	Hiyerarşik ve sistemli tipoloji vardır. Tekrar ve bağlam birlikte güçlüdür.	Ev-benzeri ve iyileşme odaklı tipoloji vardır. Bağlam güçlüdür.	Sosyal ve terapötik tipoloji vardır. Bağlam güçlüdür.
Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu	Operasyonel tipoloji vardır. Tekrar vardır ancak bağlam yoktur.	Standart hasta odası tipolojisi vardır. Tekrar güçlüdür; bağlam yoktur.	Kapasite odaklı tipoloji vardır. Tekrar var, bağlam yoktur.

FGI ve DIN 13080 belgelerinde mekânsal kimlik, güçlü bir biçimde standartlaştırılmış tipolojiler aracılığıyla tanımlanmakta ve bu tipolojiler farklı projelerde tekrar eden şemalar hâline gelmektedir. Bu yaklaşım, mekânsal süreklilik ve işleyiş açısından avantaj sağlasa da, bağlamın dışlanması nedeniyle kimlik üretimini sınırlı ve indirgenmiş bir düzeye taşımaktadır. Giriş mekânında kontrol ve yönlendirme, hasta odasında klinik düzen, bekleme alanında ise işlevsel kapasite gibi kriterlerin öncelik kazanması, mekânın bir “yer” olmaktan çok bir “işleyen birim” olarak ele alındığını göstermektedir. Türkiye’de geçerli standartlar da benzer bir eğilim sergileyerek, özellikle hasta odası ve bekleme alanlarında kimliği minimum alan, donanım ve kapasite gibi ölçülebilir parametrelere indirgemektedir. AusHFG ve DHA belgeleri ise bu teknik yaklaşım ile daha kullanıcı odaklı bir yaklaşım arasında konumlanmaktadır. Bu belgelerde tipoloji yalnızca işlevsel değil, aynı zamanda kullanıcı deneyimini gözeten bir çerçevede ele alınmakta; özellikle hasta odalarında ev-benzeri düzenlemeler ve bekleme alanlarında sosyal kullanım imkânları kimliğin daha nitelikli kurulmasına katkı sağlamaktadır. Ancak bu yaklaşım, bağlam bileşenini güçlü bir biçimde içermediği için mekânsal kimlik çoğu durumda “genelleştirilmiş kullanıcı deneyimi” düzeyinde kalmakta, yerel ve kültürel farklılıklarla derinleşmemektedir. Buna karşılık GB ve NHS belgeleri, mekânsal kimliği tipoloji, tekrar ve bağlamın birlikte ele alındığı bütüncül bir yapı olarak tanımlamaktadır. Bu belgelerde giriş mekânı yalnızca bir geçiş noktası değil, kullanıcıyı yönlendiren ve mekânsal süreklilik kuran bir eşik olarak ele alınırken; hasta odaları kullanıcı deneyimi, iyileşme süreci ve gündelik yaşam pratikleriyle ilişkilendirilmektedir. Bekleme alanları ise geçici mekânlar olmaktan çıkarak sosyal, algısal ve deneyimsel bir süreklilik içinde değerlendirilmektedir. Bu durum, kimliğin yalnızca tekrar eden tipolojik düzenler üzerinden değil, aynı zamanda mekânın yerle ve kullanıcıyla kurduğu ilişki üzerinden üretildiğini göstermektedir.

3.2. Normatif Belgelerde Mekânsal Anlam

Tablo 3, normatif belgelerde mekânsal kurgunun büyük ölçüde işlevsel performans ve operasyonel gereklilikler üzerinden tanımlandığını; buna karşılık kullanıcı deneyimi, yer duygusu ve aidiyet gibi fenomenolojik bileşenlerin sistematik biçimde geri planda kaldığını açık biçimde ortaya koymaktadır. FGI, DIN ve Türkiye örneklerinde üç mekân türünde de ortak olan durum, mekânın bir “yer” olarak değil, işleyen bir sistem parçası olarak ele alınmasıdır. Giriş, yalnızca akışı kontrol eden bir eşik; hasta odası, bakımın sürdürüldüğü teknik birim; bekleme alanı ise kapasiteye bağlı bir boşluk olarak tanımlanmakta, bu yaklaşım mekânın deneyimsel ve anlamsal boyutunu ortadan kaldırmaktadır. Bu nedenle bu belgelerde

Tablo 3. Normatif Belgelerde Mekânsal Anlamın Mahallere Göre Bütüncül Değerlendirmesi.

ANLAM (KULLANICI DENEYİMİ- YER DUYGUSU-AİDİYET)			
Kılavuz	Giriş/ Resepsiyon Alanları	Hasta Odaları	Bekleme Alanları
FGI Guidelines	Kullanıcı deneyimi, yer duygusu ve aidiyet oluşturulmaz. Yalnızca operasyonel gereklilikler vardır.	Klinik deneyim vardır ancak bu deneyim, yer duygusu ve aidiyet oluşturmaz.	İşlevsel bekleme alanı tanımlanır. Deneyim zayıftır; aidiyet oluşmaz.
DIN 13080	Teknik eşik vardır. Yer duygusu ve aidiyet yoktur.	Mekân operasyoneldir. Deneyim içermez.	Hijyen odaklı alan vardır. Deneyim yoktur.
AusHFG	Karşılama deneyim vardır. Yer duygusu ve aidiyet sınırlıdır.	Ev-benzeri deneyim sunar. Aidiyet ve yer duygusu zayıftır.	Sosyal deneyim vardır. Yer duygusu ve aidiyet güçlüdür.
DHA Guidelines	Anlaşılır ve konforlu deneyim vardır. Aidiyet güçlüdür.	Mahremiyet, doğal ışık ve psikolojik konfor iyileşme deneyimini desteklemektedir. Yer duygusu ve aidiyet oldukça güçlüdür.	Erişilebilir ve konforludur ancak yer duygusu ve aidiyet sınırlıdır.
GB-51039	Kontrollü ve yönlendirme odaklı kullanıcı deneyimi vardır; yer duygusu ve aidiyet zayıftır.	Güvenli ve düzenli kullanıcı deneyimi vardır; ancak yer duygusu ve aidiyet yoktur.	İşlevsel ve kontrollü bekleme deneyimi vardır; yer duygusu ve aidiyet oluşmaz.
NHS HBN	Stres azaltıcı ve yönlendiricidir. Güçlü aidiyet sağlar.	İyileşme odaklıdır. Aidiyet güçlüdür.	Süreklilik ve konfor sağlar. Aidiyet güçlüdür.
Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu	Giriş operasyoneldir. Kullanıcı deneyimi zayıftır.	Mekân minimum alan üzerinden kurgulanır. Aidiyet yoktur.	Kapasite alanı vardır. Deneyim yoktur.

aidiyet neredeyse tamamen yoktur ve yer duygusu üretilmemektedir. AusHFG ve DHA belgeleri, bu teknik yaklaşımı kısmen aşarak kullanıcı deneyimini görünür kılmaya çalışmakta; girişte karşılanma hissi, hasta odasında konfor, bekleme alanında sosyal kullanım gibi unsurları devreye sokmaktadır. Ancak bu iyileştirme, mekânın bağlamsal derinliğini kurmadığı için sınırlı kalmakta; kullanıcı mekânı deneyimler, fakat o mekâna ait hissetmez. Yani deneyim vardır, ancak bu deneyim kalıcı bir anlam üretmez. Buna karşılık GB ve özellikle NHS belgeleri, üç mekân türünde de fenomenolojik bileşenleri birlikte ele alarak belirgin biçimde ayrılmaktadır. Bu belgelerde giriş, yönlendiren ve karşılayan bir eşik; hasta odası, iyileşmeyi destekleyen bir yaşam alanı; bekleme alanı ise süreklilik ve psikolojik rahatlama üreten bir mekân olarak tanımlanmaktadır. Böylece mekân, yalnızca işlevini yerine getiren bir yapı olmaktan çıkarak kullanıcı ile ilişki kuran ve aidiyet üreten bir yer hâline gelmektedir.

4. Tartışma

Bu çalışma kapsamında incelenen normatif belgeler, sağlık yapılarında mekânsal düzeni güvenlik, hijyen, erişilebilirlik, dolaşım ve kapasite gibi ölçülebilir ve denetlenebilir kriterler üzerinden tanımlamaktadır. Bu yaklaşım, sağlık yapılarının işleyişine ilişkin teknik gereklilikleri karşılamak açısından gerekli olmakla birlikte, mekânın kullanıcı tarafından nasıl algılandığı, deneyimlendiği ve anlamlandırıldığı gibi nitel boyutları sınırlı biçimde ele almaktadır. Bu doğrultuda çalışma, normatif planlama yaklaşımının bu sınırlarını tartışmak amacıyla Christian Norberg-Schulz'ün fenomenolojik mimarlık yaklaşımına başvurmaktadır. Norberg-Schulz'a göre mimari mekân, yalnızca fiziksel bir düzenleme değil, aynı zamanda "yer" olarak deneyimlenen bir bütünlüktür. "Yerin ruhu" (genius loci) kavramı, mekânın imge, kimlik ve anlamsal değer bileşenlerinin bir araya gelmesiyle oluşur. Bu bağlamda imge, mekânın algılanabilirliğini ve yönlenebilirliğini; kimlik, mekânın bağlamla kurduğu ilişkiyi; anlamsal değer ise kullanıcının mekâna kurduğu deneyimsel ve duygusal bağ ifade etmektedir. Bu kuramsal çerçeve, tez kapsamında elde edilen bulguların yalnızca teknik değil, aynı zamanda fenomenolojik düzlemde de değerlendirilmesine imkân sağlamaktadır.

Aşağıda yer alan Tablo 4, giriş ve resepsiyon alanları, hasta odaları ve bekleme alanlarına ilişkin olarak gerçekleştirilen analizlerin sentezi niteliğindedir. Tablo, normatif belgelerin mekânsal üretimi imge, kimlik ve anlamsal değer bileşenleri üzerinden nasıl ele aldığını karşılaştırmalı olarak ortaya koymaktadır. Bu tablo, normatif belgeler arasındaki farklılıkların yalnızca mekânsal çözümlerden değil, aynı zamanda mekânın nasıl kavramsallaştırıldığından kaynaklandığını göstermektedir. Belgeler incelendiğinde, bazı yaklaşımların mekânı öncelikle kontrol, güvenlik ve işleyiş açısından ele aldığı; bazılarının ise kullanıcı deneyimini sınırlı ölçüde sürece dahil ettiği görülmektedir. Bu durum, normatif planlamanın homojen bir yapı olmadığını, aksine farklı öncelik sistemleri üzerine kurulu çok katmanlı bir yaklaşım içerdiğini ortaya koymaktadır. Ancak bu çeşitliliğe rağmen ortak olan nokta, mekânın büyük ölçüde önceden tanımlanmış davranış kalıplarını yöneten bir sistem olarak ele alınmasıdır. Bu bağlamda imge, kimlik ve anlamsal değer bileşenlerinin çoğu belgede bağımsız ve eş zamanlı çalışan bir bütün oluşturmadığı dikkat çekmektedir.

Tablo 4. Normatif Belgelerin Yerin Ruhu Bağlamında Karşılaştırmalı Değerlendirmesi.

Kılavuz	YERİN RUHU		
	İMGE	KİMLİK	ANLAM
FGI Guidelines	Teknik ve işlevsel yönlendirme ön plandadır; mekânsal imge ve algısal bütünlük zayıftır	Standartlaşmış klinik tipoloji güçlüdür; tekrar eden düzen vardır ancak bağlamsal ilişki kurulmaz.	Kullanıcı deneyimi işlevseldir; yer duygusu ve aidiyet oluşmaz.
DIN 13080	Teknik ve operasyonel okunabilirlik vardır; algısal karakter sınırlıdır.	Teknik ve hijyen odaklı tipoloji tekrar eder; bağlam yoktur.	Mekân operasyonel ve hijyen odaklıdır; deneyim ve aidiyet gelişmez.
AusHFG	Karşılayıcı, erişilebilir ve sosyal mekânsal imge güçlüdür.	Ev-benzeri ve kullanıcı odaklı tipoloji vardır; tekrar sürer ancak bağlam sınırlıdır.	Sosyal deneyim, yer duygusu ve aidiyet diğer kılavuzlara göre daha güçlüdür.
DHA Guidelines	Mekânsal okunabilirlik, yön bulma ve erişilebilirlik güçlüdür; ancak standartlaşma özgün imgeyi sınırlar.	Konfor ve düzen odaklı tipoloji vardır; tekrar sürer, bağlam zayıftır.	Kullanıcı deneyimi, mahremiyet ve psikolojik konfor desteklenir; aidiyet kısmen güçlenir.
GB-51039	Hiyerarşik yönlendirme ve düzenli dolaşım okunabilirliği destekler; ancak özgün mekânsal imge zayıftır.	Modern hastane tipolojisi ve tekrar güçlüdür; bağlamsal ilişki kurulmaz.	Kontrolü ve işlevsel kullanıcı deneyimi vardır; yer duygusu ve aidiyet sınırlıdır.
NHS HBN	Yönlendirici, iyileşme odaklı ve stres azaltıcı güçlü mekânsal imge vardır.	Ev-benzeri, terapötik ve kullanıcı odaklı tipoloji bağlamla birlikte güçlenir.	Güçlü kullanıcı deneyimi, yer duygusu ve aidiyet oluşturan en kapsamlı yaklaşım görülmektedir.
Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu	Operasyonel işleyiş ve erişim ön plandadır; mekânsal imge büyük ölçüde işlevsel netlik düzeyinde kalır.	Standart ve operasyonel tipoloji vardır; tekrar güçlüdür, bağlam yoktur.	Kullanıcı deneyimi sınırlıdır; mekân minimum gereklilikler üzerinden tanımlanır, aidiyet oluşmaz.

Mekânsal imge çoğunlukla yönlendirme ve organizasyon ile sınırlı kalırken, kimlik tipolojik tekrar üzerinden kurulmakta ve anlam ise bu iki bileşenin doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmamaktadır. Oysa fenomenolojik yaklaşıma göre bu üç bileşen birbirini besleyen ve birlikte işleyen bir yapı oluşturur. Tablo, normatif belgelerde bu ilişkinin kopuk olduğunu ve özellikle anlamın üretilmesi için gerekli olan bütüncül ilişki ağının kurulmadığını göstermektedir. Dolayısıyla burada ortaya çıkan temel mesele, normatif belgelerin neyi içerdiğinden çok, neyi sistematik olarak dışarıda bıraktığıdır. Kullanıcının mekânı nasıl hatırladığı, mekânda nasıl yön bulduğu, kendini o mekâna ait hissedip hissetmediği gibi sorular, mevcut standartların dışında kalmaktadır. Bu durum, sağlık yapılarında mekânsal deneyimin rastlantısal biçimde oluşmasına ve tasarımın bilinçli olarak yönlendiremediği bir alan hâline gelmesine neden olmaktadır. Tablo bu yönüyle yalnızca bir karşılaştırma değil, aynı zamanda normatif planlama yaklaşımının örtük sınırlarını görünür kılan bir okuma aracı olarak değerlendirilebilir.

5. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma kapsamında, ulusal ve uluslararası sağlık yapıları planlama standartları, mimari mekânın nasıl tanımlandığını ortaya koymak amacıyla karşılaştırmalı olarak incelenmiş; elde edilen bulgular, Christian Norberg-Schulz'un fenomenolojik mimarlık yaklaşımı doğrultusunda imge, kimlik ve anlamsal değer kavramları çerçevesinde değerlendirilmiştir. Giriş/ resepsiyon alanları, hasta odaları ve bekleme alanları üzerinden yürütülen analizler, normatif belgelerin mekânsal üretimi büyük ölçüde işlevsel, ölçülebilir ve tekrarlanabilir kriterler üzerinden tanımladığını açık biçimde ortaya koymaktadır.

Elde edilen bulgular, normatif belgelerde mekânsal imgenin çoğunlukla parçalı ve diyagramatik bir düzeyde kaldığını göstermektedir. Mekânlar, algısal bütünlük kuran deneyimsel yapılar olarak değil; işlevsel ilişkilerin düzenlendiği şemalar olarak ele alınmaktadır. Bu durum, özellikle FGI, DIN ve Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları örneklerinde belirginleşmekte; giriş, hasta odası ve bekleme alanı arasında süreklilik kuran bir mekânsal dilin oluşmadığı görülmektedir. Buna karşılık NHS ve kısmen GB belgelerinde mekânsal imgenin daha bütüncül biçimde ele alındığı ve kullanıcı yönelimini destekleyen bir yapı kazandığı tespit edilmiştir. Nitekim Kim vd., (2021), Birleşik Krallık'ta HBN rehberleri ile birlikte farklı değerlendirme araçlarının da geliştirildiğini; hasta ve çalışan deneyimi, çevresel kalite, yön bulma, gün ışığı, doğaya erişim ve psikolojik konfor gibi konuların tasarım sürecinin önemli bileşenleri hâline getirildiğini ifade etmektedir. Kimlik boyutunda ise normatif belgelerin büyük ölçüde tipolojik tekrar üzerinden çalışan bir sistem kurduğu görülmektedir. Mekânlar, farklı bağlamlara uyum sağlayan esnek yapılar olarak değil, standartlaştırılmış çözümler olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım, mekânsal süreklilik ve işleyiş açısından belirli avantajlar sağlamakla birlikte, bağlamsal farklılıkların ve yerel karakterin göz ardı edilmesine yol açmaktadır. Oysa Bu durum, sağlık yapılarında mekânsal kimliğin çoğunlukla genelleştirilmiş ve bağlamsız bir yapı hâline gelmesine neden olmaktadır. Bu noktada tipolojileştirici ve indirgemeci yaklaşımların oluşturduğu risklere karşı, düzenlemeleri belirli bir bağlam içerisinde yorumlayarak uygulayan ve her durumun kendine özgü özelliklerini ortaya çıkaran temel araç mimari tasarım olmalıdır (Badami, (2025). Anlamsal değer açısından değerlendirildiğinde ise normatif belgelerde en belirgin eksikliğin bu düzeyde ortaya çıktığı görülmektedir. Kullanıcı deneyimi, yer duygusu ve aidiyet gibi fenomenolojik bileşenler çoğu belgede ya hiç tanımlanmamakta ya da yüzeysel biçimde ele alınmaktadır. Özellikle bekleme alanları ve hasta odalarında mekân, kullanıcıyla ilişki kuran bir "yer" olmaktan ziyade, belirli işlevleri yerine getiren nötr alanlar olarak kurgulanmaktadır. Buna karşılık NHS belgelerinde mekânın iyileşme süreciyle ilişkilendirildiği, kullanıcı deneyiminin ve psikolojik boyutun dikkate alındığı daha bütüncül bir yaklaşımın benimsendiği görülmektedir.

Bu bulgular doğrultusunda, normatif planlama yaklaşımının mimari üretimi büyük ölçüde teknik doğruluk ve operasyonel verimlilik üzerinden tanımladığı; buna karşılık mekânın deneyimsel, algısal ve bağlamsal boyutlarını sistematik olarak ikinci plana ittiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum, sağlık yapılarında mekânın bir "yer" olmaktan uzaklaşarak, işleyen bir sistem bileşeni hâline gelmesine yol açmaktadır. Lahijani vd., (2026), Heideggerci fenomenolojik perspektiften mimari anlatıyı inceleyerek mimari deneyimin yalnızca işlevsel ve teknik unsurlarla açıklanamayacağını; kimlik, anlam, tarihsel süreklilik, duysal deneyim, kullanıcı-mekân etkileşimi, bağlamsal ilişkiler ve yaşam kalitesi gibi çok katmanlı bileşenlerden oluştuğunu ortaya koymuştur. Bu durum, sağlık yapılarında kullanılan normatif standartların çoğunlukla işlevsel, güvenlik ve performans odaklı kriterlere yoğunlaşırken mekânın fenomenolojik boyutlarını sınırlı ölçüde ele aldığı yönündeki eleştirileri desteklemektedir. Dolayısıyla normatif belgelerin, mimari üretimi yönlendiren güçlü araçlar olmakla birlikte, mimarlığın anlam üretme kapasitesini sınırlayan indirgemeci bir çerçeve sunduğunu söylemek mümkündür.

Sonuç olarak, bu çalışma normatif belgelerin mimari üretimi yalnızca teknik bir mesele olarak ele almasının yetersizliğini ortaya koymakta; sağlık yapılarının tasarımında fenomenolojik yaklaşımların dikkate alınmasının gerekliliğini vurgulamaktadır. Badami (2025), bir yerin veya çevrenin, anlamlı olarak deneyimlendiğinde, yani birey somut bir yere ait olduğunu hissettiğinde bir mesken haline geldiğini; mesken kavramının, birey ile yer arasında bütünsel bir ilişkinin gelişmesi olduğunu ifade etmektedir. Mimari mekânın yalnızca işleyen bir sistem değil, aynı zamanda deneyimlenen, algılanan ve anlam kazanan bir "yer" olduğu kabul edildiğinde, normatif planlama anlayışının yeniden düşünülmesi kaçınılmaz hâle gelmektedir. Mekânlar yalnızca fiziksel bileşenleriyle değil, aynı zamanda tarihsel, kültürel, sosyal ve duysal anlamlar taşıyan ilişkiler ağıyla karakterize edilmektedir. Bu bağlamda genius loci, mekânın maddi özelliklerinin yanı sıra deneyimsel ve sembolik boyutlarını da kapsayan bütüncül bir kavram olarak değerlendirilmektedir (Vecco, 2020). Bu durum, sağlık yapılarında normatif standartların ötesine geçen kimlik ve anlam boyutlarının önemini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte Lokas vd. (2023), genius loci ile tasarım yapmanın, bir yerin özgün niteliklerini ve karakteristik özelliklerini anlayarak bunları tasarım sürecine entegre etmeyi gerektirdiğini ifade etmektedir. Bu bağlamda tez, sağlık yapılarının planlanmasında imge, kimlik ve anlamsal değer bileşenlerini içeren daha bütüncül bir değerlendirme zemini önererek, mimarlık disiplini içinde eleştirel bir katkı sunmayı amaçlamaktadır.

Bu çalışma kapsamında elde edilen bulgular, sağlık yapılarının planlanmasına yön veren normatif belgelerin mekânsal üretimi büyük ölçüde işlevsel ve teknik parametreler üzerinden tanımladığını; buna karşılık deneyimsel ve anlamsal boyutların sınırlı kaldığını göstermektedir. Bu doğrultuda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Mevcut kılavuzlarda mekânsal düzenlemeler çoğunlukla ölçü, donanım ve işleyiş üzerinden tarif edilmektedir. Bu nedenle kullanıcı deneyimi, yer duygusu ve aidiyet gibi kavramların da açık biçimde tanımlandığı ve tasarım kararlarına yön verecek şekilde kılavuzlara dâhil edilmesi önerilmektedir.
- Tipolojik tekrarın bağlamsal esneklikle dengelenmesi: Standartlaşma, sağlık yapılarında işleyiş açısından önemli avantajlar sağlamakla birlikte, mekânsal kimliğin zayıflamasına yol açmaktadır. Bu nedenle normatif belgelerde, tipolojik kararların farklı kültürel, sosyal ve çevresel bağlamlara uyarlanmasına olanak tanıyan esnek çerçeveler geliştirilmelidir.
- Analizler, giriş mekânlarının çoğunlukla kontrol ve yönlendirme odaklı ele alındığını göstermektedir. Oysa girişler, kullanıcı ile yapı arasında ilk ilişkiyi kuran kritik mekânlardır. Bu nedenle giriş mekânlarının yalnızca

işlevsel bir geçiş alanı değil, kullanıcıyı karşılayan ve yönlendiren bir “yer” olarak tasarlanmasına yönelik ilkeler geliştirilmelidir.

- Hasta odalarının çoğu belgede teknik bir bakım birimi olarak tanımlandığı görülmektedir. Bu nedenle hasta odalarının, kullanıcı deneyimi, mahremiyet ve psikolojik iyileşme süreçlerini destekleyen mekânlar olarak yeniden ele alınması; ev-benzeri ve kullanıcı merkezli yaklaşımların güçlendirilmesi önerilmektedir.
- Bekleme alanları, normatif belgelerde yoğunlukla kapasiteye dayalı ve geçici mekânlar olarak ele alınmaktadır. Bu alanların sosyal etkileşim, yönlenme ve stres azaltma gibi işlevleri destekleyecek biçimde yeniden düşünülmesi; mekânsal deneyimin aktif bir parçası hâline getirilmesi gerekmektedir.
- Giriş, hasta odası ve bekleme alanları arasında çoğu belgede kopukluk olduğu görülmektedir. Bu nedenle normatif planlama yaklaşımında, farklı mekân türleri arasında algısal ve deneyimsel süreklilik kuran bütüncül tasarım ilkelerinin geliştirilmesi önem taşımaktadır.
- Mimarlık kuramları, mekânın yalnızca işlevsel değil, aynı zamanda anlamsal bir üretim olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle normatif belgelerin hazırlanma süreçlerinde kuramsal yaklaşımların dikkate alınması, daha nitelikli ve bütüncül mekânsal çözümlerin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.
- Bu çalışma, belge analizi üzerinden yürütülmüştür. Gelecek araştırmalarda, kullanıcı deneyimi odaklı saha çalışmaları, mekânsal gözlem ve kullanıcı geri bildirimlerine dayalı analizlerin yapılması; elde edilen bulguların farklı sağlık yapıları örnekleri üzerinden test edilmesi önerilmektedir.

Teşekkür

Bu çalışma kapsamında teşekkür edilecek herhangi bir kişi veya kurum bulunmamaktadır.

Finansman

Bu araştırma, kamu, ticari veya kâr amacı gütmeyen kuruluşlardan herhangi bir özel hibe almamıştır.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarlar, araştırmanın potansiyel bir çıkar çatışması olarak yorumlanabilecek herhangi bir ticari veya mali ilişki olmaksızın yürütüldüğünü beyan ederler.

Veri Erişilebilirlik Beyanı

Veriler talep üzerine sağlanacaktır.

Kurumsal Etik Kurul Onayı Beyanı

Bu çalışma insan katılımcılar, hayvanlar veya kişisel veri içeren herhangi bir araştırma sürecini kapsamamaktadır. Araştırma, yalnızca literatür kaynakları ve normatif belgelerin incelenmesine dayalı kuramsal bir çalışma niteliğinde olduğundan etik kurul onayı gerektirmemektedir.

CRedit Yazar Katkı Beyanı

Aylin Yıldız: Yazma – inceleme ve düzenleme, Görselleştirme, Metodoloji. Hasan Ünver: Denetim, Kaynaklar, Kavramsallaştırma.

Kaynaklar

- Augé, M. (2016). *Yok yerler* (T. Ilgaz, Çev.). İstanbul: Daimon Yayınları.
- Australasian Health Infrastructure Alliance. (n.d.). *Australasian health facility guidelines*. <https://healthfacilityguidelines.com.au/>
- Australasian Health Infrastructure Alliance. (n.d.). *AusHFG parts*. <https://healthfacilityguidelines.com.au/aushfg-parts>
- Badami, A. A. (2025). *Managing the image of the city in urban planning: Experimental methodologies in the colour plan for the Egadi Islands*. Urban Design International, 30, 21–36. <https://doi.org/10.1057/s41289-022-00200-1>
- Bernhardt, J., Lipson-Smith, R., Davis, A., White, M., Zeeman, H., Pitt, N., Shannon, M., Crotty, M., Churilov, L., & Elf, M. (2022). *Why hospital design matters: A narrative review of built environments research relevant to stroke care*. International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society, 17(4), 370–377. <https://doi.org/10.1177/17474930211042485>
- Dubai Health Authority. (2019). *DHA health facility guidelines: Part B – Health facility briefing & design—Planning preliminaries*. <https://www.dha.gov.ae/>
- Emerce, M. (2015). *Genius loci'nin yeniden değerlendirilmesi: Çevreye duyarlı mimaride yenileyici tasarım yaklaşımı* (Yüksek Lisans tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi (Türkiye)).
- Facility Guidelines Institute. (2018). *Guidelines for design and construction of hospitals* (2018 ed.). Facility Guidelines Institute.
- Ge, J., Yu, S., Zheng, S., Qiu, X., Wei, Z., Chen, J., & Luo, X. (2026). Outpatient spatial layout and wayfinding efficiency: Quantitative assessment and design implications for healthcare operations. *Results in Engineering*, 29, Article 109528. <https://doi.org/10.1016/j.rineng.2026.109528>
- Ghalehnoei, M. P., Massoud, M., & Yarmohammadian, M. H. (2022). *Presenting a conceptual model for designing hospital architecture with a patient-centered approach based on the patient's lived experience of sense of place in the therapeutic space*. Journal of Education and Health Promotion, 11, 188. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_629_21

- Hays, K. M. (Ed.). (1998). *Architecture theory since 1968*. MIT Press.
- Kim, Y., Lee, H., & Song, S. (2021). *Comparative study of hospital architecture design guidelines and frameworks for patient safety: Focused on the US and UK*. Journal of the Korea Institute of Healthcare Architecture, 27(3), 27–35. <https://doi.org/10.15682/jkiha.2021.27.3.27>
- Lahijani, S. N., Haghiri, S., Akbari, A., & Abdollahi, R. (2026). *Narrativity in contemporary architecture: A Heideggerian phenomenological reading*. Bagh-e Nazar, 23(154), 21–36. <https://doi.org/10.22034/bagh.2025.522717.5819>
- Lokas, I., Petrović, R., & Rakonjac, I. (2023). *The essence of place: Understanding genius loci through phenomenology*. In *On Architecture – Challenges in Design: Proceedings of the 11th International Conference* (pp. 215–224). STRAND – Sustainable Urban Society Association.
- Ministry of Housing and Urban-Rural Development of the People's Republic of China. (2014). *Code for design of general hospital (GB 51039–2014)*. China Architecture & Building Press.
- Moazemi, S. (2018). *Spatial identity and reflection of communal socialization on shopping areas in Turkey* (Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi).
- NHS England. (n.d.). *Health building notes*. <https://www.england.nhs.uk/estates/health-building-notes/>
- Norberg-Schulz, C. (1980). *Genius loci: Towards a phenomenology of architecture*. Rizzoli.
- Pallasmaa, J. (2018). *Architecture as Experience: The Fusion of the World and the Self*. Architectural Research in Finland, 2(1), 9-17.
- Relph, E. (1976). *Place and placelessness*. Pion.
- Selçuk, E. (2012). *Sağlık yapılarında tasarım yönetimine yönelik bir model önerisi* [A Model Proposal for Design Management in Healthcare Facilities] (Yüksek lisans tezi, Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi).
- Tekbiyık Tekin, B., & Dinciyurek, O. (2023). *Küresel Kuzeyin Ötesinde Kanser Hastaları İçin Daha İyi Bir İyileşme Ortamı Oluşturmak Amacıyla AEDET Hastane Değerlendirme Araç Setinin Kullanımının Araştırılması*. Binalar, 13 (10), 2588. <https://doi.org/10.3390/buildings13102588>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010). *Türkiye sağlık yapıları asgari tasarım standartları*. İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı.
- Usta, G. (2020). *Mekân ve yer kavramlarının anlamsal açıdan irdelenmesi*. [Examining Of The Concepts Of Space And Place In Terms Of Their Meaning] Turkish Online Journal of Design Art and Communication, 10(1), 25–30. <https://doi.org/10.7456/11001100/003>
- Vecco, M. (2020). *Genius loci as a meta-concept*. Journal of Cultural Heritage, 41, 225–231. <https://doi.org/10.1016/j.culher.2019.07.001>
- Yıldız, Ö., & Bala, H. A. (2022). *Genius loci: Towards the phenomenology of gated community*. DEPARCH Journal, 1(2), 55–72. <https://doi.org/10.55755/deparch.2022.11>