

**Bir Psikiyatri Hastanesinin Terapotik Ortamının
Sağlık alışanları ve Hastalar Tarafından
Değerlendirilmesi**

Leyla Toklu ağlıyan

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik
Bölümü Dalında Yüksek Lisans Tezi Olarak
Sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Temmuz 2019
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Refia Selma Görgülü
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Prof. Dr. Gülümser Kublay
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Gülümser Kublay

2. Doç. Dr. Hatice Bebiş

3. Yrd. Doç. Dr. Berna Arifoğlu

ÖZ

Bu çalışma KKTC’de bulunan bir psikiyatri hastanesinin terapotik ortamının sağlık çalışanları ve hastalar tarafından değerlendirilmesi amacıyla, kesitsel - tanımlayıcı araştırma tasarımına uygun olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, bir psikiyatri hastanesinde tam zamanlı çalışan sağlık çalışanları (40) ve yatılı tedavi gören iletişim kurabilen, ajite olmayan hastalar (43) olmak üzere toplam 83 kişi oluşturmuştur. Veriler, hastalar ve sağlık çalışanlardan tanıtıcı bilgi formu ve Servis Ortam Ölçeği kullanılarak, Mayıs-Ekim 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde hastaların ve sağlık çalışanlarının Servis Ortam Ölçeğinden aldıkları puanlara ait tanımlayıcı istatistikler Mann-Whitney U testi, iki grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların % 46.5’inin 51 yaş ve üzerinde olduğu, % 62.79’unun erkek, %46.5’inin akut-klinik serviste yattığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarının %52.5, 36-45 yaş grubunda, %70’i kadın olup, %50’si klinik serviste çalışmaktadır. Çalışma süreleri 16 yıl ve üzeri %37.5 olup %87.5’i hemşire, %12.5 doktor olarak görev yapmaktadır.

Bu çalışmada hasta ve sağlık çalışanlarının S.O.Ö alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasında, hastaların otonomi, düzen ve organizasyon, programın açıklığı, çalışanların kontrolü puanlarının yüksek olduğu, sağlık çalışanlarının ise düzen ve organizasyon, öfke ve saldırganlık alt boyutlarından aldıkları puanın yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık çalışanları ve hastaların düzen ve organizasyon alt boyutundan yüksek puan almaları her iki grubunda terapotik ortam oluşturmada istekli olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma sonucunda psikiyatri hastanesinin S.O.Ö puan ortalamalarının düşük olduğu ve terapotik ortam müdahalelerinin iyileştirilmesine gereksinim olduğu görölmüştür. Üç ana boyutun alt boyutlarının her iki grupta eğitimlerle desteklenmesinin hastalar ve sağlık çalışanları yönünden terapotik ortamı olumlu etkileyeceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri hastanesi, Terapotik Ortam, Psikiyatri Hastası, Sağlık Çalışanı

ABSTRACT

This study was conducted in accordance with the cross-sectional descriptor research design in order to evaluate the therapeutic environment of a psychiatric hospital in Turkish Republic of North Cyprus by health care providers and patients.

The sample of the study consisted of 83 people, 40 of them are working full-time in a psychiatric hospital as health care providers and 43 of them are non-agitated inpatient patients who are able to communicate.

The data was collected between May and October 2018 by having information form from health care providers and by using Service Environment Scale.

During the evaluation of the data, descriptive statistics of patients' and health care provider's points which were obtained from Service Environment Scale were evaluated by using Mann-Whitney U test while Kruskal Wallis H test was used to evaluate to compare two groups.

It would seem that 46.5% of the patients were at the age of 51 years and over, 62.79% of the patients were male and 46.5% were hospitalized in the acute-clinical service.

52.5% of health care providers are in the 36-45 age group, 70% are women and 50% work in the clinical service.

In this study it was concluded that when comparing the points which were obtained from the service environment scale sub-dimensions of the patients' and health care providers' the autonomy, organization and the clearness of the program, the control of the employees and the points were high, and the points of the health

care providers from the sub-dimensions of order and organization, anger and aggression were high.

Due to high points of health care providers and patients on order and organization sub-dimension suggest that the both groups are willing to create a therapeutic environment.

As a result of the study, it was seen that the average points of the service environment scale of the psychiatric hospital were low and therapeutic environment interventions needed to be improved.

It is suggested that supporting the sub-dimensions of the three main dimensions with trainings in both groups will affect positively the therapeutic environment for patients and health care providers.

Keywords: Psychiatric Hospital, Therapeutic Environmentet, Psychiatric Patient, Health Care Providers

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca ve tez çalışmamın tamamlanmasına kadar ki geçen süreçte, bilgi ve deneyim ve katkılarıyla mesleki ve akademik gelişimimi destekleyen danışman hocam Sayın Prof. Dr. Gülümser Kublay'a;

Bilgi ve desteğini her zaman aldığım Prof. Dr. Besti Üstün'e, Yrd.Doç. Dr. Gülten Sucu Dağ hocalarıma;

Yüksek lisans eğitim sürecimde her zaman destek aldığım Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı Prof. Dr Refia Selma Görgülü hocama;

Veri toplama sürecimde desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen B.R.S.H hastanesi; Başhekimine, Doktorlarına, Başhemşiresine, Poliklinik ve Servis Hemşirelerine, araştırmaya katılan hastalara;

Tez jürimde yer alan bilgi ve önerileri ile tez çalışmama katkıda bulunan Doç. Dr. Hatice Bebiş'e, Yrd. Doç. Dr. Berna Arifoğlu hocalarıma;

Tez sürecimde desteğini hiç esirgemeyen arkadaşım Dr. Emine Yağcı'ya;

Araştırmanın istatistiksel çalışmasının tamamlanmasında emeği geçen Sayın Sedat Yüce 'ye;

Tez çalışmam boyunca destek ve önerilerini esirgemeyen stresimi paylaşan değerli meslektaşlarım Hemşire Demet Erol'a, Zişan Pekri'ye, Beklem Tutkulu Uzcan 'a, Melahat Buldaç'a ;

Her zaman yanımda olan beni maddi manevi destekleyen, motive eden çok değerli aileme, eşime, kızlarım Irmak ve Nehir Çağlıyan'a teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vii
KISALTMALAR	xi
TABLO LİSTESİ	xii
ŞEKİL LİSTESİ	xiv
1 GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı	5
1.3 Araştırmanın Soruları	5
1.4 Tanımlar	5
2 GENEL BİLGİLER	7
2.1 Ruhsal Sağlık	7
2.2 Ruhsal Bozukluk	8
2.3 Psikiyatri Kliniklerinde Terapotik (Tedavi edici) Ortam	9
2.4 Terapotik Ortamda Bulunması Gereken Özellikler	13
2.4.1 Terapotik İletişim	13
2.4.2 Fiziksel Çevre	14
2.4.3 Terapotik Ortamda Güvenlik	15
2.4.4 Sorumluluk Alma	15
2.4.5 Uyulması Gereken Kurallar ve Normlar	16
2.4.6 Terapotik Ortam ve Hemşire	16
2.4.7 Terapotik Ortamı Yönetmede Psikiyatri Hemşiresinin Sorumlulukları	20

3 GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1 Araştırmanın Şekli.....	21
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri.....	21
3.3 Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	22
3.3.1 Araştırmanın Evreni.....	22
3.3.2 Araştırmanın Örnekleme	22
3.3.3 Araştırmanın Değişkenleri.....	23
3.3.3.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	23
3.3.3.2 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	23
3.4 Veri Toplama Araçları.....	23
3.4.1 Tanıtıcı Bilgi Formu ve Servis Ortam Ölçeği.....	23
3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	27
3.5 Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.6 Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.7 Araştırmanın Etik Boyutu	29
3.8 Araştırmanın Zaman Çizelgesi	30
4 BULGULAR	31
4.1 Hastalara İlişkin Bulgular.....	31
4.2 Sağlık Çalışanlarına İlişkin Bulgular	37
5 TARTIŞMA	45
5.1 Hastaların S.O. Ö'den Aldıkları Ortalama Puanlarının Tartışılması.....	45
5.2 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre S.O.Ö Aldıkları Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	47
5.3 Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre S.O.Ö Aldıkları Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	49

5.4 Sağlık Çalışanları ile Hastaların Aldıkları SOÖ Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması	52
6 SONUÇLAR VE ÖNERİLER	54
6.1 Sonuçlar	54
6.2 Öneriler	55
KAYNAKLAR	57
EKLER	69
Ek 1: Servis Ortam Ölçeği (S.O.Ö) Tanımlayıcı Özellikleri	70
Ek 2: SOÖ Form- R Cevap Kâğıdı	74
Ek 3: Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ)Form-R Cevap Anahtarı	75
Ek 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	76
Ek 5: Etik Kurulu İzni	78
Ek 6: Sağlık Bakanlığı İzni	79
Ek 7: Ölçek Sahibinden İzin	81

KISALTMALAR

ANA	Amerikan Hemşireler Birliği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
APNA	Amerikan Psikiyatri Hemşireler Birliği
BRSHH	Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
SOÖ	Servis Ortam Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=43)	31
Tablo 2. Hastaların S.O.Ö Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	32
Tablo 3. Hastaların Yaş Gruplarına Göre S.O.Ö Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	33
Tablo 4. Hastaların Cinsiyetlerine Göre S.O.Ö Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(N:43).....	34
Tablo 5. Hastaların Servislere Göre S.O.Ö. Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	35
Tablo 6. Hastaların Hastanede Kalış Süresine Göre S.O.Ö. Aldıkları ortalama Puanların Dağılımı	36
Tablo 7. Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı(n=40).....	37
Tablo 8. Sağlık Çalışanlarının S.O.Ö. Aldıkları Ortalama Puanların dağılımı(N=40)	38
Tablo 9. Sağlık Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre S.O.Ö. Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı (N=40)	39
Tablo 10. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyetlerine Göre S.O.Ö. Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı (N=43)	40
Tablo 11. Sağlık Çalışanlarının Servislere Göre S.O.Ö. Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı (N=43).....	41
Tablo 12. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Sürelerine Göre S.O.Ö Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı (N=43)	42
Tablo 13. Sağlık Çalışanlarının Görevlerine Göre S.O.Ö. Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı (N=43)	43

Tablo 14. Hastaların Ve Sağlık Çalışanlarının S.O.Ö. Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı (N=43).....	44
--	----

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Araştırma Planı ve Takvimi.....	30
--	----

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Son yıllarda psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığında bir artış gözlenmektedir. Geçmiş yıllarda daha alt sıralarda olan psikiyatrik hastalıkların daha üst sıralara çıktığı görülmektedir. Türkiye de psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı ve hastalık yüküne bakıldığı zaman psikiyatrik hastalıklar 2. sırada görülmektedir. Psikiyatri hastalarının önemli bir kısmının tedavisi hastanede yatarak yapılmaktadır (1,2).

Psikiyatrik hastalığı olan hastaların uzun süreli yatılı tedavi almalarını gerektiren durumlar vardır. Böyle durumlarda servis ortamı bireyin çevre güvenliğini, fiziksel konforunu ve günlük yaşam gereksinimlerini rahatça karşılayabilecek bir şekilde olmalıdır (3). Bireylerin hastaneye yatması kendi yaşam biçimlerinin değişmesine neden olmaktadır. Bu sebeple ideal bir servis ortamı ev ortamına yakın, kişilerin sosyal etkinliklerini destekleyici, toplumsal değerleri ile bireylerin benlik gücünü en yüksek düzeyde kullanmalarına imkan verecek ve terapötik ortam sağlayacak şekilde düzenlenmelidir (4,5).

Terapötik ortam, Bireyin psikiyatrik problemini fark etmesine ve iyileşmesine yardım etmenin yanında sosyal toplantıları, destekleyici niteliği ve toplumsal değerleri ile bireyin benlik gücünü en iyi şekilde kullanmasına fırsat veren bir ortamdır. Terapötik ortam psikiyatride yatan hastaların hastanede yatma sürecinden en iyi şekilde yararlanmalarını sağlayacak en önemli etkenlerden biridir (4,6).

Psikiyatri hastalarının tedavisini, psikiyatri hastanelerinin terapotik ortamları önemli ölçüde etkilemektedir. Psikiyatri hastanelerinin terapotik ortamı bireyin güvenlik, fiziksel rahatlık, günlük yaşam aktivitelerini rahatça sürdürebileceği şekilde düzenlenmelidir (3). Bireylerin hastaneye yatışları kendi yaşam alanından uzaklaşıp yabancı bir ortama gelmeleri yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (4). Terapotik ortamda, fiziksel ortamın yanı sıra hastanın mahremiyetini koruyacak bir alan sağlanmalıdır. Hastalar için ev atmosferi yaratılmalıdır. Etkili iletişim ve etkileşim için özellikle ortak yaşam, yemek ve aktivite alanları oluşturulmalıdır (7).

Psikiyatri hastalarının, tedavisinde psikiyatri hastanelerinin terapotik ortamlarının önemi tartışılmaz bir gerçektir. Kişilerin çevre ile olan ilişkileri davranışlarını etkilemektedir. Bu bağlamda, psikiyatri hastalarının tedavi edildiği servis ortamlarının da tedavi edici (terapotik) ortam özelliği taşıması önemlidir (8). Psikiyatri kliniklerinde terapotik ortam oluşturmanın amacı, hastaların temel ihtiyaçlarını karşılamak, hastaların kendilerini daha iyi ifade etmelerini sağlamak, hasta- personel arasındaki iletişimin güçlü olmasını sağlamak, problem olan davranışları kontrol edip, düzelmesini sağlamak, hastaların başka kişilerle ilişkilerini güçlendirmek ve stresle baş etme yöntemlerini öğretmektir.

Hastaların tedavi ve bakımıyla ilgilenen psikiyatri servisinde çalışan sağlık personelinin hastalara karşı tutumu, hasta ile iletişimi, buldukları servisin kurallarını uygulama şekilleri ve uyguladıkları klasik yöntemler hastaların tedavilerini etkilemektedir (9).

Hastalar, hemşirelerle birlikte problem çözme ve karar verme sürecine katılarak, aralarındaki iletişimi güçlendirmektedirler. Bu bağlamda hastalar kendi düşüncelerini, kararlarını rahatlıkla ifade edebilmelidirler. Bunun için hastalar sağlık

personeli tarafından, desteklenip teşvik edilmelidirler. Psikiyatri hastanelerinde servis ortamı hastaların kendilerine ve başkalarına zarar vermelerini önleyecek şekilde düzenlenmelidir. Özellikle tehlikeli eşyaların kontrolü çok önemlidir. Odalardaki camlar kırılmaz olmalı, pencereler düşmeyi engelleyici şekilde yarı açılır ya da açılmayacak şekilde olmalıdır. Ayrıca odalardaki hasta yatakları sabah olunca koltuk şekline çevrilebilen tarzda olursa yatak odası oturma odası şekline dönüştürülerek sosyal bir ortam sağlanmış olur. Masa, etajer gibi malzemeler ahşaptan olmalı, keskin köşeleri olmamalıdır (4,7,10).

Psikiyatri kliniklerinde, terapötik ortamın oluşturulması hemşirelerin sorumlulukları ve rolleri arasındadır (4,6). Ünsal ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı bir çalışmada; psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin sergiledikleri rollerin neler olduğuna dair görüşleri incelenmiştir. Psikiyatri hemşirelerinin daha çok psikofarmakolojik tedavi rollerini ve hasta bakım rollerini gerçekleştirdikleri ayrıca daha fazla yatılı hastaların gruplarında yer aldıkları ortaya çıkmıştır. Ünsal ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, hemşireler danışmanlık, eğitim, terapötik atılımlar, insan sağlığını koruyucu ve geliştirici olumlu girişimler, terapi ve araştırma rolleri gibi birçok görevi yapmadıklarını ifade etmiştir (11).

Psikiyatri hastanelerinde yatan hastaların ihtiyaçlarının belirlenmesinde ve tedaviye uyum sağlamalarının değerlendirilmesinde hemşirelerin gözlemleri büyük önem taşımaktadır. Hemşirelerin yürüttüğü grup çalışmaları, hastaların günlük yaşamlarına etkilerine yönelik düşüncelerini ifade eden hastalar; hemşirelerin gerçekleştirdiği bu etkinlikler sayesinde boş vakitlerini değerlendirdiklerini, birçok sorumluluk aldıklarını, el işi gibi yaratıcı alışkanlıklarının ve yardım etme duygularının geliştiğini ifade etmişlerdir (4). Ayrıca hemşirelerle hastaların

iletişimleri onların empati özelliklerini, bilgilerini, sorunlarla baş etme becerilerini geliştirdiğini ve sosyal ortamlarda kendilerini ifade edebilmelerini sağlamaktadır.

Kamışlı ve Daştan'ın 2008 yılında yaptığı bir araştırmada terapötik ortam kurallarına uygun olarak gerçekleştirilen hemşirelik uygulamaları tanıtılmış ve hastaların hemşirelik uygulamalarına dair görüşleri incelenmiştir. Hastalar kendi hemşirelerinden hastalıklarıyla ilgili daha fazla bilgi almak istediklerini ve bununla birlikte kısa süreli bile olsa bilgi almanın kendilerini memnun ettiğini ifade etmişlerdir. Hastalar hemşirelerin gerçekleştirdikleri etkinlikler sayesinde kendilerini evlerinde gibi hissettiklerini ve kendileri dışında başka bireylere yardım etme ihtiyaçlarının arttığını dile getirmişlerdir. Ayrıca hemşirelerin kliniğe ilk gelen hastalara yapmış oldukları etkinlikler sonucunda hastaların ortama ayak uydurmaları kolaylaşmış ve tedavi sürecine daha olumlu yaklaştıkları görülmüştür (12). Literatüre bakıldığı zaman sağlık çalışanları ve hastalar ile yürütülen çalışmalarda sağlık çalışanlarına verilen eğitimlerin ve ortamın yeniden düzenlenmesinden sonra hastaların terapötik ortam algılarının değiştiği, kısıtlanma oranlarının düştüğü, hastaların bakım memnuniyetlerinin yükseldiği, sosyal ortama hazır olduklarını ve yaşam kalitelerinin arttığını gösteren çalışmalara rastlanmaktadır (13,14,15,16,17,18,19,20). Tedavi ve bakımdan sorumlu psikiyatri sağlık çalışanlarının, hastalara olan davranışları, iletişimleri, servisteki kuralların uygulanış şekli tedavinin etkililiğini önemli derecede etkilemektedir (9).

Terapötik ortamın oluşturulması, Dünyada olduğu gibi Türkiye'de ve KKTC de modern psikiyatrinin temelini oluşturur (4). KKTC'de tek psikiyatri hastanesi olarak bulunan Lefkoşa Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları (BRSH) hastanesinin terapötik ortamının değerlendirilmesi ile ilgili herhangi bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Psikiyatri kliniklerinde yatılı tedavi gören hastaların tedavi

süreçlerini olumlu yönde etkileyen etkenlerden biri olan terapotik ortamın araştırıldığı bu çalışma farklı bakış açılarını ortaya koyarak iyileştirme çalışmalarına katkı verecek veriler elde edilmesi yönüyle önemli olacağı düşünülmektedir.

KKTC’de psikiyatri kliniklerinde olması gereken terapotik ortamın incelendiği bu araştırmada örneklem olarak hem hastalar, hem de sağlık çalışanları seçilmiştir. Hem hizmet alan hem de hizmet verenin bakış açılarının birlikte değerlendirilmesi araştırmanın güçlü yönü olarak değerlendirilmektedir. Bu araştırmanın KKTC’nin tek psikiyatri hastanesi olan Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nin terapotik ortamına ilişkin bilgilere ışık tutması beklenmektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, KKTC’de bulunan Lefkoşa Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinin terapotik ortamının sağlık çalışanları ve hastalar tarafından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.3 Araştırmanın Soruları

1. BRSH Hastanesinin terapotik ortamını sağlık çalışanları ve hastalar nasıl değerlendirmektedir?
2. Hastalar ve sağlık çalışanlarının tanıtıcı özelliklerine göre S.O.Ö ‘den aldıkları ortalama puanlar arasında fark var mıdır?

1.4 Tanımlar

Terapotik Ortam: Hastaneye yatışları kabul edilen bireylerin kısa zamanda sosyal yaşamlarına dönebilecek duruma gelmeleri için yardım eden, özgüvenlerini, benlik saygılarını ve diğer kişilerle olan ilişkilerini geliştiren, yeteneklerini arttıran, ideal ve aktif bir ortamdır (7).

Terapotik İletişim: Hastaların iletişim becerilerini geliştirmek, bireylerin davranışlarını anlamaya çalışmak, kişisel gücü geliştirmek ve yükseltmek amacı taşımaktadır, hastaların duygu düşünce ve deneyimlerini hedef almaktadır (21,22).

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Ruhsal Sağlık

Bugüne kadar ruh sağlığı terimini açıklamaya çalışan birçok teorisyen bulunmaktadır. Ancak ortaya atılan bu teorilerden birçoğu kişisel işlevleri ve boyutlarını ele almaktadır (7). Ruh sağlığı, bireyin kendisiyle, çevresini oluşturan bireylerle ve toplumla barış içinde olması, denge, uyum ve düzeni sağlayabilmek için olması gereken çabayı sürdürebilmesidir.

Ruhsal yönden sağlıklı bir insanda olması gereken özellikler;

1. Bireyin kendisiyle uyumlu olabilmesi,
2. Bireyin bulunduğu yakın ve uzak çevresi ile iletişim kurup sürdürebilmesi,
3. Birey insanları sevebilmeli ve kendisine gösterilen sevgiyi de değerlendirebilmeli,
4. Birey bağımsız olarak eylemler yapabilmeli kendi başına kararlar alıp uygulayabilmelidir,
5. Bireyin geleceğe yönelik hedefleri olmalı, gerçekleştirebilmek için çaba göstere bilmeli,
6. Bireyin kendisine güveni ve öz saygıya sahip olması gerekmektedir. (23)

Ruh sağlığı ile ilgili birçok tanım yapılmıştır. Black ve Anderson (2011) kesinliği olmayan ve bir duruma bağlı olarak geliştiğini ifade etmiştir. Ruhsal iyilik hali yaratıcı faaliyetlerde bulunmak, insanlar ile iletişim kurabilmek, hayatımızdaki değişimlere uyum sağlayabilmek, engellerle baş edebilmektir (7).

Bir başka tanımda ruh sağlığı ait olunan kültürle uyumlu, bireylerin yaşlarına uygun düşünmeleri, duygu ve davranışlar sergilemeleri, stres anında kendilerini yönetebilmeleri şeklinde ifade edilmiştir (7). Köknel ise ruh sağlığını, kişinin kendisiyle ve kendi çevresini oluşturan kişilerle, toplumla barış, denge ,düzen ve uyum sağlayabilmek için çaba sarf etmesi olarak tanımlamıştır (24).

Ruh sağlığı, erken çocukluktan lme kadar devam eden; düşünce, iletişim becerileri, öğrenme ve duygusal gelişimle süren kendine güven ile güçlenen süreci ifade eder. Birey yaşamı boyunca değişik mekanlarda aile ve yakın çevresiyle yaşadığı toplumda ve iş hayatında sürekli ve yoğun etkileşim içerisinde doyum olarak hayatını srdrebiliyorsa ruhsal yönden sağlıklı olarak kabul edilir (25).

2.2 Ruhsal Bozukluk

Günümüzde ruhsal bozuklukların görülme sıklığında artış olduğu gözlemlenmektedir. Bu hastalıklar toplumdaki dışlanma sebebi ile gizlenmekte ve zamanında teşhis konulamadığı için kalıcı hale gelmektedir(24,26).

Ruhsal bozuklukların sebebi; toplumların ve bireylerin kültürel farklılıkları kesin ve net bir ruhsal bozukluk tanımını güçleştirmektedir. Hastaların kültürel farklarına bakılmaksızın ruhsal bozukluk bireylerin olayları algılamaları ve bakış açıları ile ilişkilidir (7).

Ruh sağlığı bozulan kişilerin duygu, düşünce, ve davranışlarında farklı derecelerde tutarsızlık, yetersizlik, aşırılık, uygunsuzluk gibi özellikleri taşıması gerekmektedir;

Fakat bu özellikler kültürden kültüre ,toplumdan topluma değişebilmektedir. Bu özelliklerin sürekli ve yenileyici olması, bireyin kişiler arası ilişkisini bozması, verimli çalışmasını engellemesi bireyin ruh sağlığının bozulduğunun göstergesidir (27).

Bu alanda yapılan literatür çalışmalarına bakıldığı zaman, Elle'nin Norveç'te yaptığı bir araştırmada; ruhsal bozukluğu olan hastaların iyileşme süreçlerinde, bireysel, kültürel ve bağlamsal özelliklerinin önemli bir rol oynadığı belirlenmiştir (11).

Ruhsal bozukluk kavramı ile ilgili birçok tanım yapılmıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği, ruhsal bozukluğu, bireylerin psikolojik ve biyolojik olarak gelişiminde ortaya çıkan, davranışlarında ve duygularında ortaya koydukları tutumlardaki bozulmalar olarak ifade etmiştir (7).

Ruhsal bozukluk iç ve dış çevreden kaynaklanan stresörlere yerel ve kültürel normlara uyumsuz olan duygu ,düşünce ve davranışlarla kanıtlanan kişinin sosyal, mesleki, fiziksel davranışını engelleyen uyumsuz yanıt olarak tanımlanabilir (7).

DSÖ 2001 verilerinde milyonlarca insanın ruhsal, davranışsal ve nörolojik problemler yaşadığı belirtilmektedir (1). Türkiye de psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığı incelendiğinde nüfusun %18 inin hayatı boyunca bir ruhsal hastalık geçirdiği görülmektedir (1).

KKTC Sağlık Bakanlığı'nın Haziran ayı (2018) istatistik raporunda Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları hastanesinin poliklinik bölümünden hizmet alanların günde yaklaşık 57 hasta olduğu belirtilmektedir (28).

2.3 Psikiyatri Kliniklerinde Terapotik (Tedavi edici) Ortam

Geçmişte psikiyatri hastalarının tedavileri oldukça sağlıksız ortamlarda yürütülmekteydi. Bu ortamlar incelendiğinde; hastaların yapmaları gereken sorumluluklarından uzaklaştırılarak onlar için oldukça güç olan zorlayıcı, onları

korkutan ve kilitler altında bulunan olumsuz koşullara sahip servislerde yalnızlığa terk edildiği belirtilmektedir. Zaman zaman ise olumsuz davranışlara da maruz kalmaktaydılar. Bu ortamda hastalara uygulanan davranışlar sonucunda hastalarda öfkeli davranışlar görülüyordu. Bu öfkeyi dindirmek, onları rahatlatmak için ise birtakım sakinleştirici ilaçlar kullanılmaktaydı (29).

1700'lü yılların başında ilk kez "Moral Tedavi" 'den Pinel söz etmiştir. 1800'lü yılların başında ise Tuke hoşgörü, zamanı doğru kullanma, düzenli egzersiz, ev ortamı kavramlarını ifade ederek önemlerinden bahsetmiştir. 1900'lü yıllarda ise psikiyatrist Herman Simon ortam tedavisi yaklaşımı üzerinde durarak tanımlama yapmıştır (30).

Psikiyatri hastaları 2. Dünya Savaşı sonrası daha önem kazanarak toplumsal sosyal yardım almaya başlamışlardır. Bu konuda etkili olan uygulamalar, 1950 yılında bulunan ilaçlarla önem kazanmıştır. Hastaların bu ilaç tedavileri ile semptomlarının azalması ve olumlu sonuçlar ortaya konulması, ayrıca bu alanda eğitilmiş, uzman kişilerin de artmasıyla ekip çalışması ortaya çıkmıştır. 1953 yılında ise tedavi edici toplum kavramını ilk kez Maxwell Jones ortaya koymuştur (31).

Psikiyatri hastanelerinde terapötik ortam; hastaları iyileştirerek onları daha sağlıklı yapan, kendilerine olan güven ve saygı durumlarını güçlendirerek onları destekleyen, ayrıca en kısa zamanda onları tekrar sosyal hayatlarına döndürmeye yardımcı olan bir ortamdır (5).

Terapötik ortam sosyal ve fiziksel çevre koşulları ile hastalara etkili öğrenme ve sağlıklı davranışlar kazanmalarında etkilidir. Bireye ve etrafına farkındalık kazandırarak stres oluşturan olaylarla baş etmesine yardımcı olmaktadır. Hastaların öğrendikleri davranışları deneyimlemeleri için güvenli ortamı sunmaktadır (32,33,34,35).

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin tedavi süreçlerini geçirecekleri servisler oldukça önem taşımaktadır. Bu servislerde grup terapileri, psikososyal etkinlikler, aile iletişimleri, bireysel görüşmeler ve etkileşim grupları terapotik ortamda yapılacağı için bu hastaların tedavisinin de yapılacağı yerlerin terapotik ortam özelliği taşıması gerekmektedir. Ayrıca terapotik ortam hastaların etrafları ile olan ilişkilerini güçlendiren, sosyal yaşama uyumlarını arttıran, problem olan davranışlarının kontrol edilmesini sağlayan, temel ihtiyaçları karşılayabilen bir ortam olarak hastalara önemli katkılar sağlamaktadır(16).

Ortamdaki tüm kaynakların doğru, yerinde kullanılması ve hastalara yönelik düzenlenmesi onların rahatını sağlayacak şekilde olması önem taşımaktadır. Kişiler buldukları ortam ile etkileşim içerisinde. Bu etkileşim de kişilerin davranışlarını etkilemektedir. Bu açıdan bakıldığında zaman hastaların buldukları servis ortamlarının önemli olduğu ve tedavi edici bir özellik taşımaları gerekmektedir. Hastaların buldukları ortamın tedavi edici olması hem orada çalışanlar için etkili bir yöntem, hem de hastaların iyileşme süreçleri için olumlu bir etki yaratacaktır (15,16,36).

Yapılan araştırmalar psikiyatri hastanelerinden hizmet alan hastaların kendilerini anlamaya ve terapotik görüşme ihtiyaçlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (37,38). Terapotik ortam canlı ve hareketli bir ortamdır. Hasta kişilerin klinikte oldukları her an çok değerli ve önemlidir. Hastalar hem birbirleri ile hem de oradaki hemşireler ile sürekli iletişim içerisinde. Bu durum onlar için son derece önem taşımaktadır. Hastaların kurdukları bu iletişim onların kendilerine olan saygılarını ve güvenlerini arttırmaktadır. Tabi ki bu güven onların aralarında gerçekleştirdikleri bir takım etkinliklerle ve deneyimlerinin paylaşılmasıyla sağlanmaktadır (39).

Terapotik ortamın, amaçları şu şekildedir:

- Hastaların kendilerine olan değerlerini, saygılarını arttırmak, ayrıca özgüven duygularını kazanmalarına yardım etmek,
- Hastaları buldukları topluma kazandırarak, onların toplum içerisinde daha aktif ve etkili olmalarını sağlamak,
- Hastaların toplum içerisinde diğer bireylerle olan iletişim becerilerini
- geliştirmektir (32,40,).

Terapotik ortamda hastaların iyileşme süreçlerine katkıda bulunmak için birtakım faaliyetler gerçekleştirilmektedir. Bunlar;

- Öncelikle bu ortamda hastaların fiziksel ihtiyaçları büyük bir titizlikle karşılanmalıdır.
- Hastalar kendilerini ifade etmeleri, ihtiyaçlarını ve haklarını ifade edebilmeleri için cesaretlendirilip, yönlendirilmelidir.
- Hastalara gelebilecek her zarar engellenerek, hastalar korunmaktadır. Bu koruma doğrultusunda sadece gereken durumlarda kısıtlama gelmektedir.
- Hastaların sahip oldukları özel yetenekleri göz önünde bulundurularak onlara seçim hakkı verilmektedir.
- Hastalar ve sağlık personeli arasında karar vermenin anlamı ve önemi kavratılarak dengeli bir yöntem sunulmaktadır.
- Terapotik ortamda görevli sağlık personeli değişmeden sabit kalmaktadır.
- Hastalara yeni davranışlar kazandırmak ve modeller oluşturmak için terapotik ortam en uygun deneme ortamı olarak sunulmalıdır (32,40).

2.4 Terapotik Ortamda Bulunması Gereken Özellikler

2.4.1 Terapotik İletişim

Terapotik iletişim, hastaların iletişim becerilerini geliştirmek, bireylerin davranışlarını anlamaya çalışmak, kişisel gücü geliştirmek ve yükseltmek amacı taşımaktadır. Hastaların duygu, düşünce ve deneyimlerini hedef almaktadır (21,22).

Bireylerin birbirleri ile farkındalıkları ve birbirlerine yardım etme istekleri terapotik ilişki ile başlamaktadır. Hasta ve hemşirelerin iletişiminde de bu durum benzerdir. Terapotik ilişki hemşirelerin hastaları anlamaları ve onların ihtiyaçlarını karşılama istekleriyle başlar (41).

Sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki iletişim sonucunda hasta bireyin olumlu yönde gelişmesi beklenir. Ama bu iletişim profesyonel ve amaçlı olmadığında sağlık çalışanı ebeveyn, hasta ise çocuk rolünde kalmaktadır. Bu sebeble terapotik ortam oluşturulması için hasta bireyle bağımsız iletişim kurulmalıdır (42,43). Terapotik ilişkilerde hemşire ve hasta arasındaki görüşmenin bir amacı olmalıdır. Hasta ve hemşireler aralarındaki ilişkinin nasıl olacağına birlikte karar verirler. Genellikle belirlenen amaç, hastaların hayatlarında bazı değişiklikler getirmeli ve onları geliştirmeye yönelik olmalıdır. Problem çözme yöntemlerine uygun olmalıdır (32). Terapotik ortamda mutlaka olması gereken bir özellik tedavi edici iletişimdir. Hastalar ve hemşireler arasındaki iletişim güçlü olmalıdır. Hemşire hasta ile iletişime geçtiği zaman hastanın daha iyi hissetmesini ve güven duygusunun güçlenmesini sağlamalıdır. Hemşirelerin bu iletişim sırasında üç önemli noktaya dikkat etmesi gerekmektedir (44).

- Hemşire hastayı iyi anlayıp, iyi tanımalıdır.
- Hastanın bakım için gerekli olan ihtiyaçlarını belirlemelidir.
- Hemşire yaptığı bakımın amacına ulaşmalıdır.

2.4.2 Fiziksel Çevre

Hastaların hastalıkları ve hastaneye yatışları onlarda stres ve gerginliğe neden olur. Buldukları çevre onların hem hastalıklarını hem de tedavi süreçlerini etkilemektedir. Bu yüzden buldukları ortamın tedavi edici olması büyük önem taşımaktadır. Hastaların fiziksel, ruhsal ve toplumsal olarak iyi olması çevrenin düzenlenmesine ve bu düzenin sürdürülmesine bağlıdır. Bu konuda tedavi ekibi arasında sorumluluk ilk olarak hemşirededir (5,45).

Psikiyatri hastaneleri kişilere özel alanları barındırmalı ve başkalarıyla iletişime girebilmelerine olanak sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. Ayrıca bu kliniklerin buldukları bölgeye ait doğal güzellikleri gösterecek şekilde pencere ve camların düzenlenmesi gerekmektedir. Böylece hastalar ruhsal olarak sıkıntı ve streslerini en aza indirerek, kendilerini bir yere kapatılmış gibi değil de daha özgür hissedebileceklerdir. Klinik ortamın etkileşimini engelleyebilecek veya bireylere zarar verebilecek eşyalar bulunmamalıdır. Seçilen eşyalarla onlara rahat edebilecekleri, yaşadıkları ortama benzer bir alan oluşturulmalıdır (46).

Yüksek ses kişilerin algılarını etkileyen rahatsız eden ve uyarılmayı arttıran bir etkidir. Bu yüzden kliniğin çevresel şartlarının sürekli değerlendirilmesi gerekir (47). Sakin ve güvenli çevre psikiyatride büyük önem taşımaktadır (48).

Hasta odalarında kullanılan renkler sakinliği sağlamak için, odaların ışıklandırılması da buna katkı koymak amacıyla büyük önem taşımaktadır. Değişim sağlamak için ise odalarda takvim, saat, isim etiketleri ve renklerin kodlarını belirten bilgilerin olması olumlu olacaktır. Bunun yanında hemşirelerin odaları da tüm hastaların odalarını görebilecek noktada ve tedavi yapılan odaların otomatik kilitleme sistemi olması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca terapötik ortamda temel olan kuralların yazılı olduğu bir dökümanın da bulunması faydalı olacaktır (5).

2.4.3 Terapotik Ortamda Güvenlik

Terapotik ortamda en önemli noktalardan biri de güvenlidir. Hastaların hem fiziksel hem de psikolojik yönden zarar görmemelerini ifade etmektedir (5). Psikiyatride hastaların hastaneye zorla yatırılmaları, ilaç kullanımları, yapılan kısıtlamalar ve sınırlamalar, hasta istismarı ve ihmal edilmeleri, hastaların kendilerini ifade edememeleri, var olan haklarını savunamamaları gibi konular hastaların güvenlikleri açısından büyük önem taşımaktadır (49).

Hastaların buldukları servislerde kendilerine zarar vermelerini engelleyecek bir ortam olmalıdır. Tehlikeli olabilecek hiçbir nesne olmamalıdır. Odaların camları kırılmayan, pencerelerin düşmeyi engelleyecek şekilde yarı açılan olması, odalardaki eşyaların tahtadan olması ve sivri, kesebilen köşelere sahip olmamaları gerekmektedir. Ayrıca banyo ve tuvalette kaymayan terlik kullanılması ve hemşirelere ulaşabilmek için çağrı noktalarının olması gerekmektedir (50,51).

Güvenlik konusunda hemşirelerin dikkat etmesi gereken çok önemli bir nokta da intiharların engellenmesidir. Bunun için de intihar riski taşıyan hastaların önceden tespit edilmesi önem taşımaktadır. Hastaların iyi gözlemlenmesi gerekmektedir. Günlük aktivitelerini yapmayan, umutsuz, çaresiz duran, ölümle ilgili ifadeler kullanan ve duygu durumu çok üzgün iken aniden sebepsizce çok neşelenen hastalara karşı hemşirelerin dikkat etmeleri çok önemlidir. Hemşire bu gibi hastaların hayatta kalmalarını sağlamalı, onları koruyabilmeli, düzenli bir şekilde ilaç tedavisini yapmalı ve böyle risk taşıyan hastaları asla yalnız bırakmamalıdır (52).

2.4.4 Sorumluluk Alma

Hastaların tedavi süreçlerini olumlu etkileyen en önemli etkenlerden biri de sorumluluk almalarıdır. Hastalara mevcut durumlarına uygun olarak görev ve sorumluluk verilmeli ayrıca hemşireler tarafından da kontrol edilmelidir. Hemşireler

bu süreçte hastalara destek olmalıdırlar. Grup terapileri, toplantıları, el işi uğraş terapileri buna örnek olarak gösterilebilir (5,27,36).

2.4.5 Uyulması Gereken Kurallar ve Normlar

Psikiyatri hastanelerinde kurallar önemli bir destek unsurudur. Hastaların bu kuralları kabul etmelerinde hemşirelerin açıklamaları önem taşımaktadır.

Servis ortamları ile bu kurallara uyma arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır (53). Toplum içerisinde kolay yaşamayı amaçlayan sosyal davranışların kabul görenleri normlardır. Ancak hemşirelerin bilmesi gereken en önemli nokta ise her hastanın farklı ihtiyaçlarının olduğudur. Her hasta bireysel farklılıklarına uygun tedavi edilirse iyileşme süreçleri olumlu olur. Uygulanan disiplin kuralları temizlik ve kurulan düzen her hastanın ihtiyacına göre farklılık gösterebilmektedir (54).

2.4.6 Terapotik Ortam ve Hemşire

Hastalarla hemşireler arasındaki ilişkinin temel amacı tedavi süreci içerisinde hastaya faydalı olmak ve onlara yardım etmektir (55,56,57). Terapotik ortam kavramı bakım rolleri, eğitim, iletişim becerileri ile klinik içinde bağımsız etkileşim ortamını oluşturan demokratik olarak hemşirelerin rollerinin olumlu yönde etkilenmesine sebep olmuştur (58,59). Terapotik ortamı oluşturan ve primer sorumluluk alan kişiler hemşilerdir (4,5,60). Hastalara bu yardımı yaparken hemşireler bazı roller üstlenirler. Papeu hemşirelerin üstlendiği rolleri, hasta danışmanı, eğitici, lider, vekil olduğunu ifade etmiştir (2,61). Florance Nightingale ortam şartlarını kişilerin ihtiyaçlarına değiştirmiş ve hastaların bu yönde olumlu sonuçlar ortaya koyduğunu ve olumlu yönde etkilendiklerini ifade etmiştir (54,62).

Hemşireler hastaları belli zaman aralıklarında gözlemler ve hastalara zarar verebilecek her türlü eşyayı tespit ederek ortamdan uzaklaştırır (63,64). Böylece

hastalara daha iyi, fiziksel güvenliği olan bir ortam sağlayabilmektedirler (5,65). Terapotik ortam iyi düzenlenmezse ve kontrol edilmezse güvenlik açısından sorun yaşanabilmektedir. Hastalarda, travmalara ve ölümlere neden olabilmektedir (32).

Hemşireler buldukları servislerdeki terapotik ortamın yönetiminde, danışman, kaynak kişi ve eğitici rollerini yerine getirerek ulaşmayı hedefledikleri yere rahatça gelebilmekte ve en iyi bakımı sergileyebilmektedir. Gurup müdahaleleri psikiyatri hemşirelerinin bir başka uygulama alanıdır. Hemşirelerin hastaları gözlemleyerek takip etmeleri karşılıklı güven oluşturabilmelerini, grup toplantılarını ve terapilerini yürütebilmelerini sağlayabilmektedir (9). Terapotik ortam müdahalelerini hemşireler gerçekleştirebilmelerine rağmen çalışma yoğunlukları ve yeterli sayıda hemşirenin olmaması nedeniyle yapamamaktadırlar. Sonuçta hasta ihtiyaçlarının kurum ihtiyaçlarından sonra geldiği görülmektedir (11,63).

Hemşireler hastanelerde kesintisiz hizmet sunan meslek grubunu oluşturmaktadır. Hemşireler sağlık çalışanları ile hastalar arasında iletişimi ve işbirliğini sağlayarak terapotik bir ortam oluşturmakla görevlidir. Bu yönde herkes ortak bir amaca yönelik katkı koymalı, hastaları ve aileleri de bu sürece katmalıdır (15,16,48).

Skinner (1979), terapotik ortamda temel alınan önemli noktaları şöyle ifade etmiştir (32). Bireyin sahip olduğu sağlıklı yönleri tespit edilerek daha da geliştirilmelidir.

1. Bireylerin iyileşme süreçlerinde birbirleriyle olan iletişimi ve sosyal paylaşımı, etkileşimi terapotik ortam yardımı ile daha etkili olmaktadır.
2. Hastalar klinik ile ilgili sorunların çözümüne grup yaklaşımının dışında kişisel görüşlerini de ifade ederek katılırlar.

3. Hastaların tedavi sürecinde yaptıkları davranışlardan sorumlu olmaları sağlanır.
4. İstenilen davranışların kazandırılabilmesi için ortaya konulan akran baskısı etkili bir yöntem olarak kullanılır.
5. Bireylerin ortaya koydukları istenilmeyen davranışların yok edilmesi için gözlem yaparak bunlar üzerinde çalışırlar.
6. İstenilmeyen davranışlar grup çalışmaları ile kontrol edilebilir. Bu davranışları ortadan kaldırmak için ceza ve kısıtlamalardan kaçınılmalıdır (65).

Psikiyatri hastalarının tedavilerinde de etkili olan psikiyatri hemşireliğinin tarihsel gelişimine bakacak olursak; psikiyatri hastalarının bakımını üstlenen hemşirelerin önceden eğitimsiz oldukları ve alanında yeterli olmadıkları görülmektedir. Bu yüzden ilk psikiyatri hemşirelik okulu Mc. Lean Hastanesi'nde kurulmuştur. Bu okulun kurulma amacı, hastaları bakımlarını iyileştirebilmek için çalışanların becerilerini geliştirmektir. Daha sonra bu yönde eğitim veren birçok okul ve eğitim merkezi açılmıştır (16).

Terapotik ortamın oluşturulma ve sürdürme becerileri psikiyatri hemşireliği uygulamalarında hemşirelik uygulamaları temel alınarak oluşturulmuştur (5).Amerikan hemşireler derneğinin (ANA) hemşirelik uygulamalarına ilişkin standartlarında; hemşirelik girişimleri hastanın sağlık düzeyinin en yüksek seviyeye çıkmasına yardım ettiği belirtilmektedir (66). Amerikan psikiyatri hemşireliği birliğinin (APNA) uygulama standartlarında ise; Psikiyatri ruh sağlığı hemşiresi hastanın sağlığı ya da durumuna uygun olan kapsamlı verileri topladığı, verilerini analiz ettiği, hastaya ve duruma özgü bireyselleştirilmiş bir plan için beklenen sonuç kriterlerini belirlediği, sonuç kriterlerine ulaşmak için stratejiler ve

alternatifleri reçeteleyen bir plan geliştirdiği ve belirlenen planı uyguladığı belirtilmiştir (67).

KKTC Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Yasası'nda hemşirelerin;

Hastanın servise kabulü ve uyumunu sağlamak, kapsamlı değerlendirmesini yapmak, Hemşirelik öyküsünü almak, (gözlem, dinleme, ölçüm, kayıt v.b.) yollardan hasta ile ilgili veri toplamak, hastanın yaşam bulgularını ve genel durumunu hemşirelik formlarına kaydetmek;

Hemşirelik ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği yaparak hasta bakım planını hazırlamak, amacına uygun ve doğru olarak uygulamak veya uygulanmasını sağlamak;

Hastanın taburcu olması veya başka bir bölüme nakli isteniyorsa ilgili birim ile iletişim kurmak, güvenli biçimde taşınmasını sağlamak, hastanın taburcu edilmesi için yakını yoksa refakat edecek personeli görevlendirmek;

Teslim saatinde narkotik ilaçları sayarak teslim almak ve vermek, ilaçların güvenli saklanması sağlamak;

Acil malzemelerin daima kullanımına hazır tutulmasını sağlamak, şeklinde servis düzeninin sağlanması, hastaya planlı bakımın verilmesi ve terapötik iletişim kurulmasına yönelik görev ve sorumluluklar yer almaktadır (68).

Tüm bu görev ve sorumlulukları yerine getirirken psikiyatri hemşiresinin genel amacı, hastanın toplumda verimli bir yaşam sürdürebilmesi için ona destek olma, var olan potansiyellerini arttırmalarına teşvik etmektir(23).

2.4.7 Terapotik Ortamı Yönetmede Psikiyatri Hemşiresinin Sorumlulukları

Psikiyatrik problemi olan hastalar için; Terapotik ortam oluşturma ve yürütme psikiyatri hemşirelerinin yetki ve sorumlulukları arasında yer almaktadır. Hemşireler bilgi ,beceri ,eğitim ve deneyimleriyle gelişmeleri sürekli takip etmelidir.

Psikiyatri hemşireleri klinik uygulama standartlarına göre ; hasta ve ailesinden bilgi toplama, hastanın tepkilerine göre problem saptama, tanımlama, planlama yapma, uygulama, sonuçları değerlendirme hasta ve ailesine danışmanlık, sağlık eğitimi verme, servis genel düzeninin sağlanmasına yönelik sorumlulukları ve hastanın kendi kendine bakım aktivitelerine katılımına teşvik ve terapotik ortam tedavisi sağlamakla yükümlüdürler (16).

Psikiyatri hemşireleri hastalarla 24 saat zaman geçiren meslek grubunu oluşturmaktadırlar. Psikiyatri hemşireleri terapotik ortamın oluşturulmasında, yönetilmesinde ve yürütülmesinde aktif rol almaktadırlar. Terapotik ortam hemşirelerin bilgi beceri ve deneyimleriyle oluşmaktadır. Terapotik ortam, içten, güven verici psikolojik ve fizyolojik gereksinimleri karşılayacak şekilde düzenlenmelidir. Hasta ve hemşire işbirliği içerisinde problem çözme ve karar verme konularına katılır hasta ve hemşire arasında iletişim sağlanmalı hasta kendi kararlarını ve fikirlerini söyleyebilmesi için desteklenip teşvik edilmelidir(4,6). Psikiyatri hemşireleri terapotik ortamın güvenlik gereksinimini karşılamada sorumlu kişilerdir. Gerekli kontrolleri yaparak hastaların zarar görme riskini en aza indirmektedir (69). Psikiyatri hemşirelerinin terapotik ortam oluşturmaları ve serviste yürüttükleri bu etkinlikleri; hastaların kapsamlı ve bütüncül bakım almalarına, iyilik halinin artmasına, iyileşmenin hızlanmasına ve sağlık personelinde iş doyumunun artmasına tükenmişliğin ortadan kalkmasına olanak sağlamaktadır (16).

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli

Bu araştırma bir psikiyatri hastanesinin terapötik ortamının sağlık çalışanları ve hastalar tarafından değerlendirilmesi amacı ile kesitsel-tanımlayıcı araştırma tasarımına uygun olarak yürütülmüştür.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde ruh sağlığı hizmetleri, Sağlık Bakanlığına bağlı Lefkoşa Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi tarafından yürütülmektedir. Bu araştırma 20 Mayıs -20 Ekim 2018 tarihleri arasında Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmıştır.

Kıbrıs'ta akıl hastalarıyla ilgili ilk kurumsallaşma, Osmanlı Dönemi'nde (1571-1878) yılları arasında Lefkoşa'da bir şifahanenin açılmasıyla başlamıştır. Bu şifahanenin yerini 1912 yılında İngiliz Dönemi'nde (1878-1960) yılları arasında açılan Mental Hospital (Akıl Hastanesi) isminde yeni bir hastane almıştır. Türk cemaatine ait ilk akıl hastanesi, 1963 yılındaki toplumlararası çatışmaların hemen sonrasında Kıbrıs Cumhuriyeti Dönemi'nde (1960-1975) bir ilkokul binasında açılmıştır(70). Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 25 Haziran 1981 yılından beri adanın tek özel dal psikiyatri hastanesi olarak hizmet vermektedir. Hastane de 2018 yılı verilerine göre, 36 hemşire 13 doktor görev yapmaktadır. Hasta ziyaret saatleri, 12:00 -14:00-17:00-19:00 olarak günde iki kez düzenlenmiştir. Lefkoşa Burhan Nalbantoğlu Devlet hastanesi yanında bulunan tek katlı olan 180 yatak

kapasiteli olup yatılı hastaların bulunduğu üç servis (Akut-Klinik, Kronik, Hostel) ve poliklinik bölümü bulunmaktadır (71)

1:Akut-Klinik Servis: Akut ve ajite hastaların ilk olarak hastaneye yatılı kabul edildiği ve üç gün zorunlu yatış kuralının olduğu bir bölümdür. Kadın ve erkek olmak üzere iki koridordan oluşmaktadır.

2:Kronik Servis: Uzun süreli yatış gerektiren ve kendi öz bakım gereksinimlerini karşılayamayan hastaların kabul edildiği bölümdür. Kadın ve erkek olmak üzere iki koridordan oluşmaktadır.

3.Hostel Servis: Uzun süreli yatış alan hastaların ve bireysel gereksinimlerini yardımla, ve kendi başına karşılayabilen, ailelerinin yanına izinli gidip gelebilen hastaların kabul edildiği bölümdür. Kadın ve erkek olmak üzere iki koridordan oluşmaktadır.

Poliklinik bölümü : Erişkin bölümü ve Çocuk ergen poliklinik bölümü olmak üzere 2 bölümden oluşmaktadır. Hastaların ayaktan takip edildiği rutin kontrollerinin yapıldığı gerekirse yatış aldığı bölümdür (71).

Hastanede 24 saat kesintisiz üç vardiya şeklinde hizmet verilmektedir. Hemşireler, 07:00-14:00 -14:00-21:00-21:00-07:00 olmak üzere üç vardiya şeklinde çalışmaktadır (71).

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

3.3.1 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini BRSH Hastanesi'nde çalışan sağlık çalışanları olarak toplam 13 doktor, 36 hemşire ve 80 hasta oluşturmuştur.

3.3.2 Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış ancak araştırmanın yapıldığı dönemde 7 doktorun hizmet sürelerinin

dolması bir doktorun araştırmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle toplam 5 doktor, yine bir hemşirenin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle toplam 35 hemşire örneklem kapsamına alınmıştır. BRSH Hastanesinde hastaların büyük çoğunluğunun yaşlı, kronik, bilişsel yetileri azalmış ve mental retarde olması nedeniyle, bilişsel yeti düzeyi iyi iletişim kurabilen, yatışları üzerinden en az dört gün geçmiş 43 hasta örneklem kapsamına alınmıştır. Böylelikle toplam araştırma örneklemini 83 kişiden oluşmuştur.

3.3.3 Araştırmanın Değişkenleri

3.3.3.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Hasta ve sağlık çalışanlarının SOÖ den aldıkları alt ölçek puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.3.3.2 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Hasta ve sağlık çalışanlarının (sosyo-demografik) tanıtıcı özellikleri (cinsiyet, çalışma süresi, kalış süresi, yaşı, görevi, teşhisi, sağlık çalışanlarının hangi serviste çalıştığı, hastaların hangi serviste yattığı ,kişilerin bulunduğu serviste sağlık çalışanı veya hasta konumunda olması araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.4 Veri Toplama Araçları

3.4.1 Tanıtıcı Bilgi Formu ve Servis Ortam Ölçeği

Tanıtıcı bilgi formu hastalar ve sağlık çalışanlarının tanıtıcı bilgi formu olarak hazırlanmıştır.

- Hastaların tanıtıcı bilgi formu; hastaların yaşı, cinsiyeti, hastanenin adı, kaldığı servisin adı, ne kadar süredir hastanede kaldığı, hastalığının tanısını içeren 6 sorudan (Ek1).

- Sağlık çalışanlarının tanıtıcı bilgi formu; sağlık çalışanlarının, yaşı, cinsiyeti, hastanenin adı, çalıştığı servisin adı, ne kadar süredir çalıştığı ve görevlerini içeren 6 sorudan oluşmuştur (Ek1).

Servis Ortam Ölçeği, tedavi ortamının hastalar ve sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmesi amacıyla 1974 yılında R.H Moos tarafından geliştirilmiştir. S.O.Ö el kitabı olarak yayınlanmış, geçerlilik güvenilirliği ve Türkçe çevirisi Satı Bozkurt (1988) tarafından yapılmıştır. Servis ortam ölçeği hastalardan ve sağlık çalışanlarının bulunduğu ortama yönelik algısını ölçmektedir (57). (Ek.1)

*İlişki-Kişilik gelişimi- Sistemin İşleyişi olmak üzere 3 boyuttan ve 10 alt ölçekten oluşmaktadır. Terapötik ortamın değerlendirilmesi her biri 10 maddeden oluşan 10 alt ölçek toplamda 100 madde üzerinden yapılmaktadır (57).

- İlişki Boyutu: Katılım, Destek , Spontanlığı
- Kişilik Gelişimi: Otonomi, Pratik yönelim, kişisel sorun yönelimi ,öfke ve saldırganlık
- Sistemin İşleyişi: Düzen ve Organizasyon, Programın açıklığı, Çalışanların kontrolü olmak üzere 10 alt boyuttan oluşmaktadır.

SOÖ'nin üç formu bulunmaktadır (Bozkurt 1998). Bunlar:

1. Real Form (Form R): Hasta ve çalışanların var olan tedavi programına bakışını ölçmektedir.
1. Ideal Form (Form I): Hasta ve çalışanların ideal tedavi ortamları hakkındaki tercihlerini ölçmektedir.
2. Expectations Form (Form E): Kişilerin dahil oldukları bir tedavi programı hakkında tercihlerini ölçmektedir.(yanlış-doğru) cevap formatlı Servis ortam ölçeğinde, Doğru cevap (1),yanlış cevap (0) puan şeklinde puanlandırılmaktadır(57).

Ölçeğin toplam puanı ve kesme noktası yoktur. Cevap kağıdı ile cevap anahtarı karşılaştırılır doğru ve yanlış uyan cevaplar sayılır.

S.O.Ö (SP),(KSY),(ÖS) alt ölçeklerinin orijinal formunda 10 soru olmasına rağmen Türkçe çevirisinde 9 soru üzerinden değerlendirme yapılmaktadır. Spontanlıkta :93 kişisel sorun yöneliminde :96 öfke ve saldırganlıkta 97. Soru puanlamaya alınmamıştır (57).

Bozkurt 1998 yılında Servis Ortamı Ölçeğindeki boyutların ve alt ölçeklerin tanımını şu şekilde yapmıştır (57).

İlişki Boyutu: Programdaki kişiler arası ilişkilerin yoğunluğuna ve doğasına odaklanmaktadır (57).

1. Katılım (KA): Hastaların birbirleri ile ilişkisi dahilinde kişisel ve ortamın bir üyesi olarak günlük sürdürdükleri sosyal fonksiyonlarda ne kadar aktif ve enerjik olduklarının ölçümüdür. Genel heyecan, istek, ekip ruhu ve ortamdaki özgüvenleri saptamaktadır. KA alt ölçeğinin S.O.Ö'deki madde numaraları;1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, 91'dir. KA alt ölçeğinin güvenilirlik bulguları hasta için 78' sağlık çalışanı için 82dir (57, Tablo 31).

2. Destek (DE): Hastaların birbirlerine karşı ne kadar destekleyici ve yardımcı oldukları, çalışanların hasta gereksinimlerini ne kadar anladıkları, hastayı cesaretlendirmeyi ne kadar istediklerini ölçmektedir. DE alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82, 92'dir. DE alt ölçeğinin güvenilirlik bulguları hasta için 65 sağlık çalışanı için 60 'tır (57).

3. Spontanlık (SP): Ortamın hastaları ve çalışanları ne kadar açık davranmaya yönelttiği ve diğer hastalara ve çalışanlara duygularını ne kadar özgürce ifade edebildiklerini ölçer. SP alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 3, 13, 23, 33, 43,

53, 63, 73, 83, 93'dür. SP alt ölçeğinin güvenilirlik bulguları hasta için 55 sağlık çalışanı için 65 'tir (57).

Kişilik Gelişim Boyutu: Programda kişisel gelişimin ne kadar cesaretlendirildiği ile ilgilenir.

4. Otonomi (özerklik) (OT): Hastaların kendi kararlarını almada ne kadar özgüvenli ve bağımsız olduklarını, hastaların sorumluluklarını ve kendi yönetimini ne kadar istediklerini ölçer. OT alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, 94'dür. OT alt ölçeğinin güvenilirlik bulguları hasta için 55 sağlık çalışanı için 69 'dur.(57).

5. Pratik Yönelim (PY): Hastaların programdan ayrılmaya ve toplumsal yaşama ne kadar hazır olduklarını ölçer. PY alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, 95'dir. PY alt ölçeğinin güvenilirlik bulguları hasta için 59 sağlık çalışanı için 63' tür (57).

6. Kişisel Sorun Yönelimi (KSY):Hastaların duygularını ve kişisel problemlerini anlama çabaları ve bunları diğer hastalarla ve çalışanlarla konuşmaya ne kadar cesaretli olduklarını ölçer. KSY alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 6,16,26,36,46,56,66,76,86,96'dır. KSY alt ölçeğinin güvenilirlik bulguları hasta için 76 sağlık çalışanı için 78 'dir (57).

7. Öfke ve Saldırganlık (ÖS):Hastaların başka hastalarla ve ekiple tartışmaları, öfkelerini açıkça ifade etmeleri ve saldırganlık gösterme düzeylerini ölçer. ÖS alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, 97'dir. ÖS alt ölçeğinin güvenilirlik bulguları hasta için 76 sağlık çalışanı için 74'tür (57).

Sistemin İşleyişi Boyutu: Programın düzenliliğine, beklentilerin açıklığına, işleyişin kontrolü ve değişikliğe duyarlılığına odaklanır (57).

8. Düzen ve Organizasyon (DO):Ortamda düzen ve organizasyona ne kadar önem verildiğinin hasta ve çalışanlarca ifadesidir. DO alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88, 98'dir. DO alt ölçeğinin güvenirlilik bulguları hasta için 75 sağlık çalışanı için 82 'dir (57).

9. Programın Açıklığı (PA): Hastaların programın günlük işleyişini, bundan neler bekleyeceğini bilme düzeylerini ve ortamdaki kuralların ve işleyişin nasıl uygulanacağını anlama düzeylerini ölçer. PA alt ölçeğinin SOÖ deki madde numaraları; 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89, 99'dur. PA alt ölçeğinin güvenirlilik bulguları hasta için 59 sağlık çalışanı için 70'tir (57).

10. Çalışan Kontrolü (ÇK):Servis çalışanlarının hastaları gerekli kontrol altında tutmakta kullandıkları ölçütlerin derecesidir. ÇK alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100'dür. ÇK alt ölçeğinin güvenirlilik bulguları hasta için 59 sağlık çalışanı için 63 puan olarak belirlenmiştir (57).

Bu çalışmada ise Servis Ortamı Ölçeğine verilen yanıtların iç tutarlılığı Cronbach alfa testi ile test edilmiş olup, hastalar için hesaplanan Cronbach alfa sayısı 0.65 bulunurken, sağlık çalışanları için hesaplanan Cronbach alfa değeri 0.78 bulunmuştur (57).

3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

İlgili kurum ve kurul izinleri alındıktan sonra sağlık çalışanlarına ve hastalara araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarına aydınlatılmış onam formu verilmiş imzalatılarak geri alınmıştır. Daha sonra Tanıtıcı Bilgi Formu ve Servis Ortam Ölçeği verilmiş 30-45 dk sürede bireysel olarak yanıtlamış ve geri toplanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastalara önce aydınlatılmış onam formu imzalatılmış daha sonra Servis Ortam Ölçeği veri toplama formu yüz yüze görüşme tekniği ile ziyaretçi odasında , hastaların yemek ve oturma salonlarında olabildiğince sessiz ve birbirlerinden etkilenmemeleri için teker teker yönlendirme yapılmadan sorular araştırmacı tarafından okunmuş hastalar cevaplamıştır. Veri toplama aracı 45 dk içinde hastalara uygulanmıştır.

3.5 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada hastalardan ve sağlık çalışanlarından toplanan verilerin istatistiki açıdan özümlemesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 veri analizi programı kullanılmıştır.

Hastaların tanıtıcı ve hastalık özelliklerinin, sağlık çalışanlarının tanıtıcı ve mesleki özelliklerinin belirlenmesi için frekans analizi uygulanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen hasta ve sağlık alışanlarının Servis Ortamı Ölçeğinden aldıkları puanlara ait tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Araştırma hipotezlerinin test edilmesinde kullanılacak olan hipotez testlerini saptamak için Servis Ortamı Ölçeği puanlarının normal dağılıma uyumu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile test edilmiş ve normal dağılıma uyum göstermediği belirlenmiştir. Bu bulgu doğrultusunda hastaların ve sağlık alışanlarının Servis Ortamı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasında parametrik olmayan hipotez testleri kullanılmıştır. Hastaların ve sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre Servis Ortamı Ölçeği puanları Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Hastaların yaş gruplarına, hastanede yatış sürelerine ve servislerine, sağlık çalışanlarının yaş gruplarına, çalıştıkları servislere, çalışma sürelerine ve görevlerine göre Servis Ortamı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında

Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Ayrıca hasta ve sağlık çalışanlarının Servis Ortamı Ölçeği puanları Mann-Whitney U testiyle karşılaştırılmıştır.

3.6 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sonuçları 20 Mayıs ile 20 Ekim 2018 tarihleri arasında BRSH hastanesinde yatan, yatışları üzerinden 4 gün geçmiş, iletişim kurabilen ve tam zamanlı BRSH hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarına genellenebilir. Araştırmaya iletişim kuramayan, ileri yaşta, mental retardasyonu olan, akut ve ajite hastalar ile, araştırmaya katılmak istemeyen sağlık çalışanları araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.7 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın verilerinin toplanmasında kullanılacak olan geçerlilik güvenilirliği Prof. Dr. Satı Bozkurt tarafından yapılan S.O.Ö sahibinden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yürütülebilmesi için DAÜ Bilimsel Araştırma Yayın Etik Kurulundan KKTC Sağlık Bakanlığında ve BRSH Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır .Araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarına ve hastalardan (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu) ile yazılı izin alınmıştır.(EK:1,2,3,4,5,6,7)

3.8 Araştırmanın Zaman Çizelgesi



Şekil 1: Araştırma Planı ve Takvimi

Bölüm 4

BULGULAR

4.1 Hastalara İlişkin Bulgular

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=43)

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Yaş Grubu		
40 yaş ve altı	11	25.58
41-50 yaş arası	12	27.91
51 yaş ve üzeri	20	46.51
Cinsiyet		
Kadın	16	37.21
Erkek	27	62.79
Servis		
Akur-Klinik	20	46.51
Hostel Servis	13	30.23
Kronik Servis	10	23.26
Hastanede kalış süresi		
7 gün ve altı	14	32.56
8-29 gün arası	14	32.56
30 gün ve üzeri	15	34.88
Hastalık		
Şizofreni ve Psikotik bozukluk	22	51.17
Alkol ve madde bağımlılığı	9	20.93
Duygu durum bozukluğu	10	23.24
İntihar girişimi	2	4.66
Toplam	43	100,00

Tablo 1 incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan hastaların % 46.5'inin 51 yaş ve üzerinde olduğu, % 62.79'unun erkek, %46.5'inin klinik serviste yattığı görülmektedir. Hastaların yatış süresine bakıldığında hastaların %34.88'inin 30 gün

ve üzeri hastanede kaldığı en fazla şizofreni ve psikotik bozuklukla yattığı (şizofreni ve, psikotik bozukluk ,%51.17) olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Hastaların S.O.Ö Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Ana boyutlar ve Alt boyutlar	n	\bar{x}	S	Min	Max
İlişki					
Katılım	43	4,51	2,18	0	8
Destek	43	5,67	2,32	1	10
Spontanlık	43	5,09	1,81	0	8
Kişisel Gelişim					
Otonomi	43	3,14	1,64	0	7
Pratik Yönelim	43	4,81	1,67	2	8
Kişisel Sorun Yönelimi	43	3,60	1,73	0	6
Öfke ve Saldırganlık	43	4,19	1,69	1	8
Sistemin İşleyişi					
Düzen ve Organizasyon	43	6,84	2,26	1	10
Programın Açıklığı	43	6,47	2,21	2	10
Çalışanların Kontrolü	43	5,19	1,47	2	8

Tablo 2 incelendiğinde üç ana boyutun alt boyutlarına bakıldığında katılım alt boyutunda ortalama $4,51 \pm ss2,18$,destek alt boyutunda ortalama $5,67 \pm ss2,32$,spontanlık alt boyutunda ortalama $5,09 \pm ss1,81$, otonomi alt boyutunda ortalama $3,14 \pm ss1,64$, pratik yönelim alt boyutunda ortalama $4,81 \pm ss1,67$, kişisel sorun yönelimi alt boyutunda ortalama $3,60 \pm ss1,73$,öfke ve saldırganlık alt boyutun ortalama $4,19 \pm ss1,69$, düzen ve organizasyon alt boyutunda ortalama $6,84 \pm ss2,26$, programın açıklığı alt boyutunda ortalama $6,47 \pm ss2,21$,çalışanların kontrolü alt boyutunda ortalama $5,19 \pm ss1,47$ puan olarak belirlenmiştir.

Tablo 3. Hastaların Yaş Gruplarına Göre S.O.Ö Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

	Yaş Grubu	n	\bar{x}	S	X²*	P
Katılım	35 yaş ve altı	11	4,36	2,16	0,035	0,983
	36-45 yaş arası	12	4,58	1,93		
	46 yaş ve üzeri	20	4,55	2,42		
Destek	35 yaş ve altı	11	5,82	1,72	3,203	0,202
	36-45 yaş arası	12	6,50	2,20		
	46 yaş ve üzeri	20	5,10	2,59		
Spontanlık	35 yaş ve altı	11	5,36	1,63	0,291	0,864
	36-45 yaş arası	12	4,92	2,23		
	46 yaş ve üzeri	20	5,05	1,70		
Otonomi	35 yaş ve altı	11	3,55	2,16	0,939	0,625
	36-45 yaş arası	12	3,17	1,40		
	46 yaş ve üzeri	20	2,90	1,48		
Pratik Yönelim	35 yaş ve altı	11	5,27	1,79	3,972	0,137
	36-45 yaş arası	12	5,25	1,48		
	46 yaş ve üzeri	20	4,30	1,63		
Kişisel Sorun Yönelimi	35 yaş ve altı	11	3,73	1,49	0,139	0,933
	36-45 yaş arası	12	3,67	1,67		
	46 yaş ve üzeri	20	3,50	1,96		
Öfke ve Saldırganlık	35 yaş ve altı	11	3,82	1,89	0,719	0,698
	36-45 yaş arası	12	4,17	1,70		
	46 yaş ve üzeri	20	4,40	1,64		
Düzen ve Organizasyon	35 yaş ve altı	11	7,91	1,04	5,984	0,050*
	36-45 yaş arası	12	7,08	2,43		
	46 yaş ve üzeri	20	6,10	2,45		
Programın Açıklığı	35 yaş ve altı	11	7,36	1,75	2,929	0,231
	36-45 yaş arası	12	6,50	2,43		
	46 yaş ve üzeri	20	5,95	2,24		
Çalışanların Kontrolü	35 yaş ve altı	11	5,18	1,40	0,186	0,911
	36-45 yaş arası	12	5,08	1,73		
	46 yaş ve üzeri	20	5,25	1,41		

*(Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.) (X²=tablo değeri kullanılmıştır.)

Hastaların yaş gruplarına göre S.O.Ö aldıkları ortalama puanların dağılımı Tablo 3'te görülmektedir. Ölçeğin alt boyut dağılımına bakıldığında hastaların yaş gruplarında S.O.Ö aldıkları ortalama puanlara bakıldığında en yüksek ortalama puan düzen ve organizasyon alt başlığında olup ortalama 7.91, program açıklığında ortalama 7.36, destek alt boyutunda ise ortalama 6.50'dir. Diğer alt boyutlar birbirine

hemen hemen eşit olduğu için istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4. Hastaların Cinsiyetlerine Göre S.O.Ö Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(N:43)

	Cinsiyet	n	\bar{x}	S	Z*	P
Katılım	Kadın	16	5,44	1,71	-2,196	0,028*
	Erkek	27	3,96	2,26		
Destek	Kadın	16	5,25	2,29	-0,773	0,439
	Erkek	27	5,93	2,34		
Spontanlık	Kadın	16	5,44	1,63	-0,802	0,422
	Erkek	27	4,89	1,91		
Otonomi	Kadın	16	3,31	1,85	-0,383	0,701
	Erkek	27	3,04	1,53		
Pratik Yönelim	Kadın	16	5,25	1,53	-1,380	0,168
	Erkek	27	4,56	1,72		
Kişisel Sorun Yönelimi	Kadın	16	3,75	1,57	-0,155	0,877
	Erkek	27	3,52	1,85		
Öfke ve Saldırganlık	Kadın	16	3,94	1,61	-0,657	0,511
	Erkek	27	4,33	1,75		
Düzen ve Organizasyon	Kadın	16	6,38	2,03	-1,574	0,115
	Erkek	27	7,11	2,38		
Programın Açıklığı	Kadın	16	6,69	2,09	-0,369	0,712
	Erkek	27	6,33	2,30		
Çalışanların Kontrolü	Kadın	16	5,38	1,50	-0,732	0,464
	Erkek	27	5,07	1,47		

*(Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.)

Hastaların cinsiyetlerine göre S.O.Ö katılım alt boyutundan alınan ortalama puanlar tablo 4 de görülmektedir Kadınlarda(\bar{x} =5.44 \pm s 1.71) erkeklere nazaran daha yüksektir (\bar{x} =3.96 \pm s 2.26). Aradaki fark istatistiki yönden anlamlı bulunmuştur(p<0,05).Diğer alt boyutlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 5. Hastaların Servislere Göre S.O.Ö. Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

	Servis	n	\bar{x}	S	X^2^*	P	Fark
Katılım	Akut-Klinik	20	4,50	2,35	4,628	0,099	
	Hostel Servis	13	3,69	2,02			
	Kronik Servis	10	5,60	1,65			
Destek	Akut-Klinik	20	6,25	1,77	5,741	0,057	
	Hostel Servis	13	5,92	2,75			
	Kronik Servis	10	4,20	2,25			
Spontanlık	Akut-Klinik	20	5,10	2,17	0,646	0,724	
	Hostel Servis	13	4,85	1,63			
	Kronik Servis	10	5,40	1,26			
Otonomi	Akut-Klinik	20	3,05	1,82	0,199	0,905	
	Hostel Servis	13	3,23	1,59			
	Kronik Servis	10	3,20	1,48			
Pratik Yönelim	Akut-Klinik	20	4,85	1,79	1,259	0,533	
	Hostel Servis	13	4,46	1,39			
	Kronik Servis	10	5,20	1,81			
Kişisel Sorun Yönelimi	Akut-Klinik	20	3,30	1,89	1,978	0,372	
	Hostel Servis	13	3,54	1,66			
	Kronik Servis	10	4,30	1,42			
Öfke ve Saldırganlık	Akut-Klinik	20	3,70	2,03	3,148	0,207	
	Hostel Servis	13	4,62	1,61			
	Kronik Servis	10	4,60	0,52			
Düzen ve Organizasyon	Akut-Klinik	20	7,90	1,17	10,070	0,007*	1-3
	Hostel Servis	13	6,08	2,87			
	Kronik Servis	10	5,70	2,26			
Programın Açıklığı	Akut-Klinik	20	7,15	2,13	4,318	0,115	
	Hostel Servis	13	6,15	2,67			
	Kronik Servis	10	5,50	1,18			
Çalışanların Kontrolü	Akut-Klinik	20	5,00	1,45	1,254	0,534	
	Hostel Servis	13	5,15	1,57			
	Kronik Servis	10	5,60	1,43			

*p<0,05(Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.) (X^2 =tablo değeri kullanılmıştır.)

Tablo 5'te hastaların yattıkları servislere göre S.O.Ö. aldıkları ortalama puanların dağılımı gösterilmiştir. S.O.Ö. aldıkları ortalama puanlar sadece düzen ve organizasyon alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu (p<0,05). diğer boyutlarda ise fark olmadığı belirlenmiştir(p>0,05). Yapılan ileri analizde

aradaki farkın belirlenmesinde mann whitney u testi kullanılmıştır. Aradaki fark akut-klinik ve kronik servis arasında kaynaklanmaktadır.

Tablo 6. Hastaların Hastanede Kalış Süresine Göre S.O.Ö. Aldıkları ortalama Puanların Dağılımı (N=43)

	Hasta kalış süresi	N	\bar{x}	s	X²*	P
Katılım	7 gün ve altı	14	4,71	1,94	0,569	0,752
	8-29 gün arası	14	4,14	2,25		
	30 gün ve üzeri	15	4,67	2,41		
Destek	7 gün ve altı	14	5,79	2,52	0,395	0,821
	8-29 gün arası	14	5,36	2,82		
	30 gün ve üzeri	15	5,87	1,64		
Spontanlık	7 gün ve altı	14	5,07	2,02	1,324	0,516
	8-29 gün arası	14	4,79	1,63		
	30 gün ve üzeri	15	5,40	1,84		
Otonomi	7 gün ve altı	14	3,71	0,99	5,546	0,062
	8-29 gün arası	14	3,29	1,82		
	30 gün ve üzeri	15	2,47	1,81		
Pratik Yönelim	7 gün ve altı	14	4,93	1,64	0,706	0,702
	8-29 gün arası	14	5,00	1,52		
	30 gün ve üzeri	15	4,53	1,88		
Kişisel Sorun Yönelimi	7 gün ve altı	14	3,86	1,41	0,270	0,874
	8-29 gün arası	14	3,50	1,91		
	30 gün ve üzeri	15	3,47	1,92		
Öfke ve Saldırganlık	7 gün ve altı	14	3,86	1,66	0,510	0,775
	8-29 gün arası	14	4,43	1,91		
	30 gün ve üzeri	15	4,27	1,58		
Düzen ve Organizasyon	7 gün ve altı	14	6,43	2,41	0,994	0,608
	8-29 gün arası	14	7,07	2,37		
	30 gün ve üzeri	15	7,00	2,10		
Programın Açıklığı	7 gün ve altı	14	5,57	1,99	3,542	0,170
	8-29 gün arası	14	7,00	2,42		
	30 gün ve üzeri	15	6,80	2,08		
Çalışanların Kontrolü	7 gün ve altı	14	5,50	1,51	0,949	0,622
	8-29 gün arası	14	5,07	1,59		
	30 gün ve üzeri	15	5,00	1,36		

*(Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.)(X²=tablo değeri kullanılmıştır.)

Tablo 6’da görüldüğü gibi hastaların hastanede kalış sürelerinin S.O.Ö. aldıkları ortalama puanları ve alt boyut puanlarını etkilemediği görülmektedir (p>0,05).

4.2 Sağlık Çalışanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 7. Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı(N=40)

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Yaş Grubu		
35 yaş ve altı	11	27,5
36-45 yaş arası	21	52,5
46 yaş ve üzeri	8	20
Cinsiyet		
Kadın	28	70
Erkek	12	30
Servis		
Klinik (Akut)	20	50
Mavi Servis	9	22,5
Pembe Servis	11	27,5
Çalışma süresi		
10 yıl ve altı	12	30
11-15 yıl arası	13	32,5
16 yıl ve üzeri	15	37,5
Görev		
Hemşire / Sor. Hem.	35	87,5
Doktor	5	12,5
Toplam	40	100

Sağlık çalışanlarının tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 7’de görülmektedir. Tabloya bakıldığında sağlık çalışanları çoğunlukla 36-45 (%52.5) yaş grubundadır. Sağlık çalışanlarının %70’i kadın olup, %50’si klinik serviste çalışmaktadır. Çalışma süreleri 16 yıl ve üzeri %37.5 olup %87.5’i hemşire, %12.5 doktor olarak görev yapmaktadır.

Tablo 8.Sağlık Çalışanlarının S.O.Ö. Aldıkları Ortalama Puanların dağılımı(N=40)

	n	\bar{x}	S	Min	Max
İlişki					
Katılım	40	3,80	2,26	1	9
Destek	40	6,13	1,40	2	8
Spontanlık	40	4,90	1,66	2	7
Kişisel Gelişim					
Otonomi	40	2,15	1,17	0	6
Pratik Yönelim	40	4,80	1,87	2	8
Kişisel Sorun Yönelimi	40	4,78	1,97	2	9
Öfke ve Saldırganlık	40	5,50	1,32	3	8
Sistemin İşleyişi					
Düzen ve Organizasyon	40	5,65	2,34	1	10
Programın Açıklığı	40	6,15	1,99	3	10
Çalışanların Kontrolü	40	4,53	1,32	2	7

Sağlık çalışanlarının aldıkları ortalama puanların dağılımı Tablo 8’de görülmektedir. S.O.Ö üç ana boyutun alt boyutlarına bakıldığında katılım alt boyutunda ortalama $3.80 \pm ss2.26$, destek alt boyutunda ortalama $6,13 \pm ss1.40$, spontanlık alt boyutunda ortalama $4,90 \pm ss1.66$, otonomi alt boyutunda ortalama $2,15 \pm ss1.17$ pratik yönelim alt boyutunda ortalama $4,80 \pm ss1.87$, kişisel sorun yönelimi alt boyutunda ortalama $4,78 \pm ss1.97$, öfke ve saldırganlık alt boyutunda ortalama $5,50 \pm 1.32$, düzen ve organizasyon alt boyutunda ortalama $5.65 \pm ss2.34$, programın açıklığı alt boyutunda ortalama $6,15 \pm ss1.99$, çalışanların kontrolü alt boyutunda ise ortalama $4,53 \pm ss1.32$ puan alınmıştır.

Tablo 9. Sağlık Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre S.O.Ö. Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı (N=40)

	Yaş Grubu	n	\bar{x}	S	X^{2*}	P
Katılım	35 yaş ve altı	11	2,73	1,42	3,451	0,178
	36-45 yaş arası	21	4,00	2,32		
	46 yaş ve üzeri	8	4,75	2,66		
Destek	35 yaş ve altı	11	6,27	1,01	0,223	0,894
	36-45 yaş arası	21	6,10	1,55		
	46 yaş ve üzeri	8	6,00	1,60		
Spontanlık	35 yaş ve altı	11	5,45	1,37	4,357	0,113
	36-45 yaş arası	21	4,38	1,72		
	46 yaş ve üzeri	8	5,50	1,60		
Otonomi	35 yaş ve altı	11	2,18	0,98	0,834	0,659
	36-45 yaş arası	21	2,10	1,18		
	46 yaş ve üzeri	8	2,25	1,49		
Pratik Yönelim	35 yaş ve altı	11	4,45	2,11	0,749	0,688
	36-45 yaş arası	21	4,86	1,77		
	46 yaş ve üzeri	8	5,13	1,96		
Kişisel Sorun Yönelimi	35 yaş ve altı	11	5,36	2,34	1,572	0,456
	36-45 yaş arası	21	4,67	1,74		
	46 yaş ve üzeri	8	4,25	2,05		
Öfke ve Saldırganlık	35 yaş ve altı	11	5,27	1,56	1,491	0,474
	36-45 yaş arası	21	5,43	1,33		
	46 yaş ve üzeri	8	6,00	0,93		
Düzen ve Organizasyon	35 yaş ve altı	11	5,09	1,64	2,656	0,265
	36-45 yaş arası	21	5,86	2,20		
	46 yaş ve üzeri	8	5,88	3,48		
Programın Açıklığı	35 yaş ve altı	11	5,91	1,87	1,848	0,397
	36-45 yaş arası	21	6,52	1,91		
	46 yaş ve üzeri	8	5,50	2,39		
Çalışanların Kontrolü	35 yaş ve altı	11	4,45	0,82	0,050	0,975
	36-45 yaş arası	21	4,62	1,60		
	46 yaş ve üzeri	8	4,38	1,19		

*(Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.)

Tablo 9’da görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre SOÖ alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyetlerine Göre S.O.Ö. Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı (N=43)

	Cinsiyet	n	\bar{x}	s	Z*	P
Katılım	Kadın	28	3,54	1,95	-0,660	0,509
	Erkek	12	4,42	2,84		
Destek	Kadın	28	6,11	1,20	-0,442	0,659
	Erkek	12	6,17	1,85		
Spontanlık	Kadın	28	5,04	1,55	-0,647	0,518
	Erkek	12	4,58	1,93		
Otonomi	Kadın	28	2,07	0,98	-0,077	0,939
	Erkek	12	2,33	1,56		
Pratik Yönelim	Kadın	28	4,89	1,93	-0,374	0,709
	Erkek	12	4,58	1,78		
Kişisel Sorun Yönelimi	Kadın	28	4,79	2,17	-0,374	0,708
	Erkek	12	4,75	1,48		
Öfke ve Saldırganlık	Kadın	28	5,71	1,33	-1,609	0,108
	Erkek	12	5,00	1,21		
Düzen ve Organizasyon	Kadın	28	5,46	2,05	-0,928	0,353
	Erkek	12	6,08	2,97		
Programın Açıklığı	Kadın	28	5,96	1,82	-0,942	0,346
	Erkek	12	6,58	2,39		
Çalışanların Kontrolü	Kadın	28	4,54	1,17	-0,242	0,809
	Erkek	12	4,50	1,68		

*(Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.)

Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre S.O.Ö. aldıkları ortalama puanlarının dağılımı tablo 10'da görülmektedir. Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre SOÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11. Sağlık Çalışanlarının Servislere Göre S.O.Ö. Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(N=43)

	Servis	n	\bar{x}	s	X^2^*	P	Fark
Katılım	Akut-Klinik	20	4,15	2,39	1,470	0,479	
	Hostel Servis	9	3,78	2,33			
	Kronik Servis	11	3,18	1,99			
Destek	Akut-Klinik	20	6,45	1,36	2,572	0,276	
	Hostel Servis	9	5,67	1,66			
	Kronik Servis	11	5,91	1,22			
Spontanlık	Akut-Klinik	20	5,05	1,73	0,605	0,739	
	Hostel Servis	9	4,89	1,62			
	Kronik Servis	11	4,64	1,69			
Otonomi	Akut-Klinik	20	2,25	1,25	0,186	0,911	
	Hostel Servis	9	2,11	0,93			
	Kronik Servis	11	2,00	1,26			
Pratik Yönelim	Akut-Klinik	20	5,35	1,87	3,811	0,149	
	Hostel Servis	9	4,44	1,74			
	Kronik Servis	11	4,09	1,81			
Kişisel Sorun Yönelimi	Akut-Klinik	20	5,40	2,06	3,546	0,170	
	Hostel Servis	9	3,89	1,27			
	Kronik Servis	11	4,36	2,01			
Öfke ve Saldırganlık	Akut-Klinik	20	5,95	1,19	6,032	0,049*	1-2
	Hostel Servis	9	4,67	1,32			
	Kronik Servis	11	5,36	1,29			
Düzen ve Organizasyon	Akut-Klinik	20	5,75	2,55	0,693	0,707	
	Hostel Servis	9	6,00	2,50			
	Kronik Servis	11	5,18	1,89			
Programın Açıklığı	Akut-Klinik	20	6,35	2,11	0,570	0,752	
	Hostel Servis	9	6,22	2,17			
	Kronik Servis	11	5,73	1,74			
Çalışanların Kontrolü	Akut-Klinik	20	4,60	1,47	0,936	0,626	
	Hostel Servis	9	4,22	1,30			
	Kronik Servis	11	4,64	1,12			

* $p < 0,05$ (Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.)(X^2 =tablo değeri kullanılmıştır.)

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları servislere göre S.O.Ö aldıkları ortalama puanların dağılımı tablo 11 de görülmektedir.

Öfke ve saldırganlık alt boyutunda kliniklere göre istatistiksel olarak anlamlı fark varken diğer alt boyutlarda fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).Yapılan ileri analizde aradaki farkın belirlenmesinde mann-whitney- u testi kullanılmıştır. Akut- klinik ve

hostel servis arasında bu boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,05).

Tablo 12. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Sürelerine Göre S.O.Ö Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı (N=43)

	Çalışma süresi	n	\bar{x}	S	X²	P	Fark
Katılım	10 yıl ve altı	12	4,17	2,89	0,777	0,678	
	11-15 yıl arası	13	3,38	2,02			
	16 yıl ve üzeri	15	3,87	1,96			
Destek	10 yıl ve altı	12	6,92	1,08	7,824	0,020*	1-2
	11-15 yıl arası	13	5,92	1,50			1-3
	16 yıl ve üzeri	15	5,67	1,35			
Spontanlık	10 yıl ve altı	12	5,58	1,62	3,507	0,173	
	11-15 yıl arası	13	4,54	1,66			
	16 yıl ve üzeri	15	4,67	1,63			
Otonomi	10 yıl ve altı	12	2,33	1,37	0,414	0,813	
	11-15 yıl arası	13	2,23	0,93			
	16 yıl ve üzeri	15	1,93	1,22			
Pratik Yönelim	10 yıl ve altı	12	5,33	1,87	1,854	0,396	
	11-15 yıl arası	13	4,31	1,89			
	16 yıl ve üzeri	15	4,80	1,86			
Kişisel Sorun Yönelimi	10 yıl ve altı	12	5,33	2,23	1,300	0,522	
	11-15 yıl arası	13	4,77	1,96			
	16 yıl ve üzeri	15	4,33	1,76			
Öfke ve Saldırganlık	10 yıl ve altı	12	5,50	1,45	0,766	0,682	
	11-15 yıl arası	13	5,23	1,24			
	16 yıl ve üzeri	15	5,73	1,33			
Düzen ve Organizasyon	10 yıl ve altı	12	5,75	2,77	0,262	0,877	
	11-15 yıl arası	13	5,92	1,12			
	16 yıl ve üzeri	15	5,33	2,82			
Programın Açıklığı	10 yıl ve altı	12	6,50	2,47	1,456	0,483	
	11-15 yıl arası	13	6,38	1,45			
	16 yıl ve üzeri	15	5,67	2,02			
Çalışanların Kontrolü	10 yıl ve altı	12	4,58	0,90	0,101	0,951	
	11-15 yıl arası	13	4,54	1,51			
	16 yıl ve üzeri	15	4,47	1,51			

*p<0,05 (Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.)

Tablo 12 sağlık çalışanlarının çalışma sürelerine göre S.O.Ö aldıkları ortalama puanların dağılımı görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının çalışma sürelerine göre sadece SOÖ 'nin destek (± 6.92) alt boyutunda istatistiksel yönden anlamlılık bulunmuştur ($p < 0,05$).

Mann-whitney- u testi ile ileri analiz yapılmıştır. 10 yıl altı ve 16 yıl üzeri çalışma sürelerinde destek alt boyutunda anlamlı bir fark vardır.

Tablo 13. Sağlık Çalışanlarının Görevlerine Göre S.O.Ö. Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı (N=43)

	Görev	N	\bar{x}	S	Z*	P
Katılım	Hemşire	35	3,63	2,06	0,360	0,380
	Doktor	5	5,00	3,39		
Destek	Hemşire	35	6,00	1,43	0,100	0,113
	Doktor	5	7,00	0,71		
Spontanlık	Hemşire	35	4,80	1,66	0,278	0,298
	Doktor	5	5,60	1,67		
Otonomi	Hemşire	35	2,11	1,02	0,686	0,721
	Doktor	5	2,40	2,07		
Pratik Yönelim	Hemşire	35	4,60	1,87	0,068	0,071
	Doktor	5	6,20	1,30		
Kişisel Sorun Yönelimi	Hemşire	35	4,51	1,87	0,036	0,038*
	Doktor	5	6,60	1,82		
Öfke ve Saldırganlık	Hemşire	35	5,43	1,29	0,449	0,473
	Doktor	5	6,00	1,58		
Düzen ve Organizasyon	Hemşire	35	5,54	2,32	0,534	0,551
	Doktor	5	6,40	2,61		
Programın Açıklığı	Hemşire	35	6,03	1,95	0,456	0,473
	Doktor	5	7,00	2,35		
Çalışanların Kontrolü	Hemşire	35	4,54	1,36	0,818	0,843
	Doktor	5	4,40	1,14		

* $p < 0,05$ (Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.)

Sağlık çalışanlarının görevlerine göre Servis Ortamı Ölçeğinden aldıkları ortalama puanların dağılımı tablo 13 de görülmektedir. Sağlık çalışanlarının görevlerine göre S.O.Ö alt boyutlarından sadece kişisel sorun yönelimi alt boyutunda

aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).Doktorların puan ortalamalarının hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 14. Hastaların Ve Sağlık Çalışanlarının S.O.Ö. Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(N=43)

	Grup	n	\bar{x}	s	Z*	P
Katılım	Hasta	43	4,51	2,18	-1,770	0,077
	Sağlık Çalışanı	40	3,80	2,26		
Destek	Hasta	43	5,67	2,32	-1,153	0,249
	Sağlık Çalışanı	40	6,13	1,40		
Spontanlık	Hasta	43	5,09	1,81	-0,504	0,614
	Sağlık Çalışanı	40	4,90	1,66		
Otonomi	Hasta	43	3,14	1,64	*-2,794	0,005*
	Sağlık Çalışanı	40	2,15	1,17		
Pratik Yönelim	Hasta	43	4,81	1,67	-0,083	0,934
	Sağlık Çalışanı	40	4,80	1,87		
Kişisel Sorun Yönelimi	Hasta	43	3,60	1,73	-2,254	0,024*
	Sağlık Çalışanı	40	4,78	1,97		
Öfke ve Saldırganlık	Hasta	43	4,19	1,69	-3,662	0,000*
	Sağlık Çalışanı	40	5,50	1,32		
Düzen ve Organizasyon	Hasta	43	6,84	2,26	-2,647	0,008*
	Sağlık Çalışanı	40	5,65	2,34		
Programın Açıklığı	Hasta	43	6,47	2,21	-0,612	0,540
	Sağlık Çalışanı	40	6,15	1,99		
Çalışanların Kontrolü	Hasta	43	5,19	1,47	-2,087	0,037*
	Sağlık Çalışanı	40	4,53	1,32		

* $p<0,05$ (Mann-Whitney U testi kullanılmıştır).

Tablo 14’te sağlık çalışanlarının ve hastaların S.O.Ö aldıkları puanların dağılımı görülmektedir. Sağlık çalışanları ile hastaların puanları karşılaştırıldığında otonomi, ($Z=2,79$ $p<0,05$). kişisel sorun yönelimi, öfke ve saldırganlık, düzen ve organizasyon, çalışanların kontrolü alt boyutlarında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Otonomi, düzen ve organizasyon, programın açıklığı, çalışanların kontrolü alt boyutları hasta yönünden yüksek iken, düzen ve organizasyon, öfke ve saldırganlık alt boyutları sağlık çalışanları yönünden yüksek puan almıştır

Bölüm 5

TARTIŞMA

Bu bölümde Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları hastanesinin terapotik ortamının sağlık çalışanları ve hastalar tarafından nasıl değerlendirildiğini belirlemek amacı ile elde edilen bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1 Hastaların S.O. Ö'den Aldıkları Ortalama Puanlarının Tartışılması

Bu çalışma da üç ana boyutun alt boyutlarına bakıldığında katılım alt boyutunda ortalama 4.51, destek alt boyutunda ortalama 5.67, spontanlık alt boyutunda ortalama 5.09, otonomi alt boyutunda ortalama 3.14 , pratik yönelim alt boyutunda ortalama 4.81, kişisel sorun yönelimi alt boyutunda ortalama 3.60, öfke ve saldırganlık alt boyutun ortalama 4.19, düzen ve organizasyon alt boyutunda ortalama 6.84, programın açıklığı alt boyutunda ortalama 6.47, çalışanların kontrolü alt boyutunda ortalama 5,19 puan olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Benzer bir çalışmada S.O.Ö sistemin işleyişi ana boyutunun alt boyutlarından olan destek boyutu ortalaması araştırmamıza benzerlik göstermektedir. Diğer alt boyutlarda ise araştırmamızdan farklı olarak pratik yönelim ve spontanlık alt boyutları daha belirgin olarak saptanmıştır (8). Öztürk'ün 2011 yılında yürüttüğü çalışmasında ilişki ana boyutunun alt boyutlarından en yüksek puanı destek boyutu almıştır (10).

Araştırmamızda kişilik gelişimi ana boyutunda ise alt boyutlardan öfke ve saldırganlık boyutunun düşük puan aldığı, sistemin işleyişi ana boyutunun alt boyutlarından düzen ve organizasyon, programın açıklığı, çalışan kontrolü diğer alt boyutlardan daha düşük puan aldığı saptanmıştır (10).

Bozkurt'un 1998 yılında yaptığı geçerlilik güvenirlik çalışmasında ise sağlık çalışanlarının S.O.Ö'den aldıkları puan ortalamalarının hastaların S.O.Ö. puan ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir (57).

Nur 'un 2019 da yürüttüğü çalışmasında hastaların SOÖ İlişki Boyutunda yer alan Destek alt ölçek puan ortalamalarının Katılım ve Spontanlık alt ölçek puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

SOÖ Kişilik Gelişim ana Boyutunun alt boyutlarının hastaların Pratik yönelim alt ölçek puan ortalamalarının Otonomi , Kişisel Sorun Yönelimi ve Öfke ve Saldırganlık alt ölçek puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. S.O.Ö Sistemin İşleyişi ana boyutunda yer alan alt boyutlardan Düzen ve Organizasyon, Programın Açıklığı, Çalışan Kontrolü puan ortalamalarının diğer boyutlarda yer alan alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Düzen ve Organizasyon alt ölçek puan ortalamalarının, bu boyutta ve diğer boyutlarda yer alan bütün alt ölçek puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir(72).

Bu çalışmada hastaların otonomi alt boyutunda en düşük puanı alması göz önüne alınarak hastalara uygulanan ilaçlar, kısıtlamalar, fiziksel tespitlerin etkilediği düşünülebilir ancak sağlık çalışanları tarafından hastaların otonomi alt boyutu yönünde desteklenmeleri hastaların bağımsızlıklarını daha erken kazanmalarına yardımcı olacağını düşündürmektedir.

5.2 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre S.O.Ö Aldıkları Puan Ortalamalarının Tartışılması

Hastaların yaş gruplarına göre S.O.Ö en yüksek ortalama puan düzen ve organizasyon alt başlığında olup ortalama 7.91, program açıklığında ortalama 7.36, destek alt boyutunda ise ortalama 6.50'dir. Diğer alt boyutlar birbirine hemen hemen eşit olduğu için istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 3).

Bu bulgular doğrultusunda bu çalışmada genç yaş grubunda S.O.Ö düzen ve organizasyon genel ortalama puanı yüksek bulunmuştur.

Öztürk'ün 2018 yılında hastalarla yürüttüğü çalışmasında hastaların yaşlarına göre S.O.Ö puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (40). Nur'un 2019 yılında hastalarla yürüttüğü çalışmasına bakıldığında, yaş ile Düzen ve Organizasyon ve Programın Açıklığı alt ölçekleri arasında pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmuş olup hastaların yaşı arttıkça Düzen ve Organizasyon ve Programın Açıklığı alt ölçekleri puan ortalamalarının da arttığı saptanmıştır (72). Bu çalışmada literatürde rastlanan sonuçlarla benzer sonuçların ortaya çıktığı görülmüştür (Tablo 3).

Hastaların cinsiyetlerine göre S.O.Ö aldıkları ortalama puanlar sistemin işleyişi ana boyutunun alt boyutu olan katılım boyutunda kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer alt boyutlar arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo 4).Yapılan benzer bir araştırmada S.O.Ö aldıkları ortalama puanlar ise sistemin işleyişi ana boyutunun alt boyutundan olan spontanlık boyutunda kadın hastalarda erkek hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (72).

Öztürk'un 2018 de yaptığı çalışmada hastaların cinsiyetlerine göre S.O.Ö puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaz iken (40), 2011'de yaptığı çalışmada düzen ve organizasyon alt boyutunun, erkek hastalarda yüksek puan aldığı saptanmıştır (10). Brunt 2008 de yaptığı çalışmada kadın hastaların katılım puan

ortalamaları yüksek olarak bulunmuştur (73). Bu sonuç araştırmamızın sonucuyla benzerlik göstermektedir. Araştırmamızın bu sonucuna dayanarak kadın hastaların iletişime daha açık ve yapılan aktivitelere daha etkin katıldıkları söylenebilir.

Hastaların cinsiyetlerine göre S.O.Ö kadın ve erkek cinsiyet farkının katılım alt boyutunu etkilediği görülmektedir. Erkek hastalarında terapotik ortam aktivitelerine katılmaları tedavilerini olumlu yönde etkileyeceğini düşündürmektedir (Tablo 4). Hastaların yattıkları servislere göre S.O.Ö. aldıkları ortalama puanlar da bir farklılık göstermemesine rağmen sadece düzen ve organizasyon alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu diğer boyutlarda ise fark olmadığı belirlenmiştir. Aradaki fark akut- klinik ve kronik servis arasında kaynaklanmaktadır (Tablo 5). Benzer bir çalışmada ise erkek hastaların buldukları bölümlerde daha fazla öfke ve saldırganlık yaşandığı bu nedenle daha çok çalışan kontrol ihtiyaçlarının olduğu saptanmıştır(16).

Araştırmamızın yapıldığı dönemde, hastalar cinsiyetlerine göre ayrı bölümler de yattığı için erkek hastaların bulunduğu hostel servis düzen ve organizasyon alt boyutunun terapotik ortam yönünden destek alması gerektiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların hastanede kalış sürelerinin S.O.Ö. aldıkları ortalama puanların ve alt puanlarını etkilemediği görülmektedir (Tablo 6).

Araştırmamızda olduğu gibi bazı çalışmalarda da (Öztürk,2018; Bozkurt, 1998) hastanede kalış süresinin hastaların SOÖ alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmezken, Savaşan'ın (2010) yılında bağımlı hastalarla yaptığı çalışmada hastanede kalma süresi arttıkça destek alt ölçek puan ortalamalarının da arttığı belirlenmiştir (41,57,74).

Yapılan araştırmalar gözden geçirildiğinde, destek alt boyutunun tedaviyi olumlu etkilediği belirtilmektedir (41,57,74). Bu çalışmada destek boyutunun düşük

olması bu boyuta gerekli önemin verilmediğini düşündürmektedir. Bu sonuç bize destek boyutunun tedavideki yerinin önemini göstermektedir. Sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki iletişimin geliştirilmesi hasta tedavisini pozitif yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

5.3 Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre S.O.Ö Aldıkları Puan Ortalamalarının Tartışılması

Sağlık çalışanları S.O.Ö' nin üç ana boyutun alt boyutlarına bakıldığında katılım alt boyutunda ortalama 3.80, destek alt boyutunda ortalama 6.13, spontanlık alt boyutunda ortalama 4.90, otonomi alt boyutunda ortalama 2.15, pratik yönelim alt boyutunda ortalama 4.80, kişisel sorun yönelimi alt boyutunda ortalama 4.78, öfke ve saldırganlık alt boyutunda ortalama 5.50, düzen ve organizasyon alt boyutunda ortalama 5.65, programın açıklığı alt boyutunda ortalama 6.15, çalışanların kontrolü alt boyutunda ise ortalama 4.53 puan alınmıştır (Tablo8).

Öztürk'ün 2011 yılında yaptığı çalışmada sistemin işleyişi ana boyutunun alt boyutlarından düzen ve organizasyon, Bozkurt'un 1998 yılında yaptığı SOÖ geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ise program açıklığı, puan ortalamalarının diğerlerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır (10). Kamışlı ve Daştan'ın psikiyatri servisinde yatan hastalarla yürüttükleri çalışmada, hastaların %63'ünün hemşireler tarafından gerçekleştirilen hastalarla tanışma, servis kurallarının açıklanması gibi uygulamaların servise uyumu kolaylaştırdığı saptanmıştır (12). Çam ve arkadaşlarının 2010 yılında, Bozkurt' un 1998 yılında, yaptıkları çalışmada ilişki ana boyutunun alt boyutlarından destek boyutu yüksek puan almıştır (57,75).

Çalışmamızda alt boyutlardan otonomi boyutu sağlık çalışanlarından düşük puan almıştır. Sağlık çalışanlarının otonomi boyutunun desteklenmesinin terapötik ortamı ve hastaların iyileşmesini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının yaşlarına göre SOÖ alt boyutların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo9). 2018 yılında Öztürk'ün yaptığı çalışmada, yaşa göre sağlık personellerinin terapötik ortam algıları arasında fark olmadığı saptanmıştır. Hekim ve hemşirelerin yaşla birlikte iletişim becerilerinde alana yönelik akademik bilgilerinde ve otonomilerinde artma olduğu belirtilmektedir (41).

Çam ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı çalışmada ise hemşirelerin yaşı arttıkça kişisel sorun yönelimi ve otonomi algısının arttığı bulunmuştur(16).

Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre SOÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 10). Yapılan bir çalışmada erkek sağlık çalışanlarının kişisel sorun yönelimi ve çalışanların kontrolü alt ölçek puanları kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur (41). Benzer bir çalışmada ise kadın çalışanların erkek çalışanlara göre duygusal zekalarının daha yüksek olduğu ve buna bağlı olarak ortamdaki kuralları katı olarak uygulamak yerine daha esnek görülmüştür (76).

Sağlık Çalışanlarının Çalıştıkları Servislere Göre S.O.Ö Aldıkları Ortalama Puanlar incelendiğinde öfke ve saldırganlık alt boyutunda kliniklere göre istatistiksel olarak anlamlı fark varken diğer alt boyutlarda fark bulunmamıştır (Tablo 11). Araştırma sonucunda Akut-Klinik ve Hostel Servis çalışanları arasında öfke ve saldırganlık alt boyutunda fark olduğu görülmüştür. Akut-klinik Servis'in acil psikiyatri hastaları ve akut ve ajitasyon dönemindeki hastaların yatması ve sağlık çalışanlarının yoğun ve uzun mesai saatlerinde çalışmasının bu sonuçların ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada Sağlık çalışanlarının çalışma sürelerine göre sadece SOÖ 'nin destek alt boyutunda istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo12).

Araştırmamızın sonuçlarıyla benzerlik göstermeyen bir çalışmada sağlık personelinin klinikte çalışma süresi ve psikiyatri alanında hizmet sürelerine göre SOÖ'nin alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (41). Bozkurt 1998 yılında çalışma süresinin terapötik ortam algısını değiştirmedeği sonucuna ulaşmıştır(57).

Destek alt boyutunun çalışma yıllarında istatistiki açıdan fark yarattığı görülmüştür. Yapılan ileri analizde bu farkın 10 yıl ve altı çalışanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo12). Bu sonuç işe yeni başlayan sağlık çalışanlarının hasta gereksinimlerini anlama ve hastayı cesaretlendirmeye 11 yıl ve üzeri çalışanlardan daha istekli olduklarını göstermektedir. Bu sonuç, psikiyatrik hastalıkların bir bölümünün kronik hastalıklar olduğu ve uzun süre kronik hastalarla çalışan sağlık çalışanlarının ümidinin azalabileceği sonucunu düşündürmektedir.

Sağlık çalışanlarının görevlerine göre S.O.Ö alt boyutlarında sadece kişisel sorun yönelimi alt boyutunda aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Doktorların puan ortalamaları hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo13). Bu sonuca göre BRSHH 'de çalışan hemşirelerin hastaların duygularını ve kişisel problemlerini anlama ve bunu diğer sağlık çalışanlarıyla konuşmaya isteklerinin düşük olduğu anlaşılmaktadır. Benzer bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının görevlerine göre S.O.Ö. aldıkları puanları birbirine benzerlik göstermesine rağmen hemşirelerin kişisel sorun yönelimi alt boyutundan aldıkları puan düşük bulunmuştur. Aynı çalışmada hemşirelerin katılım, öfke ve saldırganlık, alt boyut puanlarının doktorlardan daha yüksek olduğu sonucunu bulmuştur (41). Hekimlerin ise kişisel sorun yönelimi alt boyut puanlarının daha yüksek olduğunu gösteren benzer çalışmalara rastlanmaktadır (76,77).

5.4 Sağlık Çalışanları ile Hastaların Aldıkları SOÖ Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması

Sağlık çalışanları ve hastaların S.O.Ö 'den aldıkları ortalama puanlara baktığımız zaman otonomi, kişisel sorun yönelimi, öfke ve saldırganlık, düzen ve organizasyon, çalışanların kontrolü atlı boyutlarında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) Tablo 14) .

Otonomi, düzen ve organizasyon, programın açıklığı, çalışanların kontrolü alt boyutları hasta yönünden yüksek iken, düzen ve organizasyon, öfke ve saldırganlık sağlık çalışanları yönünden yüksektir.

Bu çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının ve hastaların düzen ve organizasyon alt boyutunun yüksek puan aldığı görülmüştür. Çıkan sonuçlara göre terapötik ortam oluşturmada her iki grubunda istekli olduğu düşünülebilir.

Yapılan benzer bir çalışmada, klinikte hastalar ve sağlık personelinin SOÖ alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, hastaların katılım, destek, spontanlık, otonomi, pratik yönelim, kişisel sorun yönelimi, öfke ve saldırganlık, programın açıklığı, çalışanların kontrolü alt ölçek puan ortalamalarının çalışanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (41).

Rossberg ve Friis'in yürüttüğü çalışmada S.O.Ö puanlarına bakacak olursak sağlık çalışanları hastalara göre katılım, destek, spontanlık, otonomi, pratik yönelim, öfke ve saldırganlık, programın açıklığı alt boyutlarından daha yüksek puan alırken;Çalışanların kontrolü, düzen ve organizasyon alt boyutlarını ise daha düşük olarak saptanmıştır (78).

Bozkurt'un çalışmasında; çalışanlar hastalara göre SOÖ bildirim programlarına katılımı daha düşük, düzen ve organizasyon eksik, pratik yönelim yetersiz, çalışanların kontrolü daha az olarak bulunmuştur. Destek, spontanlık

otonomi, kişisel sorun yönelimi öfke ve saldırganlık programın açıklığı çalışanlarda hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (57).

Jansson ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada hastalar üç ana boyutun alt boyutlarından, pratik yönelim, öfke ve saldırganlık, düzen ve organizasyon, çalışanların kontrolü boyutlarını sağlık çalışanlarından da yüksek puan olarak almışlardır (79).

Bu çalışmanın sonuçlarına göre üç ana boyutun alt boyutlarının desteklenmesi hasta ve sağlık çalışanları yönünden terapotik ortamı olumlu etkileyeceği düşünülmektedir.

Bölüm 6

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Bu çalışmada, KKTC 'de bulunan Lefkoşa Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları hastanesinin terapötik ortamının sağlık çalışanları ve hastalar tarafından nasıl değerlendirildiğinin sonuçları yer almaktadır;

1. Hastaların % 46.51' i 51 yaş ve üzerinde olup %62.79' unun erkek olduğu belirlenmiştir.
2. Hastaların hastanede kalış süreleri birbirine yakın olup şizofreni ve psikotik bozukluk tanısı alanların oranı %51.17 olarak saptanmıştır.
3. Hastaların kaldıkları servislere göre S.O.Ö alt boyut puan ortalamaları birbirine yakın olup düzen ve organizasyon alt boyutunda akut klinik ve kronik servis arasında fark olduğu ;
4. Sağlık çalışanlarının ,36-45 yaş aralığında ve %52.5'inin kadın olduğu %70 'inin klinik serviste görev yaptığı , çalışma sürelerinin ise 16 yıl ve üzerinde olduğu ,%87.5'inin hemşire,%12.5' inin doktor olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
5. Sağlık çalışanlarının yaşa göre S.O.Ö alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
6. Sağlık çalışanlarının çalışma sürelerine göre bakıldığında S.O.Ö puanları çalışma süreleri az olanlarda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık çalışanlarının görevlerine göre S.O.Ö aldıkları puanlar birbirine yakın olarak bulunmuş olup sadece kişisel sorun yönelimi alt boyutunda fark olduğu görülmüştür.

Hastaların ve sağlık çalışanlarının S.O.Ö alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında;

- Hastaların otonomi, düzen ve organizasyon ,programın açıklığı, çalışanların kontrolü alt boyutlarında yüksek puan aldığı;
- Sağlık çalışanlarının ise düzen ve organizasyon ,öfke ve saldırganlık alt boyutlarında yüksek puan aldığı sonucuna ulaşılmıştır.

6.2 Öneriler

1. Genel durumlarına ve teşhislerine göre uzun süreli yatış alan ve bireysel gereksinimlerini yardımla, kendi başına karşılayabilen, ailelerinin yanına izinli gidip gelebilen hastaların bulunduğu hostel servisine düzen ve organizasyon alt boyutunda ve terapötik ortam aktiviteleri yönünden hastalara destek için eğitim programlarının düzenlenmesi,
2. Sağlık çalışanlarının S.O.Ö puanlarının düşük olması nedeniyle terapötik ortam aktivitelerine yönelik hizmet içi eğitim programı,
3. Günümüzdeki çağdaş psikiyatri hastanelerinin terapötik ortamının fiziksel koşulları göz önüne alınarak BRSH hastanesinin fiziksel koşullarının iyileştirilmesi,
4. Sağlık çalışanları ve hastalar arasında iletişimi pekiştirmek ve arttırmak amacıyla hemşireler tarafından;
 - * Servis genel düzeni
 - Günaydın toplantıları
 - Grup terapileri
 - Hobi toplantıları

- Hasta –hemşisre bireysel iletişim toplantıları,
5. Araştırmanın daha geniş bir hasta –sağlık çalışanı grubu üzerinde yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- [1] TC Sağlık bakanlığı, Ankara (2011), *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023* s:5, <https://www.psikolog.org.tr/doc/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf>.
- [2] Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (2001), *World Health report New Understandig.sssNewhope*, Geneva:World health organization <http://www.euro.who.int/en/countries/turkey>.
- [3] Van Bogaert ,P.,Clarke ,S.,Willems,R.,&Mondelaers ,M. (2012), *Staffen gagement as a Ttargetfor Managin of Care* ,Journal of Clinical Nursing, 22(11-12),1717-1728.
- [4] Işık, Ş ., Ergün, G. Proje Yürütücüsü,Vehbi Koç Vakfı:Proje no:vkv2014-4 (2014-2015),*Ülkemizde Psikiyatri Kliniklerinin Tedavi Edici Ortam Yönünden İncelenmesi*, Burdur <https://sanerc.ku.edu.tr/sites/sanerc.ku.edu.tr/files/>.
- [5] Oflaz, F. (2006), *Psikiyatri Kliniğinde Tedavi Edici Ortam Kavramı Ve Hemşirenin Sorumlulukları*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, (7), 55-61.
- [6] Çam, O., Dülgerler, Ş. (2014), *Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliğinde Tedavi Edici Temel Araçlar: Ortam ve İletişim*, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Bakım Sanatı,1. Baskı , İstanbul Tıp Kitabevi, 157 -178.

- [7] Townsend, M.C.(2016), *Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık*. C.Tangül Özcan, N. Gürhan,(Ed.), Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları 6. Baskı (2-30). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi
- [8] Akhan, L. U. (2013), *Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Terapötik Ortam Algılamaları*, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4 (4)
- [9] Uçman, P. (1989), *Psikiyatri Servis Ortamlarında Farklı Değerlendirme Yaklaşımlarının İlişkisi*, Türk Psikoloji Dergisi, 7 (23), 39-47
- [10] Öztürk, E. (2011),*Hastaların ve Çalışan Hemşirelerin Psikiyatri Servis Ortam Algılarının ve Etmelerinin Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi ,Ege Üniversitesi.
- [11] Ünsal, G., Karaca, S., Arnik, M., Öz, Y., C. Aşık,E., Kızılkaya, M., Aydın,S., Türk,D., ve Şıpkın, S.(2014), *Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Psikiyatri Hemşiresinin Rollerine İlişkin Görüşleri*, M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4 (2),90-95.
- [12] Kamışlı, S.,Daştan, L.,(2008), *Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelik Uygulamaları ve Bu Uygulamalara Yönelik Hasta Görüşleri*, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,12(1),45-52.
- [13] Çam, O., Arabacı, LB., Yıldırım, S., Beşer, NG. (2010), *Psikiyatri Hemşireliği İle İlgili Verilen Eğitimin Hemşirelerin Terapötik Ortam Alguları ve*

Motivasyonlarına Etkisi , Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 2(2), 82-93.

[14] Espinosa, L., Harris, B., Frank, J., Armstrong- Muth J, Brous, E., Moran, J. (2015), *Millieu improvement in psychiatry using evidence –based practices: The long and winding road of culture change* , Archives of psychiatric Nursing, 29(4), 202-7.

[15] Mistral, W.,Hall, A., &McKee, P. (2002), *Using Therapeutic Community Principles to Improve The Functioning Of A High Care Psychiatric Ward in The UK*, International Journal of Mental Health Nursing, 11(1), 10-17.

[16] Çam, O., Akgün, E., Gümüş, A. B., Bilge, A., & Keskin, G. Ü. (2005), *Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Klinik Ortamlarını Değerlendirmeleri İle İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi/Investigation Of Relationship Between Evaluation Of Clinic Environment And Job Satisfaction Of Doctors And Nurses In A Mental Health And İllnesses Hospital*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6(4), 213.

[17] Eklund, M., Hansson, L.(1997), *Relationships between characteristics ofthe ward atmosphere and treatment outcome in a psychiatric day-care unit based on occupational therapy*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 95(4), 329-35.

[18] Middelboe, T., Schjot, T., Byrting, K., Gecerris, A .(2001), *Ward atmophere in acute ,psychiatrich in-patient care :patients percetions ideals and satisfactio*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 103(3),212-9.

- [19] Soygür, H., Yüksel, MM., Eraslan, P., Attepe Özden, S. (2017) , *Mavi at kafenin 6 yılda öğrettikleri :Şizofreni hastalarının gözünden iyileşmeye katkıda bulunan etmenler –nitel bir analiz*, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28(2), 75-80.
- [20] Suzuki, M., Shibata, F., Tsai, J. (2011), *Factors related to self – efficacy for social participation of people with menthal illness*, *Archives Of Psychiatric Nursing*, 25(5), 358-65.
- [21] Akça, Ay., Fatma, S. (2010), *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, 5.Baskı (82), Nobel Tıp Kitapevi.
- [22] Akça, Ay., Fatma S. (2010), *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, 6 .Baskı (82) Nobel Tıp Kitapevi.
- [23] Çam, O ., Engin, E .(2014), *Ruh Sağlığı Hastalıklarına Genel Bakış, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı* 1. Baskı İstanbul Tıp Kitabevi
- [24] Pektaş, İ., Bilge, A., Ersoy, M.A. (2006), *Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü*, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (7),43-48.
- [25] Erci, B. (2010), *Halk Sağlığı Hemşireliği*, Zennat Matbaacılık, Ankara.

- [26] Ocaktan, M.E., Özdemir, O., Akdur , R.(2004), *Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri*, Kriz Dergisi, 12(2), 63-73.
- [27] Öztürk, O., Uluşahin A. (2011), *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* 1.Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.şti. Tuna Matbaacılık, Yenilenmiş 11. Baskı Ankara.
- [28] Sağlık .gov.ct.tr/*İstatistiki- Bilgiler*.(KKTC 2018), Sağlık-Hizmetleri –İstatistik - Raporu
- [29] Barry, P. D. (1990), *Mental Health and MentalIllnes. Fourth Edition*, 278-285.
- [30] Taylor, C. M. (1994), *Essentials of psychiatric Nursing*.
- [31] Stuart, G. W.(2010), *Principle sand Prattice of Psichiatic Nursing*, 10.Baskı, Mosby.
- [32] Townsend, M.C.(2016), *Tedavi Edici Ortam-Tedavi Edici İletişim*, C.Tangül Özcan, N. Gürhan,(Ed.), Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları 6. Baskı (156-157). Ankara. Akademisyen Tıp Kitabevi
- [33] Holmes, MJ., Werner, JA. (1966), *Psychiatrich nursing in a therapeutic community*, New York : Macmillan.
- [34] Shives, LR., (2008), *Basic concepts of psychiatric- mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams –Wilkins.

- [35] Haigh, R. (2013), *The guintessence of a therapeutic environment, Therapeutic Communities : The international of Therapeutic Communities*, 34(1), 6-15.
- [36] Tyson, G. A., Lambert, G., & Beattie, L. (2002), *The Impact of Ward Design on The Behaviour, Occupational Satisfaction and Well-Being of Psychiatric Nurses*, *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(2), 94-102.
- [37] Ergün, G., Işık, I., Dikec, G. (2017), *Roles of psychiatry nurses within a therapeutic environment of psychiatry clinics in turkey*, *Archives of psychiatric Nursing*, 31(3), 248-55
- [38] Shattell, MM., Starr, SS., Thomas, SP. (2007), *Take my hand , help me out : Mental health service recipients experience of the therapeutic relationship*, *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 274-84.
- [39] Ançel, G. (1994), *Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Hemşireler Tarafından Yapılan İşe Yönlendirme Toplantıları*, *Türk Hemşireler Dergisi*, (41), 4.
- [40] Taylor, C. M. (1994), *Essentials Of Psychiatric Nursing Fourteenth Edition* Mosby-YearBook, Missouri, 129-139.
- [41] Öztürk, S .(2018), *Psikiyatri Kliniklerinde Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Teropatik Ortam Algıları*, Yüksek Lisans Tezi.

- [42] Erskine, RG. (2017), *Modern psikoterapide transaksyonel analiz*, Ankara :Nobel Akademik Yayıncılık
- [43] Tekkaş, K., Bilgin, H. (2010), *Psikiyatri Servislerinde Kullanılan Profesyonel Kontrol Yöntemleri :Kullanım Nedenleri , türleri, uluslararası uygulamalar ve algılamalar*, Türk Psikiyatri Dergisi, (3), 235-7.
- [44] Özcan, A. (2006), *Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim*, Sistem ofset.
- [45] Kumral, A. (1981), *Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar*, Vehbi Koç Vakfı, İstanbul, 71-79.
- [46] Karlin, BE., Zeiss, RA. (2006), *Best Practices: Environmental and Therapeutic Issues in Psychiatric Hospital Design Toward Best Practices*, Psychiatry Services,57(10), 1376-8.
- [47] Akgün, BM., Akgün, M. (2017), *Terapotik Ortamda Gürültü Kontrolü, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar–Current Approaches İn Psychiatry*, 9(4), 431-40.
- [48] Sun, F. K., Long, A., Boore, J., Tsao, L. I. (2006), *Patients And Nurses' Perceptions of Ward Environmental Factors and Support Systems in The Care of Suicidal Patients*, Journalof Clinical Nursing, 15(1), 83-92.
- [49] Özkan, B., Çoban, S. (2010), *Psikiyatride Hasta Güvenliği*, IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Özet Kitabı, 160.

- [50] Çapa, S., Yönder, M., Yeşiloğlu, S. (2010), *Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Hasta Çalışan Güvenliği, 2 Yıllık Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi Deneyimi, Psikiyatri Klinikleri ve Hastanelerinde Kalitenin Ortak Dili*, IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Özet Kitabı, 95-96.
- [51] Turasan, B.A. (2010), *Psikiyatri Klinikleri ve Hastanelerinde Kalitenin Ortak Dili*. IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Özet Kitabı, 35-36.
- [52] Temel, M. (2009), *İntiharların Önlenmesinde Hemşirenin Sorumlulukları*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(2), 78-83.
- [53] Alexander,J. (2006), *Patients' Feelings About Ward Nursing Regimes And Involvement in Rule Construction*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, (13), 543-553.
- [54] Özbay, H., Göka, E., Kılıç, Z.E.(1994), *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri*. Songür Yayıncılık,1. Baskı, Ankara, 157-168.
- [55] Velioglu, P.(1999), *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofset.
- [56] Terakye, G.(1998), *Hasta Hemşire İlişkileri*. Genişletilmiş 5. Baskı, Ankara: Zirve Ofset.

- [57] Bozkurt, S. (1998), *Servis Ortamı Ölçeği(S.O.Ö) Geçerlilik Güvenirlilik Çalışması*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi.
- [58] Jones, M. (1953), *The therapeutic community* , New York : Basic Books.
- [59] Buzlu, S .(2011), *Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği*, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 19(3), 187-93.
- [60] Polacek, MJ., Allen, DE., Damin- Moss. RS., Schwartz, AJA., Sharp, D., Shattell, M. (2015), *Engagement as an element of safe inpatient psychiatric environments*, Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 21(3), 181-90.
- [61] Öz, F. (2010), *Sağlık Alanında Temel Kavramlar* .2th ed.Ankara:Mattek Matbaacılık Bas.Yay.Tic.Ltd.Şti.
- [62] Fourie, WJ.,McDonald, S.,Connor, J.,Bartletsts, S., (2005), *The Role Registered Nurse in an Acute Mental Health Inpatient Setting in New Zeland:Versus Reality*, International Journal of Mental Health Nursing, 14(2),134-41.
- [63] Holyoake, DD. (2013), *ISpy With My Little Eye Something Beginning With O:Looking at What The Myth of 'Doing The Observations' Means in Mental Health Nursing Culture*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 20(9), 840-50.

- [64] Kum, N. (2000) , Editör. *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*, İstanbul: Vehbi Koç Vakfı.
- [65] Skinner,K. (1979), *The Therapeutic Milieu Making It Work*. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services,38-42.
- [66] Çam, O., Engin, E .(2014), *Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Klinik Uygulama Standartları , Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı* , 1. Baskı İstanbul Tıp Kitabevi İstanbul Medikal Yayıncılık.
- [67] American Nurses' Association (ANA), American Psychiatric Nurses Association (APNA), & International Society of Psychiatric- Mental Health Nurses (ISPN). (2007), *Psychiatric-mental health nursing: Scope and standarts of practice*, Silver Spring, MD: ANA
- [68] . Sayı:34/2007 KKTC Sağlık Bakanlığı (<http://Sağlık.gov.ct.tr/>) *Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi (Kuruluş, Görev ve Çalışma Esasları) Yasası* (19/2016, 2/2018, 27/2018 ve 13/2019 sayılı Değişiklik Yasasıyla değiştirilmiş ve birleştirilmiş şekliyle)
- [69] Mahoney, J.S.,Palyo, N., Napier, G., Giordano, J.(2009), *The Therapeutic Milieu Reconceptualized for the 21 st Century*.Archives and of Psychiatric Nursing, 23(6) , 423-429
- [70] Çakıcı, M., Tansel, E., Ataklı, C., Özbilir, R., Polat, O. (1996), KKTC 'nde Adli Psikiyatri (Üç Olgu Sunumu) *Forensic psychiatry in Turkish Republic*

of Northern Cyprus (Three case reports), Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Adli Psikiyatri, Adli Tıp Bülteni, 1(2), 94-6.

[71] KKTC Sağlık Bakanlığı (<http://Sağlık.gov.ct.tr/>) *BRSHH*

[72] Uygun, N.A.(2019), *Psikiyatri Servisinde Yatan Hastaların Servis Ortam Algılarının İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

[73] Brunt, D. (2008), *The Ward Atmosphere of Single-Sex Wards in a Maximum Security Forensic Psychiatric Hospital in Sweden*. *Issues In Mental Health Nursing*, (29), 221-241

[74] Savaşan, A. (2010), *Bağımlılığı Olan Hastalarda Servis Ortamı Ve Tedavi Motivasyon İlişkisinin İncelenmesi*, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, (13), 119-126.

[75] Gürbüz, S., Yüksel, M. (2011), *Çalışma Ortamında Duygusal Zeka :İş Performansı ,İş Tatmini ,Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Bazı Demografik Özellilerle İlişkisi* , *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 9(2), 174-90

[76] Tuveşson, H.,Wann- Hanson, C.,Eklund, M. (2011), *The Ward Atmosphere İmportant fort the Psychosocial Work Enviromentof Nursing Staff in Psychiatric in-Patientcare*, *BMC Nursing*. (in press).

[77] Gaillard, LM., Shattel, MM., Thomas, SP. (2009), *Mental Health Patients 'Experiences of Being Misunderstood*. *Journalof The American Psychiatric Nurses Association*, 15(3), 191-9.

[78] Rossberg, JI., Friis, S. (2004), *Patients' and Staff's Perceptions of The Psychiatric Ward Environment*. *Psychiatric Services*, 55(7), 798-803.

[79] Jansson, J-A., Johansson, H., Eklund, M. (2013), *The Psychosocial Atmosphere In Community-Based Activity Centers For People With : Visitor And Staff Perceptions*. *Community Mental Health Journal*, 49(6),748-755

EKLER

Ek 1: Servis Ortam Ölçeği (S.O.Ö) Tanımlayıcı Özellikleri

Burada 100 ifade vardır. Bunlar psikiyatrik tedavi programları hakkındaki ifadelerdir. Sizin programınız için hangi ifadeler doğru , hangileri yanlıştır.

Lütfen belirleyiniz.

Programda “**DOĞRU**” ya da “**ÇOĞUNLUKLA DOĞRU**” olduğunu düşündüğünüz ifadeler için “**D**” harfini yazınız.

Programda “**YANLIŞ**” ya da “**ÇOĞUNLUKLA YANLIŞ**” olduğunu düşündüğünüz ifadeler için “**Y**” harfini yazınız.

Her ifadeyi cevaplandığımdan emin olunuz.

Tarih: _____

Yaşınız:.....

Cinsiyetini: Kadın () Erkek()

Hastanenin Adı:.....

Servisin Adı:.....

Ne kadar süreden beri burada kalıyor ya da çalışıyorsunuz?

Yıl () Ay () Gün ()

Eğer servis çalışıyorsanız ,burayı işaretleyin ()

Ve görevinizi belirtiniz ()

Eğer hasta olarak bulunuyorsanız hastalığınızı belirtiniz?

Servis Ortam Ölçeği (SOÖ) Form-R

- 1.Burada hastalar servisteki işlerini yapmak için çok istekli ve gayretlidir.
- 2.Doktorların hastaları desteklemek için çok az zamanları vardır.
- 3.Burada hastalar duygularını birbirlerinden saklamaya özen gösterirler.
- 4.Burada çalışanlar hastaların önerileri doğrultusunda davranırlar.
- 5.Bu serviste sık sık yeni tedavi yöntemleri denenir.
- 6.Buradaki hastalar cinsel yaşamlarından çok az söz ederler.
- 7.Buradaki hastalar genellikle sızlanıp dururlar.
- 8.Burada hastaların faaliyetleri dikkatle düzenlenmiştir.
- 9.Hastalar doktorların ne zaman serviste bulunacaklarını bilirler.
- 10.Çalışanlar hastaları nadiren kısıtlamak yoluyla cezalandırırlar.
- 11.Bu servis canlı ve hareketlidir.
- 12.Burada çalışanlar hastaların ne istediklerini bilirler.
- 13.Hastalar doktorlara söylemek istedikleri her hangi bir şeyi rahatlıkla söyleyebilirler.
- 14.Burada çok az sayıda hasta herhangi bir sorumluluğa sahiptir.
- 15.Burada hastaların günlük yaşamda karşılaşılan sorunlara çözüm bulmaları için eğitilmelerine çok az önem verilir.
- 16.Burada hastalar kişisel sorunlarını ,dertlerini ,sıkıntılarını birbirlerine anlatırlar.
- 17.Burada hastalar genellikle çalışanları eleştiriler veya onlarla ilgili şakalar yaparlar.
- 18.Bu tedavi programı çok iyi düzenlenmiştir.
- 19.Burada doktorlar hastalarına tedavileri konusunda bilgi vermezler.
- 20.Buradaki hastalar bir doktor konuşur iken, sözünü kesebilir.
- 21.Hastalar bu servisteki tedavi ve bakımdan memnundurlar.
- 22.Burada çalışanlar, hastaları tedaviyi bıraktığı zaman bile onları izlemeye isteklidirler.
- 23.Burada hastaların kendilerini nasıl hissettiklerini ifade etmek zordur.
- 24.Burada hastalardan lider olmaları beklenir.
- 25.Burada hastalar geleceğe yönelik plan yapma konusunda desteklenir.
- 26.Burada kişisel sorunlar hakkında açıkça konuşulur.
- 27.Bu tedavi programında hastalar nadiren tartışırlar.
- 28.Burada çalışanlar servisin daima temiz ve düzenli olduğundan emindir.
- 29.Hastanın kullandığı ilaçta bir değişiklik yapıldığında hemşire ya da doktor bunun nedenini hastaya her zaman açıklar.
- 30.Servis kurallarını bozan hastalar cezalandırılır.
- 31.Bu serviste hastaların birlikte bir şeyler yapabilmelerine çok az rastlanır.
- 32.Burada çalışan hemşirelerin hastaları desteklemek için çok az zamanları vardır.
- 33.Hastalar çalışanların yanında konuştukları şeylere dikkat ederler.
- 34.Burada hastalar bağımsız davranma konusunda desteklenir.
- 35.Burada hastaların taburcu olduktan sonra neler yapacakları konusuna çok az önem verilir.
- 36.Burada hastaların kişisel sorunlarını, dertlerini ,sıkıntılarını birbirleriyle paylaşması beklenir.
- 37.Çalışanlar bazen birbirleriyle tartışırlar.
- 38.Bu servis bazen çok fazla düzensiz ve pis oluyor.
- 39.Bu servisin kuralları hastalar tarafından açıkça anlaşılabilir.
- 40.Bir hasta başka bir hastayla tartışacak olursa çalışanlarla başı derde girer.
- 41.Burada çok az hasta bir işin yapılmasına gönüllü olarak katkıda bulunur.
- 42.Buradaki doktorlar bazı hastalara diğerlerinden daha fazla zaman ayırırlar.
- 43.Burada hastalar kendi faaliyetlerini özgürce belirleyebilirler.

- 44.Hastalar ne zaman isterlerse servisten servisten ayrılabilirler.
- 45.Servisten taburcu olduktan sonra ne yapılacağına planlanmasına çok az önem verilir.
- 46.Buradaki hastalar geçmişleri hakkında çok az konuşurlar.
- 47.Hastalar bazen birbirlerine hoş olmayan şakalar yaparlar.
- 48.Burada birçok hasta her gün düzenli bir program izler.
- 49.Burada hastalar çalışanların kendileri ile ne zaman görüşeceklerini bilemezler.
- 50.Burada çalışanlar hastalara emir vermezler.
- 51.Bu serviste hastalar her zaman oldukça faaldir.
- 52.Burada sağlık durumları daha iyi olanlar, daha az sağlıklı olanların bakımına yardım ederler.
- 53.Hastalar birbirleri ile aynı fikirde olmadıkları zaman , bunu birbirlerine belli etmezler.
- 54.Burada hastalar istedikleri gibi giyinebilirler.
- 55.Bu tedavi programında yeni meslekler öğrenmek için eğitime önem verilir.
- 56.Burada çalışanlar hastalara nadiren kişisel soru sorarlar.
- 57.Bu servisteki kişilerin tartışmaları oldukça zordur.
- 58.Buradaki hastaların çoğu bakımsız görünmektedir.
- 59.Bu programda herkes kimin sorumlu olduğunu bilir.
- 60.Buradaki hastalar kendileri için düzenlenen tedavi programlarına uymak zorundadırlar.
- 61.Bu serviste çok az sosyal faaliyet vardır.
- 62.Burada hastalar birbirlerine çok az yardım ederler.
- 63.Burada alışılmadık şekilde davranmanın bir sakıncası yoktur.
- 64.Bu serviste hastaların yönetime katılması söz konusu değildir.
- 65.Buradaki hastaların çoğu geleceklerinden çok geçmişleri ile ilgilenirler.
- 66.Burada çalışanlar hastaların duygularıyla ilgili konuşmaya daha fazla ilgilidirler.
- 67.Burada çalışanlar hiçbir zaman tartışma başlatmazlar.
- 68.Burada bazen her şey son derece düzensiz olur.
- 69.Burada kurallara uymayan hastalar kendilerine ne olabileceğini bilir.
- 70.Hastalar buradaki hemşireleri isimleriyle çağırabilir.
- 71.Burada insanları heyecanlandıracak ve harekete geçirecek çok az şey vardır.
- 72.Burada çalışanlar yeni gelen hastaların servisi tanımalarına yardım ederler.
- 73.Hastalar çalışanlardan duygularını saklamaya eğilimlidirler.
- 74.Hastalar nereye gittiklerini söylemeden servisten ayrılabilirler.
- 75.Burada hastalara bazı davranışlarını değiştirip, yenilerini kazanmaları konusunda yardımcı olunur.
- 76.Burada hastalar birbirlerine dertlerini ve sıkıntılarını nadiren anlatırlar.
- 77.Burada çalışanlar tartışmanın sağlıklı bir şey olduğunu düşünürler.
- 78.Burada çalışanlar temizlik ve düzen konusunda örnek olurlar.
- 79.Burada insanlar her zaman fikir değiştirir.
- 80.Bu serviste hastalar kurallara uymazlarsa .başka yerlere gönderilebilir.
- 81.Bu servisteki grup tartışmaları oldukça ilgi çekicidir.
- 82.Burada çalışanlar bazen hastalar ile yapılacak görüşmelerine gelmezler.
- 83.Burada hastalar duygularını ifade etmek için desteklenir.
- 84.Çalışanlar hastaların baskıları karşısında nadiren pes ederler.
- 85.Burada çalışanlar hastaların günlük sorunları yerine duygularına önem verirler.
- 86.Burada çalışanlar hastaları geçmişleri hakkında konuşmaya teşvik ederler.
- 87.Burada hastalar nadiren öfkelenir.
- 88.Hastaların görüşme istekleri olduğunda çalışanlar onları nadiren bekletirler.
- 89.Buradaki hastalar ne zaman taburcu olacaklarını hiçbir zaman bilemezler.

90. Burada hastaların kişisel sorunlarını başkalarıyla paylaşmaları güvenli değildir.
91. Burada hastalar hafta sonlarında genellikle birlikte bir şeyler yaparlar.
92. Çalışanlar hastalara yardım etmek için esnek davranabilirler.
93. Bu tedavi programı her zaman aynıdır değişmez.
94. Bu serviste çalışanlar eleştiri yapılmasından yana değillerdir.
95. Buradaki hastalar taburcu olmadan önce yaşamları ile ilgili belli planlar yapmak zorundadırlar.
96. Burada kağıt oynamak ya da başka faaliyetler için grup oluşturmak çok zordur.
97. Burada hastaların çoğu sadece zaman geçiriyor gibidir.
98. Oturma salonu genellikle dağınıktır.
99. Çalışanlar bir hastanın durumu iyiye gittiği zaman bunu ona söylerler.
100. Burada doktorlara sorumlu olduklarını hissettirmek iyi bir düşüncedir.

Ek 2: SOÖ Form- R Cevap Kâğıdı

Lütfen her sorunun cevabını doğru ise (D), yanlış ise (Y) harfini ilgili sorunun kutucuğuna yazınız.

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.
41.	42.	43.	44.	45.	46.	47.	48.	49.	50.
51.	52.	53.	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.
61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.	68.	69.	70.
71.	72.	73.	74.	75.	76.	77.	78.	79.	80.
81.	82.	83.	84.	85.	86.	87.	88.	89.	90.
91.	92.	93.	94.	95.	96.	97.	98.	99.	100.

Ek 3: Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ)Form-R Cevap Anahtarı

KA	DE	SP	OT	PY	KSY	ÖS	DO	PA	ÇK
1.D	2.Y	3.Y	4.D	5.D	6.Y	7.D	8.D	9.D	10.Y
11.D	12.D	13.D	14.Y	15.Y	16.D	17.D	18.D	19.Y	20.Y
21.D	22.D	23.Y	24.D	25.D	26.D	27.Y	28.D	29.D	30.D
31.Y	32.Y	33.Y	34.D	35.Y	36.D	37.D	38.Y	39.D	40.D
41.Y	42.Y	43.D	44.D	45.Y	46.Y	47.D	48.D	49.Y	50.Y
51.D	52.D	53.Y	54.D	55.D	56.Y	57.Y	58.Y	59.D	60.D
61.Y	62.Y	63.D	64.Y	65.Y	66.D	67.Y.	68.Y	69.D	70.Y
71.Y	72.D	73.Y	74.D	75.D	76.Y	77.D	78.D	79.Y	80.D <input type="checkbox"/>
81.D	82.Y	83.D	84.Y	85.Y	86.D	87.Y	88.D	89.Y	90.D
91.D	92.D	93.X	94.Y	95.D	96.X	97.X	98.Y	99.D	100.D

Ek 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ARAŞTIRMANIN ADI: : Bir Psikiyatri Hastanesinin Terapotik Ortamının Sağlık Çalışanları Ve Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi

Bu form ile Bir Psikiyatri Hastanesinin Terapotik Ortamının Sağlık Çalışanları Ve Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Prof. Dr.Gülümser Kubilay'ın sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Bu araştırmanın amacı: Bir psikiyatri Hastanesinin Terapotik Ortamının Sağlık Çalışanları ve Hastalar Tarafından Nasıl Değerlendirildiğini Belirlemektir.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :

Gereksininiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : LEYLA TOKLU ÇAĞLIYAN

Görevi : HEMŞİRE

Telefon: 05338341588

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağı şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Leyla Toklu Çağlıyan ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Leyla Toklu Çağlıyan

Adres:Ulukışla/Gazimağusa

Tel: 05338341588

İmza:

Tarih:

Ek 5: Etik Kurulu İzni

 **Doğu Akdeniz Üniversitesi**
"Uluslararası Kariyer İçin"

Eastern Mediterranean University
"For Your International Career"

r.n.: 99628 Gazimağusa, KUZEY KIBRIS /
Famagusta, North Cyprus,
Via Mersin-10 TURKEY
Tel: (+90) 392 630 1995
Faks/Fax: (+90) 392 630 2919
bayek@emu.edu.tr

Etik Kurulu / Ethics Committee


Sayı: ETK00-2018-0035
Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.

16.01.2018

Sayın Leyla Toklu Çağlıyan
Hemşirelik Bölümü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun **15.01.2018** tarih ve **2018/52-07** sayılı kararı doğrultusunda, **Bir Psikiyatri Hastanesinin Terapotik Ortamının Sağlık Çalışanları ve Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi** adlı tez çalışmanızı, Prof. Dr. Gülümser Kublay'ın danışmanlığında araştırmanız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.

Bilginize rica ederim.


Doç. Dr. Şükrü Tüzmen
Etik Kurulu Başkanı

ŞT/sky.

Ek 6: Sağlık Bakanlığı İzni



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ

Sayı : YTK.0.00-460.02-18[460.02]-E.485


23 Şubat 2018

Konu : Leyla Toklu Çağlıyan'ın Tez Çalışması Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

Doğu Akdeniz Üniversitesi Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisi **Leyla Toklu Çağlıyan**'ın "**Bir Psikiyatri Hastanesinin Terapotik Ortamının Sağlık Çalışanları ve Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi**" konulu tez çalışmasını ekte sunulan anket formları aracılığı ile, yapması ve tez çalışmasının raporlarını Bakanlığımızla paylaşmak kaydıyla, hastanenizde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

 e-imzalıdır

Dr. Nil ERGÜN ELEDAĞ
Ytkd Başhekimi

Ek :

- 1 - 2 Şubat 2018 tarihli sayılı yazı
- 2 - 2 Şubat 2018 tarihli sayılı yazı
- 3 - 2 Şubat 2018 tarihli sayılı yazı

Dağıtım:

Gereği:

Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Bilgi:

DAÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Not: 93 2007 sayılı Elektronik İmza Yasası'nın 6.maddesi gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

BEDREDDİN D.CAD. NO:142 99010 Lefkoşa
2283173
2284247

Bilgi için:Selda BERATLI
Müdür Sekreterliği

Scanned by CamScanner



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ MÜDÜRLÜĞÜ
BARIŞ RUH VE SINIR HASTALIKLARI HASTANESİ

Sayı : YTK.2.01-006-18-E.662

9 Ağustos 2018

Konu : Leyla Toklu Çağhyan'ın Tez Çalışması Hk.

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Müdürlüğü'nün 23 Şubat 2018 tarihli ve YTK.0.00-460.02-18[460.02]-E.485 sayılı yazısı.

Leyla Toklu Çağhyan'ın tez çalışması için hastanemizde veri toplaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygı ile arz olunur.

e-İmzalıdır

Dr. Abidin AKBİRGÜN
Başhekim V.

Not: 93/2007 sayılı Elektronik İmza Yasası'nın 6.maddesi gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bedreddin Demirel Caddesi, Ortaköy
(0392) 2265441
3649146

Bilgi için Belgin DORAK UZUN
Arşiv Memuru

Ek 7: Ölçek Sahibinden İzin

