

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PSİKIYATRİ KLİNİKLERİNDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ VE HASTALARIN
TERAPÖTİK ORTAM ALGILARI**

Hemşire Sevda ÖZTÜRK

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2018**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PSİKIYATRİ KLİNİKLERİNDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ VE HASTALARIN
TERAPÖTİK ORTAM ALGILARI**

Hemşire Sevda ÖZTÜRK

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Fatma ÖZ**

**ANKARA
2018**

Psikiyatri Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Terapötik Ortam**Algıları****Öğrenci: Sevda ÖZTÜRK****Danışman: Prof.Dr. Fatma ÖZ**

Bu tez çalışması 06.08.2018 tarihinde jürimiz tarafından "Psikiyatri Hemşireliği Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:*Doç.Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK**(imza)**(Başkent Üniversitesi)***Tez Danışmanı:***Prof.Dr. Fatma ÖZ**(imza)**(Hacettepe Üniversitesi)***Üye:***Dr. Öğr.Üyesi Duygu HİÇDURMAZ**(imza)**(Hacettepe Üniversitesi)***Üye:***Dr. Öğr.Üyesi Azize ATLI ÖZBAŞ**(imza)**(Hacettepe Üniversitesi)***Üye:***Dr. Öğr.Üyesi Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN**(imza)**(Hacettepe Üniversitesi)*

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

16 Ağustos 2018*Prof. Dr. Diclehan Orhan***Enstitü Müdürü**

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

17.08.2018


Sevda ÖZTÜRK

i

ⁱ “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tez in erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tez in erişime açılması engellenebilir.

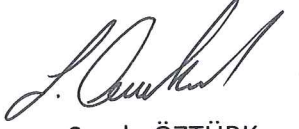
(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanının Prof. Dr. Fatma ÖZ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Sevda ÖZTÜRK

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimimde tecrübeleri ve destekleyici yaklaşımları ile tez danışmanım olarak çalışmaya çok değerli katkılarda bulunan, kişisel gelişimimi destekleyen, özgür bir çalışma ortamı oluşturan Sayın Prof. Dr. Fatma ÖZ'e

Yüksek lisans eğitimimde akademik ve kişisel desteğini hep hissettiğim Sayın Dr. Öğr. Üyesi Duygu HIÇDURMAZ'a ve eğitimim sırasında akademik anlamda desteği ve değerli eleştirilerinden dolayı Sayın Dr. Öğr. Üyesi Azize ATLI ÖZBAŞ'a

Araştırmanın istatistiksel değerlendirmesi aşamasında değerli katkılar sağlayan Arş. Gör. Mutlu UMAROĞLU'na, yüksek lisans eğitimimde insana bakış açımı genişleten Sayın Antropolog Doç. Dr. Mark SOİLEAU'a

Klinikte çalışmamı yürütürken, yardımlarını esirgemeyen, gelişimimde hep destek olan başta Sorumlu Hemşire Leyla DAŞTAN'a ve çalışma arkadaşlarım Eda, Vahide, Ayşe, Meltem, Tuğba, Çağla, Kenan, Selin ve Didem'e

Tez sürecinde ve her daim beni cesaretlendiren canım arkadaşım Rana Elçin SEZER'e, ve tez çalışmalarım süresince maddi ve manevi hep yanımda olan sevgili anneme çok teşekkür ederim.

ÖZET

Öztürk, S., Psikiyatri Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Terapötik Ortam Algıları, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018. Bu araştırmada, psikiyatri kliniklerindeki sağlık çalışanlarının ve hastaların terapötik ortam algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı türdeki çalışma, psikiyatri kliniğinde tedavi gören 91 hasta ve 55 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, Servis Ortamı Ölçeği ve hastalar ve sağlık çalışanları için tanıtıcı bilgiler formuyla toplanmıştır. Veriler, tanımlayıcı istatistikler, “Mann-Whitney U” testi, bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” testi ve Bonferroni düzeltmesi kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada, hastaların katılım, destek, spontanlık, otonomi, pratik yönelim, kişisel sorun yönelimi, öfke ve saldırganlık, programın açıklığı ve çalışanların kontrolü alt ölçeklerinde, sağlık çalışanlarına göre ortamı daha yüksek düzeyde terapötik olarak algıladıkları belirlenmiştir. Hastaların ve sağlık çalışanların tanıtıcı özelliklerine göre terapötik ortam algıları farklılık göstermiştir. Hastalar, sağlık çalışanlarının olumlu tavır ve tutumlarını ve fiziksel ortamın düzenini olumlu hizmet olarak değerlendirirken, fiziksel ortamın yetersizliğini ve sosyal yaşamlarından uzaklaşmış olmayı olumsuz hizmet olarak değerlendirmişlerdir. Hastalar, ortamın güvenli olmasını ve ortamda anlayışlı ve olumlu karşılanmanın tedavi edici olduğunu belirtirken, ortamı tedavi edici bulmayan hastalar sorumluluk almamayı ve sosyal ortamdan kopmayı neden olarak göstermişlerdir. Sağlık çalışanları ise ortamda sosyalleşme ve öğrenmenin sağlanmasını, sorumluluk alma, başarıma duygusu ve özgüvenin kazandırılmasını tedavi edici olarak nitelendirmişlerdir. Çalışmamız sonucunda sağlık çalışanlarına, terapötik ortamda hastalara yönelik sorumluluk alabilecekleri aktiviteler planlamaları, hastalıkların doğası ve hastaların bireysel özellikleri gözetilerek ortamla ilgili bilgilendirmelerin yapılması ve hem bireysel eğitimlerle hem de kurum içi eğitimlerle sağlık çalışanlarının terapötik ortam müdahalelerini geliştirmeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Terapötik ortam, sağlık çalışanları, hasta, psikiyatri kliniği

ABSTRACT

Öztürk, S., Therapeutic Milieu Perceptions of Health Care Professionals and Patients in Psychiatric Clinics, Hacettepe University, Institute of Health Sciences Psychiatric Nursing Master Thesis, Ankara, 2018. In this study, determining the perception of therapeutic milieu of health care professionals and patients in psychiatric clinics was aimed. This descriptive research was carried out with 91 patients treated in the psychiatric clinic and 55 health care professionals. The data were collected using The Ward Atmosphere Scale and descriptive information form for the patients and health care professionals. The data were evaluated by using the descriptive statistics, "Mann-Whitney U-Test", "Kruskal-Wallis H-Test" method for comparing the measurement values of three or more independent samples, and Bonferroni Correction. In the study, it was determined that the patients perceive therapeutically the involvement, support, spontaneity, autonomy, practical orientation, personal problem orientation, anger and aggression, programme clarity subscales in more higher level than the health care professionals. It was observed that the perception of therapeutic milieu of the patients and health care professionals changes according to the descriptive features of them. The patients was determined to evaluate the positive manner and attitudes of the health care professionals, and the organisation of the environment positively, while evaluate the inadequacy of the physical environment and becoming distanced from their social lives negatively. The patients stated that the secure environment, and being welcomed insightfully and positively are therapeutical, while the patients that find the environment as being not therapeutical argued the lack of the ability of taking responsibility/drifting away the social environment. On the other hand, the health care professional described providing the socialization and learning, gaining to take responsibility/sense of achievement and self-confidence as therapeutical. As a result of our work, healthcare professionals are advised to plan activities, meetings, and other activities where patients can take responsibility, to give information about the environment to patient be made by considering the nature of the diseases and the individual characteristics of the patients and improve their therapeutic milieu interventions with both individual training and in-service training.

Keywords: therapeutic milieu, health care professional, patient, psychiatric clinics

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
TABLOLAR	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırma Soruları	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Ortamın Kuramlar Bağlamında Açıklanması	7
2.2. Psikiyatrik Hizmetlerin Gelişimi ve Terapötik Ortam	9
2.3. Terapötik Ortam ve Hemşirelik	11
2.4. Günümüzde Terapötik Ortam ve Hastaneye Yatış	12
2.5. Terapötik Ortamın Unsurları	13
2.5.1. Kapsam	13
2.5.2. Destekleme	16
2.5.3. Yapılandırılmış Etkileşimler	19
2.5.4. Planlanmış Çevre	22
2.5.5. Onaylama/Kabul	23
2.5.6. İletişim	23
2.6. Terapötik Ortam ve Hemşirenin Müdahaleleri	25

2.7. Hastaların ve Sağlık Çalışanların Terapötik Ortam Algısı ve Sorunlar	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Şekli	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.4. Veri Toplama Araçları	37
3.5. Ön Uygulama	40
3.6. Araştırmanın Uygulanması	40
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	42
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	42
3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri	42
4. BULGULAR	43
4.1. Hastaların ve Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özellikleri	43
4.2. Olumlu/Olumsuz Olarak Değerlendirilen Hizmetlerin Dağılımı	45
4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Servis Ortamı Ölçeği Puan Ortalamaları	49
4.4. Sağlık Çalışanların Tanıtıcı Özelliklerine Servis Ortamı Ölçeği Puan Ortalamaları	55
4.5. Hastaların ve Sağlık Çalışanlarının SOÖ Puanlarının Karşılaştırılması	60
5. TARTIŞMA	61
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre SOÖ Puanlarının İncelenmesi	61
5.2. Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre SOÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi	64
5.3. Hastaların ve Sağlık Çalışanlarının SOÖ Puanlarının Karşılaştırılması	66
5.4. Hastaların ve Sağlık Çalışanlarının Terapötik Ortam Değerlendirmeleri	67
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	75
6.1. Sonuçlar	75
6.2. Öneriler	77
KAYNAKÇA	78

EKLER

- EK-1. TANITICI BİLGİLER FORMU 1 (Hastalar için)
- EK-2. TANITICI FORM -2 (Sağlık Çalışanları için)
- EK-3. SERVİS ORTAMI ÖLÇEĞİ
- EK-4. SERVİS ORTAMI ÖLÇEĞİ CEVAP ANAHTARI
- EK-5. ETİK KURUL İZNİ
- EK-6. ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN
ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İZNİ
- EK-7. ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ İZNİ
- EK-8. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ERİŞKİN HASTANESİ İZNİ
- EK-9. GAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDEN KURUM İZİNLERİ İZNİ
- EK-10. Onam Formu 1
- EK-11. Onam Formu 2
- Ek-12. Turnitin Dijital Makbuz
- Ek-13. Orijinallik Raporu

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

- ANA** : American Nurses Association- Amerikan Hemşireler Birliği
- APNA** : American Psychiatric Nurses Association- Amerikan Psikiyatri Hemşireleri Birliği
- OKB** : Obsesif Kompulsif Bozukluk
- SOÖ** : Servis Ortamı Ölçeği



TABLOLAR

Tablo 4.1.	Hastaların tanıtıcı özellikleri.....	43
Tablo 4.2.	Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özellikleri	44
Tablo 4.3.	Hastaların Klinik Ortamında Kendileri için Olumlu Etkiye Sahip Olduklarını Düşündükleri Hizmetler	45
Tablo 4.4.	Hastaların Klinik Ortamında Kendileri için Olumsuz Etkiye Sahip Olduklarını Düşündükleri Hizmetler.....	45
Tablo 4.5.	Hastaların kliniği tedavi edici bulma durumlarının dağılımı	46
Tablo 4.6.	Kliniği tedavi edici bulan hastaların açıkladıkları nedenler.....	46
Tablo 4.7.	Kliniği tedavi edici bulmayan hastaların açıkladıkları nedenler.....	47
Tablo 4.8.	Kliniğin tedavi ediciliği ile ilgili kararsız kalan hastaların açıkladıkları nedenler.....	47
Tablo 4.9.	Hastaların klinik ortamda hissettikleri	48
Tablo 4.10.	Çalışanların klinik ortamını tedavi edici bulma durumları	48
Tablo 4.11.	Çalışanların klinik ortamı tedavi edici bulma nedenleri	49
Tablo 4.12.	Hastaların Tanıtıcı Bilgilerine Göre SOÖ puanları	51
Tablo 4.13.	Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Bilgilerine Göre SOÖ Puanları.....	56
Tablo 4.14.	Hastaların ve Sağlık Çalışanlarını SOÖ Puanları	60

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ruh sağlığı hizmetleri, ruh sağlığının korunması sürdürülmesi tedavi edilmesi ve geliştirilmesine yönelik hizmetleri kapsar (1). Psikiyatri hizmetinde terapötik ortam; toplumun bir parçası olan insanların hastane deneyiminde benliğini ve etkili baş etmesini destekleyen, sağlıklı davranış örüntüleri kazanmasını sağlayan, iletişim becerilerini geliştiren, sosyal hayata uyumunu kolaylaştıran, yeteneklerini ve yeterliklerini tanımasını ve en iyi düzeyde kullanmasını destekleyen uygulamadır. İyi yapılandırılmış bir çevre kişinin sağlığına kavuşmasına yardım ederken taburculuk sonrası için bireyleri yeniden topluma hazırlayacak becerilerle donatır. Bu nedenle, terapötik ortam psikiyatri hizmetleri içinde her etkileşimin birey yararına ve geliştirici olmasını amaçlar (1, 2).

Terapötik ortamın oluşturulmasından ve devam ettirilmesinden sağlık profesyonelleri sorumludur. Hastaların gelişimlerini ve iyileşmelerini destekleyici bir terapötik ortam ancak disiplinler arası müdahalelerle hedeflerine ulaşılabilir. Hasta bireyin kliniğe kabul edildiği andan taburculuğuna kadar olan süreçte ruh sağlığı çalışanları terapötik ortam müdahalelerinde çeşitli görevler alırlar. Psikiyatri klinik ortamında genellikle, psikiyatri hekimi, psikiyatri hemşiresi, klinik psikolog, sosyal çalışmacı bulunurken tedavi programının kapsamına göre iş- uğraşı terapisti sanat terapisti, müzik terapisti gibi ruh sağlığı çalışanları da yer alır. Psikiyatri hekimi ruhsal hastalığı tanırlar ve ilaç tedavisini belirler, psikiyatri hemşiresi biyopsikososyal bakımı planlar, ilaç tedavisinin uygulanmasında görev alır ve yeterlilik durumunu göre grup toplantılarını, bireysel ve grup psikoterapilerini yönetir. Klinik psikologlar bireysel ve grup terapilerini uygular ve psikolojik testleri değerlendirir, sosyal çalışmacılar ise hastaların gereksinimi olan toplumsal kaynakların hastaya ulaştırılması ile ilgilenirler (1).

Terapötik ortamın yararının ve değerin anlaşılmamasından bu yana hemşireler bu ortamı oluşturan bir güç olmuşlardır. Çünkü; hemşireler sağlık profesyonelleri olarak ekipte 24 saat kesintisiz hizmet veren üyelerdir (1, 3). Terapötik ortam hastaların iyileşme ve tedavi süreçlerini hızlandırıp, daha insancıl bir tedavi almalarını sağlarken, süreçte psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumluluklarında büyük değişimler yaratmış; terapötik ortamın oluşturulması, sürdürülmesi ve değerlendirilmesi hemşirenin sorumluluğunda olmuştur (4, 5).

Terapötik ortamı sağlama adına hemşirelik uygulamalarının işleyişi Türkiye'de ve dünyada değişmekle birlikte, temelde uygulamalar terapötik ortam amaçlarına hizmet eder. Psikiyatri kliniklerinde hemşire, hastalara etkileşime girilebilecek fiziksel ve sosyal ortamı yaratır. Grup aktivitelerini yönetir ve yürütülen bu grup aktivitelerinde hastalarının yeterliklerini görür uygun aktivitelere yönlendirir. Aksi halde, yetersizlik pekiştirilir ve benlik saygısının azalmasına neden olur (1, 6). Hemşire, hasta bireyin kendi duygu ve düşüncelerini ifade edecekleri ortamı sunar, hasta adına karar almaz ve her insanın seçme potansiyeli olduğunu kabul ederek her hastanın bağımsızlığını destekler. Hastanın giyeceği kıyafetine karar vermekten, hastanın uygulanacak tedavisini onaylaması/seçmesine kadar katılabildiği tüm süreçlere katar. Hastalık süreçleri sebebiyle bazı hastalar otoriteye dayalı karar vermek zorunda hissedebilir. Bu süreçte hemşire, savunucu rolünü kullanarak kişiye ve ailesine gerekli bilgilendirmeyi yapar ekibin farkındalığını sağlar. Bireysel danışmanlık hizmeti vererek hastaların yaşadığı zorlu süreçlerde hemşirelik bilgi ve becerisiyle hastalar ve ailelerinin baş etmesini kolaylaştırır. Psikiyatri servis/klinik ortamının kuralları konusunda bilgi sağlar, hastayı belirsizlikten kurtarır (1-3).

Terapötik ortamda hem fiziksel hem psikososyal bakımı sağlamak hemşirenin görevidir. Biyopsikososyal olarak hastayı değerlendiren hemşire, hastanın gereksinimlerinin farkında olur, buna yönelik tanımlarını koyarak bakımını planlar (1, 2, 4, 7, 8). Fiziksel ihtiyaçları karşılanmayan bir hastanın terapötik ortamdan faydalanması beklenemez. Bireysel bakımı yetersiz olan bir hasta ya sosyal ortama girmek istemez ya da girse dahi utanç, suçluluk, yetersizlik, alay edilme korkusu

yaşar. Bu nedenle iyi bir bakım sağlanamaz ise ortamın tedavi ediciliğinden söz edilemez. Fiziksel ihtiyaçların karşılanmaması, hastanın kendisine ve çevresine zarar verme riski, bilgi eksikliği gibi hastanın terapötik ortama girmesini engelleyen her faktör hemşirelik girişimleriyle uzaklaştırılmaya çalışılır. Bu aşamada hemşire bakım verici, eğitim verici, danışmalık, savunuculuk gibi birçok rolünü kullanır (1, 9).

APNA tarafından yayınlanan psikiyatri hemşireliği uygulama standartlarından biri de terapötik ortamın oluşturulmasıdır (10). Ülkemizde psikiyatri kliniklerinde hemşirelik uygulamalarının büyük bir çoğunluğu farmakolojik tedaviyi uygulamak, fiziksel güvenliği sağlamak ve fiziksel bakımın iyileştirilmesine yönelik olup psikososyal desteği sağlayacak uygulamalar yetersiz kalmaktadır (11). Psikiyatri kliniklerinde hizmeti alan kişilerin deneyimlerinin incelendiği araştırmalarda, bireylerin kendilerini anlamaya ve daha fazla terapötik görüşme hizmeti almaya ihtiyaçları olduğu görülmüştür (12, 13).

Bireyin çevreyi algılamasında hem bireysel özellikleri, hem de çevreyle ilgili özellikler birlikte etkilidir(14). Bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, inancı ve deneyimi gibi bireysel özellikleri ve çevrenin gürültülü, gergin, temiz olması gibi özellikler ortamla ilgili algımızı etkiler. Terapötik ortam kavramının bilimsel olarak belirli özellikleri olsa da terapötik ortam algısının kişiler arasında farklılık gösterdiği görülmüştür. Fiziksel ve sosyal ortam; hastalar ve çalışanlar tarafından ortak paylaşılmasına rağmen farklı etkiler yaratabilmektedir (12, 15-17). Hastalığın, yaşam deneyimlerinin, yaşamdaki rollerin, gelişim dönemlerinin, gereksinimlerin kişinin algılarını ve değerlendirmelerini etkilediği bilinmektedir. Hastalık sürecinde kişiler yaşamlarının kontrolünü kaybettiği düşüncesine sahip olurlar. Bu süreçte yapılan bir çok müdahale hastalar tarafından karmaşık ve belirsiz olarak algılanır (2, 12, 18). Psikiyatrik hastalıkların doğası gereği, bireylerin düşünce, duygu ve algılamalar farklı olabilir. Bu algılardan dolayı psikiyatri hastaları ortamı daha tehlikeli olarak algılayabilir. Bireylerin gereksinimlerinin farklı olması, kliniklerde her yaş grubundan bireylerin bulunması, diğer hastalıkların getirdiği ek yükler, psikiyatrik hastalıkların türü bu algı farkını yaratan faktörlerdendir (19, 20).

Bireysel özelliklerin yanı sıra ortamın bireyleri hangi alanlarda desteklediği de terapötik ortam algısının önemli bir belirleyicisidir. Sosyal anlamda iyi yapılandırılmamış bir ortamda bireylerin sosyal becerilerinin gelişmesi beklenemez. Dolayısı ile ortamın bireyi sosyal beceriler anlamında desteklemediği düşünülür. Öte yandan sağlık çalışanlarının da kliniği yönetme endişeleri, hastaların her davranışına sınır koyma inancı, hastanın davranışlarını etnosentrik(olaylara kendi kültürünü temel alarak bakma) bir bakış açısı ile değerlendirme gibi faktörler terapötik ortamı algılamayı, değerlendirmeyi ve bunun sonucundaki uygulamaları etkilemektedir (19, 21-23). Bu yüzden terapötik ortamı yöneten sağlık çalışanlarının, her bireyin yeteneklerinin ve bireyselliğinin farkında olmaları ve farklılıkları gözeterek ortam müdahaleleri yapmaları hasta bireylerin biyopsikososyal gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayabilir (1, 24). Ortamı olumlu algılama klinikteki hizmeti daha iyi kullanabilme anlamına geldiği gibi, ortamdaki müdahalelerin etkili ve hastaya ulaşabilir olması da ortamı sevilen, memnuniyet verici bir yer yapmaktadır (17, 25). Rossberg ve Friss (17) psikiyatri hizmetlerinde hasta memnuniyetinin terapötik ortamla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.

Terapötik ortam iyi yapılandırıldığında, bireylerin biyolojik ve psiko-sosyal gereksinimlerinin karşılanması ortamla ilgili bireysel algı farklılığını azaltıp, hasta memnuniyetini arttırmaktadır. Yapılan çalışmalarda Terapötik ortam konusunda sağlık çalışanlarına verilen eğitimlerin ve yapılandırılmış programların çalışanların daha duyarlı olmasını sağladığı, psikiyatri kliniklerini hastaların ve çalışanların gözünden daha istendik ortam haline getirdiği ve hastaların ortamı daha terapötik algıladığı görülmüştür (5, 15, 31-33). Pearce ve ark. (32) terapötik ortam ilkelerine yapılandırdıkları ortamda hastaların kendilerine ve çevrelerine karşı agresyonlarının azaldığını ve bakım memnuniyetlerinin arttığını bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada ise hemşirelere verilen eğitim sonrası hemşirelerin terapötik ortam algılarının hastaların klinik aktivitelere katılımının arttığı, otonomilerini kullanabildikleri, toplumsal hayata hazırlıklarının arttığı ve kliniği düzenine uyabildikleri yönünde değiştiği sonucuna ulaşılmıştır (15).

Günümüz psikiyatri kliniklerinde terapötik ortamın sağlık çalışanı eksikliği (26), tıbbi tedavilere inanç (27), rollerdeki belirsizlik nedeni ile ne kadar uygulanabildiği tartışmalıdır. Bu nedenler bireylerin gereksinimlerini değerlendirmede ve karşılanmasını sağlamada sağlık çalışanlarının müdahalelerini olumsuz yönde etkilemektedir. (7, 28). Terapötik ortam koşullarının bireylerin gereksinimlerini karşılamaması iyileşmelerini desteklememesi, nedeni ile hastalar ve aileleri tedaviyi bırakabilmekte, sağlık çalışanlarına ve sağlık hizmetlerine güven duymamaktadırlar. Bunun sonucunda tedaviler yarım kalmakta ve iyileşme süreci etkin değerlendirilememektedir. Hastalar ve sağlık çalışanları ise bu hizmeti alan ve veren olmak üzere iki tarafta olmaları, sağlık çalışanlarının hastaların gereksinimlerinin dolayısı ile algılarının farkında olmamaları nedeni ile hastalar ve aileleri fiziksel olarak hastaneye ulaşsa bile hizmete ulaşamamakta ve istenilen yardımı alamamaktadır (29, 30).

Hastanın biyopsikososyal gereksinimlerinin karşılanması, ortam güvenliğini sağlama, en az kısıtlayıcı çevrede güvenli bakım ve hizmeti sağlama, hasta ve ailesine danışmanlık verme, psikoeğitim programlarını planlama psikiyatri hemşirelerinin görev yetki ve sorumlulukları arasında yer almaktadır (34). Sağlık çalışanlarının ve hastaların terapötik ortamı nasıl algıladıklarının bilinmesi, psikiyatrik hizmetlerin yeniden yapılandırılması, hastaların ve sağlık çalışanlarının ortama bakış açılarının bilinmesi ve hasta ile birlikte ortak amaçlar oluşturabilmeyi ve böylece sağlık bakım hedeflerine ulaşabilmeyi kolaylaştırabilir. ANA(Amerikan Hemşireler Birliği) tarafından oluşturulan hemşirelik bakımına duyarlı, hasta bakım indikatörleri arasında, psikiyatri hastalarının kendisine ve çevresine kendisine ya da başkasına zarar vermemesi, cinsel istismarın olmaması, kliniklerde kullanılan kontrol yöntemlerinin azalması yer almaktadır (35). Bu da ancak iyi bir terapötik ortamın oluşturulmasıyla önlenabilir. Bu nedenle, insan psikolojisi, tedavisi, bakımı üzerine eğitim almış sağlık çalışanlarının algısı ile hasta grubunun terapötik ortam algısının bilinmesi, terapötik ortamın tekrar değerlendirilip oluşturulması ve bu ortamın istendik amaçlarına ulaşılması için, klinik uygulayıcılara ışık tutması beklenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının terapötik ortam algısı ile hastaların terapötik ortam algılarının belirlenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Sağlık alışanlarının terapötik ortam algısı nedir?
2. Sağlık alışanlarının tanıtıcı özelliklerine göre terapötik ortam algıları arasında fark var mıdır?
3. Hastaların terapötik ortam algısı nedir?
4. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre terapötik ortam algıları arasında fark var mıdır?
5. Sağlık alışanları ve hastaların terapötik ortam algıları arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

Türk dil kurumuna göre ortam; canlı bir varlığın içinde bulunduğu doğal veya maddi şartların bütünü ve ya diğer tanımıyla bir kimsenin veya bir insan topluluğunun yaşayışını etkileyen ruhsal, toplumsal ve kültürel etkilerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (36). Psikiyatri literatüründe ortam veya çevreyle ilgili terapiye "ortam terapisi" (milieu therapy), tedavi edici topluluk veya tedavi edici ortam denilmektedir. Kum'un aktardığına göre terapötik ortam " *hastaneye kabul edilen bireylerin en kısa zamanda sosyal yaşamlarına yeniden dönebilecek duruma gelmeleri için yardım eden; onların öz güvenlerini benlik değerlerini, diğerleri ile olan ilişkilerini geliştiren, yeteneklerini artıran ideal ve dinamik ortam*" idir (2). Terapötik ortam fiziksel ve sosyal çevre düzenlemeleri ile bireye etkili öğrenme ile sağlıklı davranış örüntüleri kazandırır, kendisine ve çevresine yönelik farkındalık kazandırarak stres verici olaylarla baş etmesini kolaylaştırır. Etkisiz ve zarar verici davranışların terk edilmesini yeni etkili davranış örüntülerinin gelişmesini destekler. Bireye öğrenilen davranışın denenmesi için güvenli ortamı sağlar (1, 9, 37, 38).

2.1. Ortamın Kuramlar Bağlamında Açıklanması

Ortam, çevre, birey etkileşimi çeşitli kuramcılarının sıklıkla üzerinde durduğu konulardır. Her kuram ortamın bireyin sağlığı üzerine etkisini farkı yönleriyle ele almıştır.

Bireysel psikolojinin kurucusu Adler, bireylerin çocukluk yaşantıları ve ortamların bireyin algısı ve davranışı üzerindeki etkisini açıklamıştır. Adler'e göre kardeş sırası önemlidir. Örneğin, aynı ailede birinci ve ikinci çocuk olmak farklıdır. İlk çocuğun ailedeki rolü ikinci çocuğun gelmesi ile değişir. Bir anda ortamın ilgisi ikinci çocuğa yönlendirilmiştir. Aile ortamındaki bu değişiklik erken çocukluk yaşantılarında travmatize edici etkiye sahip olabilmektedir. Adler'in önemli bir vurgusu, eksiklik duygusunun nasıl oluştuğu ile ilgilidir. Organ eksikliği olan çocukların diğer çocuklarla karşılaştıklarında daha zor bir yaşam sürdürdükleri

bilinmektedir. Ancak Adler'e göre çocuğun bulunduğu ortamda hastalık, yetersizlik olarak yorumlanmaz ise çocuğun kendisi ile ilgili algısı olumlu olabilmektedir. Dolayısı ile dış çevreden gelen mesajlar bireyin yetersizlik algısını değiştirmektedir. Olumlu geri bildirim verilmesi, yeterliklere odaklanması bireyin benliğini güçlendirmede önemli bir aşama olduğu için danışmanlıkta benlik destekleyici bir tutumun terapötik faydası vurgulanmaktadır (39, 40).

Varoluşçu psikiyatriye göre çevre, beden, zihin birbirinden ayrılamaz bir bütündür. İnsan davranışının bireysel ve çevresel uyaranların sonucu oluştuğuna karşılık çünkü var oluş bunların çok ötesinde bir fenomendir. İnsan dış olaylarla birlikte ve onlardan ayrılamaz bir biçimdedir. Varoluş ise çevrede diğer insanların olmasına ve etkileşime bağlıdır. İnsanların samimi duygu ve düşüncelerini paylaşmaları, iki tarafın da birbirlerini etkilemeleri varoluşlarına yönelik farkındalıklarını arttırır (40, 41).

Sosyal ortamın birey üzerindeki etkisini açıklamakta temel olan kuramlardan biri Kurt Lewin'in Alan kuramıdır. Alan kuramına göre bireyin davranışı yalnızca bireysel özelliklerle açıklanamaz. Bireyin davranışı hangi ortamda ve hangi şartlar altında olduğuna göre değişmektedir. Bireyin ortamın şartlarını kendi içsel süreçleri ile değerlendirmesi sonucu davranış ortaya çıkar (42, 43) Lewin, dış ortamla içsel süreçlerin birleşmesini psikolojik çevre olarak tanımlamış ve etkileşimler arttıkça psikolojik çevrenin genişleyebileceğini öne sürmüştür (42). Dolayısı ile davranış değişimi istendiğinde psikolojik çevrede yaratılacak değişiklikler birey üzerinde terapötik etkiye sahip olabilmektedir (43).

Sosyal öğrenme kuramı bireylerin gözlemsel öğrenmesine odaklanmıştır. İnsanlar gözlem yolu ile yeni davranış biçimlerini kaydederler. Gözlemlenen davranışı gösteren kişi, bireyin rol modeli olur. Birey kaydettiği bilgileri performans sırası bireye geldiğinde kullanır ve yeni davranış ortaya çıkar. Bireylerin bulundukları ortamda rol modelleri uygun değilse birey işlevsel davranış gösteremeyecektir. Doğru rol modellerin olduğu ortamlar bireylerin işlevsel davranışlar geliştirmesini sağlayabilmektedir. Bilişsel davranışçı terapilerde yeni davranışın kazandırılması için

danışman rol model olabilmektedir. Örneğin, atılganlık eğitiminin danışman tarafından modellenmesi ya da herhangi bir rol modelin olması girişken atılgan davranışı başlatabilir, sürdürebilir ve geliştirebilir (44).

2.2. Psikiyatrik Hizmetlerin Gelişimi ve Terapötik Ortam

Psikiyatrik sağaltım uygulamaları hastalığın ortaya çıktığı her çağda olmuş ve sağaltım uygulamaları farklılık göstermekle birlikte acımasız ve insancıl olmayan bir çok yola başvurulduğu görülmüştür. İlk çağlarda bilgi birikimi hastalıkları anlamaya ve çözüm bulmaya yetmeyen insanoğlu baş edebilmek için çoğu zaman büyücülük, kötü ruh gibi inanışlar üzerinden sağaltım uygulamıştır. Ancak tarihsel süreçte farklı bölgelerde günümüz hastane uygulamalarına fikir veren hizmetler de görülmektedir (42, 45). Milattan sonra 1.2. yüzyıllarda Efesli Soranus'un kurumsal bakımında, hastaları sıkıntıya sokacak dışsal uyarandan korunduğu, bakım vericilerin davranışlarına dikkat edildiği, kitap okumalarının ve kendilerini ifadelerinin desteklendiği bilinmektedir (42). 15. yy'dan 17. yy'ın sonuna kadar psikiyatrik hastalıklara şeytani güçlerin nedeni ile olduğu düşüncesi ile cadı davaları sürmüştür. Diğer taraftan 17yy'da Floransa'da psikiyatri hastalarına insan oldukları için saygı gösterilmesi ve tıbbi bakımlarının ahlaki sorumluluk ile yapılması konusunda yasal düzenlemeler yapılmaya çalışılmaktaydı. Fransız devriminin öncesinde krallık, suçlular ve psikiyatri hastalarını aynı şekilde yönetimde tutuyor, insani olmayan uygulamalar yapıyordu. Bu sebepten psikiyatri hastaları rejimin kurbanı olarak görülüyordu (42). Fransız devrimi sonrası Hekim Pinel hastaların karanlık odalara kapatıldığı, zincire bağlandığı bir dönemde "moral tedavi" anlayışını, bulunduğu hastanede oluşturarak, hastaların daha insanca tedavi alacakları bir ortama sahip olmaları için öncü olmuştur (42, 45) Hastaları zincirden kurtaran Pinel, diğer hastalar gibi bakıldıklarında zararların azaldığını ve hem de diğer insanlar gibi yaşantılarını sürdürebileceklerini çağın yöneticilerine ispat etmiş ve hastalarla 24 saat birebir ilgilenmenin önemini vurgulamıştır (42). Pinelin bu davranışı hem Fransız devriminin bir sembolü haline gelmiş hem de Modern Psikiyatri hizmetlerinin başlangıcı olarak kabul edilmiştir (42, 46).

İkinci Dünya savaşı bitiminde tedavi ihtiyacı olan hasta askerlerin bakımı ve tedavisine yönelik hastanelerin açılması ruhsal sorunlar yaşayan bir çok kişinin hastalık yaşantısını ve tedavisini derinden etkilemiştir. Savaşın şartları nedeni ile askeri bölgelerde ve hastanelerde sağlık bakım hizmetinde yetersizlikler ortaya çıkmıştır ve kadınların orduya hizmeti gündeme gelmiştir. İyi eğitilmiş ve duyarlı kadınların çoğu hemşire olarak görev yapmayı tercih etmişlerdir (47). Bu sıralarda Maxwell Jones'un Mill Hill Hastanesinde hizmet vermekteydi ve izlemekte olduğu hastalarda sol göğüs ağrısı, çarpıntı, nefes alamama, baş dönmesi, bayılma, yorgunluk, shell shock (savaş travması) ya da efor travması şikayetleri mevcuttu. Ancak hastaların bu belirtilerinin fizyolojik bir dayanağı bulunmuyordu. Jones'un 100 hastada üzerinde yaptığı çalışmada hastaların bu belirtilerinin stres tepkisi olduğu ortaya konmuştur. Jones klinik içi bu verilerin sonucunda yeni bir sosyal yapılanmaya gidilmesi gerektiğini farketmiştir. Bu yapılanma hastane toplumunu, hastaların iyileşmesi üzerine yeniden düzenlemiştir. Bu yapılanmaya **"terapötik toplum"** olarak isimlendirmiş ve temelini 3 adımda özetlemiştir (5, 47).

Toplumdaki bireyi tanımak: Jones'un temel vurgularından biri, toplumdaki bireydir. Jones terapötik toplumda yalnızca hekimle görüşmede elde edilecek veriler ve yapılan tedavilerin yetersizliğini, asıl olanın tedavi alan bireylerin sosyal yapı içinde nasıl davrandıklarını değerlendirmek olduğunu vurgular. Terapötik toplum yaratmada ilk adım; toplum içindeki bireyi tanımak ve toplumsal uyarılarla bireyin kendisini tanımasını sağlamaktır. Jones, grup eğitimleri ile hastalara hastalık belirtilerinin bir stres tepkisi olduğunu anlatarak tarihte kapsamlı psikoeğitim uygulamalarını gerçekleştirmiştir. Bu süreçte, bireylerin kendilerini tanımaları, ruhları ve bedenlerinin nasıl tepki verdiklerini, yaşanan belirtilerin aslında ne olduğunu bilmeleri ve açıklayabilmeleri tedavinin önemli bir parçası olmuştur (5). Böylece, Jones bu yolla bireyleri kendi hastalık ve tedavi süreçlerine dahil etmeyi ve sorumluluk almalarını sağlamıştır (5, 48).

Ortamdaki iletişimi güçlendirmek: İfade edilemeyen duygular ve yaşantıların bireyler üzerinde hem hastalıklarının gelişiminde hem de tedavi edilememesinde önemli bir etken olduğu bilinmektedir (5, 40, 49). Dönemin hiyerarşik hastane yapılanması düşünüldüğünde, özgürce iletişime geçebilmek, isteklerini, istemediklerini ifade edebilmek hasta birey için zor olmakla birlikte, psikiyatri hastaları için daha da zor olmakta idi (5, 42). Jones ikinci olarak, tedavi edici yaşantıların oluşması için özgür iletişimin hem tedavi ekibi içinde hem de hastalar ve ekip arasında olması gerektiğine inanmaktaydı. Jones'a göre özgür iletişim, önce sağlık hizmetini veren ekip içinde olmalıdır. Emir komuta zinciri şeklinde iletişim yerine, statülerden arınmış insan insana iletişimin egemen olduğu bir kültür oluşturulmalıdır. Kendilerini ifade edebilen hastaların semptomları gerilemiş, kendileri tanımaya çalışan, kendi gelişimlerinde sorumluluk alan ve klinik kararlara katılan hastaların işlevsellik düzeylerinin arttığı gözlenmiştir (5, 47).

Topluma yeniden girme: Jones'un üçüncü önemli etkinliği ise hastanın klinik içinde eğitimlerle ve etkileşimlerle farkına vardığı öz kaynaklarını ve çevresel kaynaklarını taburculuk sonrasında en iyi düzeyde kullanabilmesini vurgulamasıdır (5). Bazı durumlarda hastanın var olan yeterlikleri geçmişte sahip olduğu işe ya da yaşam stiline uymuyorsa, yeni bir rolü kabul edip sosyal yaşantıdan kopmadan yeterliğine uygun alanlarda istihdam edilmesini önermektedir. Böylece birey toplumdan kopmadan yeni rolüyle toplumda var olacaktır (5, 50).

2.3. Terapötik Ortam ve Hemşirelik

Terapötik ortam hemşirelik müdahalelerinden ayrı olarak değerlendirilmemelidir. Hemşireler hem fiziksel bakımları ile hem psikososyal yaklaşımları ile terapötik ortamın oluşturmada önemli bir gücü temsil etmektedirler. Öyle ki; Jones'un "terapötik toplum" adını verdiği kavramının klinik içinde kurulmasında hemşireler aktif rol almışlardır. Bu bağlamda, hemşirelerin aktiviteler sırasında en ulaşılabilen ve en çok etkileşime giren meslek olması terapötik toplumun oluşmasına büyük katkı sağlamıştır. Bu kavram; bakım rolleri, eğitimleri, iletişim becerileri ile klinik içinde özgür etkileşim kültürünü yerleştiren, demokratik

ortamı oluşturan, hemşirelerin rollerinin olumlu yönde değişimine katkı sağlamıştır (5, 51).

Terapötik ortamla ilgili hemşirelerin yeni rol ve sorumlukları bağlamında hemşireler ortamı değerlendirmek ve yeniden yapılandırmak amacıyla hastaların gereksinimlerini ve tedavi beklentilerini göz önüne alarak yeni müdahaleler üzerinde çalışmışlardır (4, 33, 48). 1960'larda yeni gelişmeler olmasına rağmen 90 'lı yıllarda kliniklerde hala kriz yönetiminde, hastaya yaklaşımda personel ve ortamın yönetimi ile ilgili zorluklar yaşanmaya devam etmiştir. Bu zorluklar çalışanların bilgi, beceri ve sayı bakımından eksikliği, klinikte agresyon oranlarının fazlalığına bağlı hasta kısıtlamalarındaki artışa bağlı idi. Hemşireler sadece ortamı kontrol edebiliyor ancak terapötik aktivitelere katılmıyorlardı. Oysa; İngiltere'de terapötik toplum ilkelerine dayalı iletişim, fiziksel anlamda özenilmiş bir çalışma ortamı sağlanabilmiştir. Özellikle 90'lı ve 2000'li yıllarda terapötik toplum ilkelerinin uygulanmaya başlandığı hastanelerde, iletişim, grup bağlılığı, yönetimle ilişkiler, açıklık-yapı ve hasta bakım kalitesi yönünde olumlu değişimler gözlenmiştir. Bunun yanında mekanik ve kimyasal kısıtlamaların azaldığı, çalışanların hastalık izin alma sayılarının azaldığı belirlenmiştir (31, 33, 52).

2.4. Günümüzde Terapötik Ortam ve Hastaneye Yatış

Terapötik ortam bireylerin yeni beceriler kazanmasını, etkili baş etmesini, benliğinin desteklenmesini amaçlar. Geçmişte hastanelerde daha uzun süreli yatışlar olurken günümüzde hastanelerin tedavi hedeflerini belli ve kolay ulaşılabilir amaçlara yöneltmesi ile daha kısa süreli yatışlar olmaktadır. Kısa süreli yatışlarda, olumlu değişikliklerin kalıcı olması, krizin yönetilmesi, belirtilerin kontrolü, bireyin yatış öncesindeki işlevsel düzeye yakın olması, tekrar yatışın önlenmesi sağlık ekibinin beklentileri arasındadır. Kısa süreli yatışlarda klinik psikiyatri hizmetinin tedavi hedefleri şunlardır;

- Sağlık ekibine güven duyma
- Hastanın topluma uyumunu güçleştiren psikiyatrik belirtilerinde azalma

- Etkili baş edebilme
- Hastanın taburculuktaki toplumsal yaşantısı için amacının ve umudun olması
- Taburculuk sonrası uygun kendisini ve sağlığı ile ilgili güvenli kaynakları ve nasıl ulaşacağını bilmesi (48).

Kısa süreli tedavi hedeflerine, terapötik ortam müdahaleleri ile ulaşılmaya çalışılmaktadır.

2.5. Terapötik Ortamın Unsurları

Terapötik ortamın temel unsurlar bir çok araştırmacı tarafından kavramlaştırılmıştır. Gunderson terapötik ortamın temel kavramlarını kapsam, destek, yapı, katılım ve onaylama olarak 5 başlık altında incelemiştir (24). LeCuyer 1992 yılında Gunderson'un sınıflandırmasına eklemeler yaparak bu sınıflandırmayı kapsam, destek, etkileşimi yapılandırma, çevresel planlama, onaylama ve iletişim olarak 6 başlıkta açıklamıştır (48).

2.5.1. Kapsam

Terapötik ortam, bireylerin güvenliğinin sağlanması, fiziksel sağlığının korunması ve geliştirilmesini sağlayan tüm uygulamaları içermektedir. Bu uygulamalardan biri olan güvenliğin sağlanması ile, hasta belirsizlikten kurtulur ve ortamın güvenli olduğu mesajını alır. Fiziksel bakım ise var olan mevcut durumun kötüleşmesini önlemek ve daha iyi bir fiziksel sağlığın psikososyal alanlara olumlu etkisinin olması nedeni ile zorunludur. Fiziksel güvenliğin sağlanması ve bireyin fiziksel iyiliğini sağlayan uygulamaların kişiyi ekibe bağımlı kılması söz konusu olabilir. Ancak bu aşamada birey bağımlılığı destekleyici yaklaşım yerine, bakımına aktif katılabilmesini, bağımsız karar verebilmesini sağlayan yaklaşımlarla desteklenmelidir (48).

Temel Gereksinimlerin Karşılanması: İnsanın biyopsikososyal bir varlık olduğu düşünüldüğünde, gereksinimleri tek yönüyle ele almak, üstün körü bir

değerlendirme yapılmasına neden olmaktadır. Gestalt'ın bütüncül yaklaşımına göre bireyin her yönünü ayrı ayrı değerlendirmek de yetersiz bir değerlendirme olur. Bireye ne olduğunu anlamamızı sağlayan, biyopsikososyal yapıların etkileşimidir (53, 54). Hayatımızı sürdürebilmemizde barınma, beslenme, su, uyku, hava gibi gereksinimlerin karşılanamaması sosyal ve psikolojik alanları da etkilemektedir (14). Benzer şekilde ruhsal hastalıkların şiddeti ve türü bireylerin beslenme, uyku, su gibi temel gereksinimlerini karşılayamamalarına ya da fark edememelerine neden olabilir. Depresyonda olan bir hastanın yemeğe ilgisi azalabilir ve yemek yemek istemeyebilir. Bazı zamanlar da ise gereksinim hasta birey tarafından yanlış değerlendirilebilir. Örneğin, akut psikozda olan bir hastanın beslenme gereksinimi göz ardı edildiğinde cezalandırıldığını düşünebilir (54). İyi bir fiziksel sağlık için biyolojik gereksinimlerin karşılanması gerekmektedir. Uyku ve dinlenme ihtiyacı ise zor dönemler yaşayan psikiyatri hastaları için dengeli karşılanması gereken ihtiyaçlardır (30). Gereksinimin karşılanamamasının verdiği gerginlik psikiyatrik hastalık belirtilerinin şiddetinin artmasına neden olur sonucu kişi iyileşme umudunu yitirebilir. Fiziksel sağlığın iyi olması psikiyatrik rahatsızlıkla baş etme de güçlü bir dayanak olurken klinikte yapılan psikososyal müdahalelerden bireyin yararlanmasını sağlar ve ilaç uyumunu artırır (1, 55).

Emniyet/Güven/Sınırlar: Terapötik ortamın temel unsurlarından biri olan güvenlik, bir ortam bir kişiye duyulan ya da grup üyelerinin birbirlerine duyduğu güven duygusunu ve ortamdaki zarar gelmeyeceği düşüncesini içerir. Terapötik ortamda güvenlik, temel unsurlardan birisidir (1, 2, 4, 9). Fiziksel güvenlik bireylerin hayatta kalması için ve kendilerini kontrol edebilmelerini sağlarken, duygusal güvenlik ise etiketlenme korkusu olmadan sorunları dile getirebilme, öğrenilen yeni davranışı deneyebilme, diğer hastaların rahatsızlığına tanıklık edip tahammül edebilmeyi ve sonucunda iyileşmenin devamını sağlamaktadır (9, 38).

Psikiyatrik hastalıklarda bireylerin acıları ortam tarafından engellenmiş ya da duygular reddedilmiş olabilir. Duygusal güvenliğin olmayışı, bireyleri şimdide değil gelecekte yaşamaya ya da geçmişteki tek başına çözemediği yaşantılara

odaklanması ile sonuçlanabilir. Dolayısı ile içinde bulunulan anda yaşanamayan acılar ve ifade edilemeyen duygular olabilmektedir (56). Bu aşamada kabul edici tutum, bireyin fiziksel ve duygusal güvenliğinin sağlanmasında terapötik müdahalelerin ilk basamağı kabul edilmektedir (40).

Fiziksel güvenlik hastaların biyolojik varlığını koruyan tüm uygulamaları içermektedir. Bireyin kendine ve çevresine zarar riski ortaya çıktığında kliniğin güvenli fiziksel şartları bireyi, aileyi ve toplumu hasta davranış değiştirene kadar korumaktadır. Klinik bakıma ulaşıldığında, sağlık ekibiyle güven ilişkisi kurulmasının, yeni öğrenmelerin, yeni becerilerin ile bireyin kendisine ve çevresine zarar riskinin azalması veya ortadan kalkması beklenir. Bu aşamaya kadar fiziksel güvenlik önlemleri ortamdaki hastaların güvenliğini sağlar (1).

Psikiyatri kliniklerinde fiziksel güvenliğin sağlamak için, hastaların ulaşabileceği doğrudan yada dolaylı zarar verme potansiyeli olan araçlar ve kimyasallar uzaklaştırılmalı, elektrik kabloları, kesici delici aletler, ilaçlar kilit altında saklanmalı, yangın oluşturabilecek ve öz kırım riskini arttıracak araçlar kliniğe sokulmamalıdır. Bu doğrultuda ziyaretçilerin ve hastaların eşyalarının kontrol edilmesi ve hangi malzemelerin yasak olduğu bilgilendirmesinin yapılması gerekmektedir (2-4). Kurallar konusunda hastaları bilgilendirmek, klinik içinde görünür bir yerde kuralların olmasını sağlamak güvenlik kültürünün hastalar tarafından benimsenmesini ve neyin yapıp neyin yapılmayacağı konusuna açıklık sağlayarak güvenli bir ortam mesajı verir (31, 38). Ülkemizde ve dünyada kliniklerin genel yapısı ve kuralları değişebilmekle birlikte katı kuralları olan kliniklerin saldırganlığı azalttığı savunulmaktadır. Özellikle kişilik bozukluklarında katı kurallar etrafında yapılandırılmış ortamların tedavi edici bir deneyime yol açtığını ileri süren uzman görüşleri olabilmektedir. Ancak klinik kuralları ile ilgili çalışmalarda genel kişilerarası iletişimde sağlık çalışanlarının nelere özen gösterdiği ile ilgilidir. Kuralları açıklarken sağlık çalışanının olumlu tutumu ve kuralları nedenleri açıklaması saldırganlığı azalttığı görülmüştür (31, 57). Hastanın sorununa ve duygularına duyarsız kalmak ve ceza olarak kuralı kullanmak, hastaların klinik kurallarına

uyumasını engellemekte ve hastanın agresyonunu tırmandırabilmektedir (31, 57). Fiziksel saldırıların kontrol yöntemleri ile önlenmesi ve ortamda agresyonun yükselmesine izin vermeyecek müdahalelerde bulunmak güvenli bir yaşam ortamının oluşturulması için gereklidir (1, 58). Diğer taraftan kontrol yöntemlerinin uygulanması da hastaların fiziksel ve duygusal güvenliğine tehdit oluşabilmektedir (58, 59). Kısıtlanan hastanın yapılan uygulamayı ceza olarak algıladığı bilinmektedir. Kontrol yöntemleri savunmasızlık, çaresizlik, öfke, yalnızlık, korku gibi duyguların yaşanmasına neden olurken hastaların ortamı olumsuz olarak değerlendirmelerine neden olmaktadır (59, 60). Kontrol yöntemlerinin kullanılması gerektiğinde ise sağlık ekibinin kontrol yöntemlerini nasıl kullandığı önem kazanmaktadır. Kontrol yöntemi sırasında veya sonrasında yapılacak bazı müdahaleler bireyin yaşantısını anlamlandırmasına veya daha az tehditkar algılamasını sağlayabilmektedir (57, 59). Kontio ve ark. (61) hastaların kontrol yöntemleri uygulanırken sağlık personeliyle iletişim kurmaya, bilgi almaya en çok gereksinimi duyduğu zamanlardan biri olarak saptamışlardır. Kontrol yönteminin ne için kullanıldığı anlatılması ve bu sırada gereksinimlerin karşılanması hastayı önemsedığımız mesajını vermektedir. Kontrol yöntemi sonlandırdığında ise duygu ve düşüncelerinin konuşulması hastaların güçsüzlük, öfke, yalnızlık gibi duygularının hafiflemesini sağlamaktadır (59, 61).

2.5.2. Destekleme

Bireyin demokratik düzen sağlanarak benliğinin desteklenmesi, duyguları ve düşüncelerinin ifadesinin desteklenmesi, bakımına yardımın ve desteğin olması bu aşamada ele alınır. Desteğin ne ölçüde olacağı sağlık profesyonellerinin ve hastanın birlikte değerlendirmesi sonucu olabilir. Destek hastanın bağımlılık düzeyine göre verilmelidir. Aksi halde otonomisini kullanamayanlar için sağlık çalışanlarına bağımlılık desteklenmiş olur (1, 24).

Demokratik Düzenin Sağlanması, Otonomi ve Paternalizm: Psikiyatri klinikleri geçmişte bireylerin fiziksel olarak muhafaza edildiği ve hastaların karar verme haklarının olmadığı yerler idi. Bu da hastaların bağımsızlaşmalarına ve kendi hayatlarını yönetmelerine engel olmaktaydı. Psikososyal müdahaleler ile söz konusu

olumsuz yaklaşımlardan uzaklaşmış ve klinik ortam tedavi edici kimliğini kazanmıştır (42, 62). Uygun müdahaleler sonunda bireyin taburculuğunda en iyi düzeyde kendi hayatını yönetebilmesi hedeflenmektedir. Ancak bu hedefe ulaşabilmek için bireyin klinik ortamında önce kendi bakım ve tedavisinde karar sürecine katılması istenir ve ekip üyeleri tarafından desteklenir. Böylece bireyler terapötik ortamın yönetiminde problem çözme ve karar verme sürecinde rol oynarlar ve demokratik bir düzen kurulmuş olur (1, 2, 5, 63).

Demokratik düzen kültürünü oluşturma görevi sağlık ekibi içinde başlamaktadır. Klinik içi kuralların oluşturulması, düzenlenmesi, grup toplantılarının yapılandırılması, klinik içi sosyal aktivitelerdeki yapılanmalar kliniğin demokratik yapısını oluşturur (1, 9). Klinik içi faaliyetlerin yönetiminde sorumlulukların belirlenmesinde hastaların karar vermeleri istenir (5, 9, 63). Örneğin, iş-uğraşı aktivitelerinde hastanın hangi uğraşmayı seçeceği hastanın kararına bırakılır, ya da klinikte sigara salonunun kapanma saatinin daha geç olmasını isteyenler var ise klinik kuralları nedenleri ile grup ile tartışılıp yeni bir karar alınabilir. Bu tutum sorumluluk duygusunu güçlendirir ve öz saygısını destekler (2, 9, 62).

İnsan hakları bağlamında düşündüğümüzde savunmasız gruptan biri olan psikiyatrik sorunu olan bireylerin kendisi ve çevresi ile ilgili karar vericiliği ve kendi yaşamında söz hakkı olması tartışılan bir konudur (1, 64). Bireyin geleceğini belirleme hakkı, Kantçı bakış açısına dayanır. Bu bakış açısı, özerk eylemlerde bulunabilmemiz için ahlaki normlara uymamız gerektiğini ve gerçeği değerlendirebilmemiz gerektiğini savunur (1, 65, 66). Psikiyatrik hastalıklarda kişilerin karar verme süreçlerinin içinde bulundukları zorlu durumdan dolayı etkileneceği düşünülür. Zorla tedavi süreci bu durum için örnek verilebilir. Bireyin kendisine ya da çevresine zarar verme riski vardır ve sağlık ekibi, aile veya yasal güç ile karar verici olur. Böyle durumlarda hastanın yararı için hasta bir süre karar verme hakkından mahrum edilir (1, 45, 65). Bu durumda bireyin ailesinin devletin yetkilendirmesi ile sağlık çalışanları karar verici olabilmektedir (1, 65).

Paternalizm, bireyin daha iyi olacağı gerekçesiyle ya da bireyi korumak adına otorite olan kişinin karar sürecine müdahalesidir (67). Zorla yatışlarda ve gönülsüz tedavilerle başlayan tedavi sürecinde sağlık ekibi kişinin yararı için paternalistik yaklaşımda bulunur. Ancak kişinin karar verme süreci sadece tedavilerden oluşmaz, günlük yaşamdaki her eylem bir kararın sonucudur. Tehlikeli olan sağlık ekibinin her türlü kararda hastayı etkilemesi ya da diğer bir deyişle paternalistik tutumunu devam ettirmesidir (1, 65). Bu birey açısından bir hak ihlalidir ve bildirgeler kanunlar ile önlenmeye çalışılmaktadır (68). Yine de tedavi ve bakım gücüne sahip taraf karar vericiyi etkileyebilmekte ya da karar verici olabilmektedir. Bu da profesyonel hemşirelik tanımlarına uymamaktadır (69).

Psikiyatrik hastalıklar etkilerini iletişim örüntülerinde açıkça gösterir. Psikozun olması, hastanın seçici konuşmaması, dış dünyaya ilgisini kaybetmesi, travmatik yaşantının olması iletişim kurmayı güçleştirir (1, 45). İletişim kurmanın zorlaştığında ise bireyin karar vericiliği tehlike altına girer. Bu durumda hastanın gereksinimlerini bilmek isteklerini anlayabilmek zorlaşırken, hemşireler de savunuculuktan uzaklaşıp paternalistik tutum gösterebilmektedir (70).

Paternalizm ve savunuculuk kavramları temelde bireyin yararını amaçlamaktadır. Ancak savunuculukta karar vermeyi güçlendirme fikri baskındır. Savunan kişi karar veren değildir. Hemşirelikte savunuculuk 3 başlık altında toplanmıştır. Bunlar; bilgilendirme ve özgür iradeyi kullanabilmesi için destekleme, hasta güvenliği için savunuculuk ve hemşirelik felsefesi olarak savunuculuktur. Bilgilendirme bireyin karar vermesini sağlayan, bireyin kendi bedeni üzerinde karar hakkı olduğu gerçeğini yansıtan bir eylem olup proaktif bir uygulamadır (71). Bilgilendirme bireyin karar vermesini sağlar (71, 72). Ancak bazı hastalıklarda bireyin güvenliği doğrudan tehlikeye girer. Örneğin, psikiyatrik hastalıklarda kişinin kendi hakkını koruyacak yeterliliği ortadan kalkmış olabilir (1, 63, 71). Ya da hastaların etik kodlarla prosedürlerle korunmasının yanı sıra kliniklerdeki yoğunluk hastaları daha fazla risk altında bırakmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin savunucu rolünü her daim kullanması gerekebilir (73). Böyle bir durumda da reaktif savunuculuk söz konusu

olur. Hemşire bireyin zararını önlemek için doğrudan uygulamaya müdahale eder (71).

2.5.3. Yapılandırılmış Etkileşimler

Ortamin tüm etkinlikleri hastaların yararına düzenlenmiş olmasını tanımlar. Bu etkinlikler hastaların farklı yaşları, gelişimsel ihtiyaçları, kültürleri göz önüne alınarak düzenlenmelidir. Her bir etkileşim her bir hastanın özelliği dikkate alınarak düzenlenmelidir(48).

Terapötik Ortamda Sosyalleşme, Sosyal Öğrenme, Grup Etkisi: İnsanoğlu tek başına sıkıntılarının ve sorunlarının üstesinden gelmesi mümkün olmamıştır. Güçlü olabilmek ve hayatta kalabilmek topluluklar halinde mümkün olmuştur. Gruplar içindeki olumlu ilişkiler bireyi güçlendirmiştir (49, 74). Yetişkinler sağlıkları yerinde olduğu zamanlar da toplumdan ayrı değillerdir, toplumun desteğine, imkanına ve geri bildirimine ihtiyaç duyarlar. Birey yaşamın zorlukları ile baş edemediğinde yetersizlik hissedebilir. Tek başınalık yaşama devam için tehlikeli iken grup içinde yaşamak gereksinimlerini karşılamak için bireye güvence verir (39, 74). Toplumdaki bireylerin hem yeterlikleri hem de yetersizlikleri vardır, eşitlik ve denklik söz konusu değildir. Adler gruplar içindeki bu dengesizliği baş edilebilir ve terapötik olarak kullanılabilir olarak görür. Adler'e göre *"gereği gibi örgütlenmiş uyumlu bir toplum, kendisini oluşturan tek tek bireylerin yeteneklerini geliştirme ve güçlendirmede duraksamaz."* (39). Psikiyatri klinikleri toplumun küçük bir parçasını oluşturur. "Gereği gibi örgütlenmiş bir toplum" bireylerin yeterliklerini göz önünde bulundurur, toplum üyelerinin geliştirilmesi gereken yönlerinin geliştirecek öğrenmeleri destekler ve müdahalelerde bulunur (5, 9, 39, 49).

Benlik kavramı sosyal etkileşimden etkilenir. Sosyal etkileşimi başlatmak için insanlar birbirlerinin nasıl davranacağını dolayısı ile de kim olduklarını bilmek isterler. Bu düzeneğin tam tersi de geçerlidir. Sosyal etkileşimler benliği kim olduğumuz konusunda fikirlerimizi etkilemektedir (75). Mead'a göre insanlar arasında etkileşim sürdükçe benlik algısı da değişmektedir (76). İnsanlar ortam değiştirdikçe kendilerini farklı tanımlayabilir ve davranış değiştirebilirler. Bu

sebepten benlik algısı ortamdan gelen geri bildirimlere duyarlıdır (75, 76). Bu nedenle benlik, geliştirici geri bildirimlerin olduğu sosyal şartlar oluşturulduğunda desteklenebilir (39, 75).

Grup içindeki insan topluluğunun birikintilerden öteye taşıyan kavram birlik ve beraberlik duygusudur. Bu duygu grup içinde oluşur, özelde ise bireyin psikolojik sürecini tarif etmektedir (75). Grubun motive edici faktörlerinden biri de aidiyet duygusudur. Bireylerin aidiyet hissi güven duygusu ile bağlantılıdır. Grup aidiyeti tehlikeli ve belirsiz durumlarda daha fazla olur (77). Hastalık yaşantısı belirsizlik ve tehlike algısını beraberinde getirir (1, 18). Benzer hastalıklara sahip bir grupta olma tehlike algısını değiştirmekle birlikte bir çok iyileştirici etkiye sahiptir. Yalom bu iyileştirici etkileri umut aşılama, evrensellik, bilgi aktarımı, özgecilik, birincil aile grubunun onarıcı yinelenişi, toplumsallaştırıcı tekniklerin geliştirilmesi, taklitçi davranış, bireylerarası öğrenme, grup bağlılığı, katarsis ve varoluşsal etmenler olarak 11 iyileştirici etki olarak tanımlamıştır. Bu iyileştirici faktörler kişinin, farkındalığını arttırarak, baş etmesini güçlendirerek, ruh sağlığını geliştirerek etkilerini göstermektedir (49).

Öğrenme yeni bir inanç oluşturmaya karşın, bir davranışı hemen ortaya çıkarmaya yetmemektedir. Öğrenilen yeni bilginin denenmesi ve davranış olarak açığa çıkması zaman alabilir. Birey bu süreçte, aldığı yeni kararı deneyebileceği etkinliklerin olduğu ortama sahip olmalıdır. Bireyin yeni davranışı denemesi başka bir türlü davranmanın mümkün olduğunu ve davranışın bireyin kararına bağlı olduğunu gösterir (56). İtici kuramına göre insanların nasıl davranacağı belirsizdir, ancak başka birinin varlığı eylemi gerçekleştireni motive eder ve eylemi olumlu yönde destekler. Dolayısı ile bir becerinin gelişmesi için sosyal kolaylaştırıcı diğer insanların varlığı olmaktadır (75). Psikiyatri kliniklerinde kişilerin fonksiyonel olmayan davranışlarını değiştirmeleri için grup ortamında yeni davranış örüntülerini denemek motivasyonu arttırır (5, 49).

Grup içinde birey kendini ifade eder, grup geri bildirimi ile kendisini tanıyabilir. Grup içi öğrenmelerin bireylere katkısı hastalık belirtileri ile baş etme,

yeni bir davranışın öğrenimi, yeni bir ilgi alanına yönelme şeklinde olabilir (5, 49, 78). Grup olmanın sağladığı birlik ve beraberlik, bireyleri belirli doğrultuda davranmalarına neden olur. Bu birlik soyutlanmadan yaşamalarına ve grup kaynaklarını kullanarak yeterli olmalarını sağlar (74, 75).

Psikiyatri klinikleri toplumun küçük bir parçasını oluşturur. "Gereği gibi örgütlenmiş bir toplum" toplumdaki bireylerin yeterliklerini göz önünde bulundurur, toplum üyelerinin geliştirilmesi gereken yönlerinin geliştirecek öğrenmeleri destekler ve müdahalelerde bulunur (5, 9, 39, 49). Grup içinde birey kendini ifade eder, grup geri bildirimini ile kendisini tanıyabilir. Grup içi öğrenmelerin bireylere katkısı hastalık belirtileri ile baş etme, yeni bir davranışın öğrenimi, yeni bir ilgi alanına yönelme şeklinde olabilir (5, 49, 78). Grup olmanın sağladığı birlik ve beraberlik, bireyleri belirli doğrultuda davranmalarına neden olur. Bu birlik soyutlanmadan yaşamalarına ve grup kaynaklarını kullanarak yeterli olmalarını sağlar (74, 75). İtici kuramına göre insanların nasıl davranacağı belirsizdir, ancak başka birinin varlığı eylemi gerçekleştiren motive eder ve olumlu yönde destekler (75). Psikiyatri kliniklerinde kişilerin fonksiyonel olmayan davranışlarını değiştirmeleri için grup ortamında yeni davranış örüntülerini denemek motivasyonu artırır (5, 49). Ülkemizde yapılan grup uygulamaları her kurumda aynı değildir. Grup toplantılarını ya da terapilerini yapan kişiler de değişmektedir. Grup müdahaleleri gündün toplantısı, iş bölümü toplantısı, etkileşim grupları, grup terapileri, iş ve uğraşı terapileri, sosyal beceri grupları, psiko-eğitim grupları, sosyal etkinlik gibi uygulamalar olabilir (2, 9, 11, 78). Gündün toplantılarının hastaların sosyalleşme, grup içinde kendini ifade, dinleyebilme, tartışabilme gibi becerilerini desteklerken, iş bölümü toplantılarında her bireyin bir görev alması desteklenir. Böylelikle toplumda alınan sorumluluk planlanır ve başarıldığında tatmin sağlar (6, 78). Psiko-eğitim uygulamaları ise hastalık süreci ve yaşanan sorunlar, hastalık belirtileri, ilaç tedavisi ve etkileri ile bilgilendirme içerir. Psiko-eğitim kişiye hastalığı hakkında farkındalık kazandırır, bu da hastalıkla baş etmeyi kolaylaştırıp, bireyin sağaltımının kalıcı olmasını sağlar (50, 79, 80). Ancak ülkemizdeki psikiyatri kliniklerinde % 66.2 sinde psiko-eğitim uygulaması yapılmamaktadır (11). Sosyal beceri grupları bireyler iletişim becerileri, problem

çözme, zamanı planlama gibi sosyal hayatı yönetmeyi kolaylaştıracak uygulamalar yapan gruplardır. Eğitim içeriği psiko-eğitim içeriğiyle birleşir ve genel olarak psiko-sosyal beceri eğitimi ya da ruhsal toplumsal beceri eğitimi olarak ifade edilir (50, 81). Bu gruplarda beceri için bilgi verilir, sonrasında rol oynayarak, geri bildirimlerle ve grubun ve ailenin destekleyici unsurları ile beceri kazandırılmaya çalışılır (50, 81).

Yeteneklere göre sorumluluk verilmesi: Terapötik ortamda yapılan faaliyetlerin içinde tüm bireylerin katılımı beklenmektedir. Ortamda bulunan herkes ortamdandır. Ancak bireylerin gelişimi zamanla olmakta ve beceri anlamında farklılaşmaktadır. Beceri ve yeteneğe bakmaksızın verilen sorumluluklar ve beklenen sonuçlar bireyin benlik saygısında azalmaya yol açmaktadır. Bireyin benlik saygısını destekleyici, başarabileceği hedefler belirlenerek sorumlulukların aşama aşama artırılması becerilerin gelişimini ve iyileşmeyi olumlu yönde etkiler (1, 2).

2.5.4. Planlanmış Çevre

Terapötik ortamın fiziksel koşulları etkileşime ve iyileştirici her türlü müdahale için destek olmalıdır. Kliniklerin genel mimari yapısı hem bireysel alanı desteklemeli hem de etkileşime fırsat vermelidir. Kliniklerde doğayı ya da şehir manzaralarını gören pencerelerin olması hastaların yaşadığı stresi ve ortama bağlı yaşadıkları “hapsedilmiş olma” hissini azalttığı düşünülmektedir. Diğer taraftan çok büyük camlı yapıların paranoyası olan hastaları rahatsız eden bir özelliktir. Klinik ortamın etkileşimi engelleyebilecek veya güvenliği tehdit edecek hiçbir mobilya kullanılmamalıdır. Mobilyalar ile ev ortamına benzer bir ortam yaratılmalıdır. Çevreyi düzenlerken kullanılan renklerin ve ışığın kontrollü kullanılması gereklidir. Işık ve renklerin fazla kullanılması huzursuzluk yaratabilir az kullanılması ise ortamdaki bireylerin motivasyonunu düşürebilir (82). Gürültü bireyler için algıyı etkileyebilen, huzursuzluğu ve uyarılabilirliği artıran bir faktördür. Terapötik ortam kurucuları bu anlamda kliniğin çevresel şartlarını sürekli değerlendirmeleri gerekmektedir (83).

2.5.5. Onaylama/Kabul

Hastalık belirtilerinin anlamının bireye özgü olduğunu ve insanın biricikliğini vurgular (48). Bireyin hastalık belirtileri reddedilmez, sıkıntıları yaşantıları kabul edilir. Var olan becerileri ve yetenekleri güçlendirilir. Güvenli bir iletişimde onaylanma vardır. Onaylanma her bireyin her ifadesinin dinlenmeye değer olduğunu ifade eder (84). Örneğin, sağlık çalışanının kabul edici /onaylayıcı bir tutumda olması hastayı halüsinasyonunu ya da herhangi bir sıkıntılı durumunu ifade etmesini kolaylaştıran, destekleyen bir tutumdur. Ancak bu unsurun klinikte yerleşebilmesi sağlık çalışanlarının empati becerisi kazanması, psikiyatri konusunda yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir (24).

2.5.6. İletişim

Hastanın iyileşmesine yardım eden iletişim şekli terapötik iletişim olarak tanımlanmaktadır. Travelbee'ye göre iletişim bakımın temel argümanıdır ve iletişim yolu ile bakım sağlanır. Hastalık yaşantısında iletişim, etkili baş etmenin sağlanması, hasta ve ailesinin korunması açısından büyük önem taşımaktadır (14). Hemşire iletişim sayesinde bireyi tanır, anlar, gereksinimlerini karşılar böylece bakım amacına ulaşılır (85). İletişimde tedavi edici teknikleri kullanabilmek yardım davranışının oluşmasını sağlar. Bunlar, empati yapmak, iyi bir dinleyici olmak, amaca yönelik soru sormak, uygun ise dokunmak, konuşulanları özetlemek gibi teknikler sayılabilir. Hemşirenin teknikleri uygun durumlarda kullanması sonucunda hasta bireye yardım sağlayabilmektedir (84).

İletişimde bazı yaklaşımlar tedavi edici değer taşımadığı gibi güven ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilir ve hemşire hasta ilişkisini gereksinimlerin anlaşılmadığı bir etkileşim dönüştürebilir. Bu yaklaşımlar, dayanağı olmayan güvenceler vermek ya da övgülerde bulunmak, öğüt vermek, yargılamak, savunmak, ifadeyi engelleyici tutum sergilemek, konuyu değiştirmek olabilmektedir. Hastalara terapötik olmayan bu yaklaşım biçimiyle davranma sonucunda hastalarda yardım alamayacakları,

önemsiz oldukları, yetersiz bir ekip tarafından tedavi edildikleri gibi düşüncelerine bağlı olarak öfke, korku yaşayabilmektedirler (84, 85).

Ruh sağlığı alanında hizmet verirken ise iletişimin diğer öğelerinin dışında dikkat edilmesi gereken belli noktalar vardır. Psikiyatri kliniklerinde hastalıklar işlevselliği düşünce duygu ve davranış boyutunda etkilemektedir. Gerçeği değerlendirmenin bozulduğu hastalıklarda bireyin bozulmuş algılarının ve düşüncelerinin desteklenmemesi gerekir. Soyut düşünce bozulmuşsa somut içerikli ve net cümleler kullanılmalıdır. Panik anksiyete yaşayan biri ile iletişimde net ve kesin ifadeler kullanmak iletişimin etkili olmasını sağlayabilir (84). Tedirgin bir dış görünüm ve net olmayan bir iletişim örüntüleri ise bireye güvensiz bir ortamda olduğu mesajını verir. Örneğin düşünce içeriklerinde bozulma tanısıyla izlenen hasta sanrıları nedeniyle korku duyabilir. Bunun yanında kriz yönetemeyen ve sakinliğini koruyamayan bir ekip iletişimi, hastanın korkularını ve endişelerini artırabilir (1, 84).

Terapötik toplumun oluşturulmasında Jones'un temel adımlardan biri demokratik iletişim kültürünü klinik ortamında yaygınlaştırmak olmuştur (5). Klinik içinde sağlık çalışanlarının kendi içlerinden başlayarak açık ve demokratik iletişimi kullanılması ise hastalar tarafından rol model olarak alınacağı düşünülür (48). Jones'un demokratik vurgusunun ötesinde iletişim Travelbee kuramında insan insana ilişkinin yardım ediciliğini vurgular. İnsan insana ilişkide bireyler hemşire ve hasta rollerinin ötesindedir. Travelbee'ye göre hemşire hasta sınırının ötesine geçildiğinde insan insana ilişki kurulabilir. Bu ilişki demokratik ve eşitlikçi bir yaklaşımın yanında humaniteryen bir yaklaşımı da içermektedir (14).

Terapötik ortamın amaçlarından biri kişilere fonksiyonel iletişim örüntüleri ile otonomilerini kullanabilecek yeterliği sağlamak ve hastane dışındaki hayatlarını sürdürebilecek beceriler kazandırmaktır (1, 2, 69). Paternalizm ise kişiden beklenen bu becerilerin önündeki engeldir ve güç ilişkisinin eşit olmadığı hemşire-hasta, hekim-hasta ilişkisindeki iletişim örüntülerinde etkisini sıkça göstermektedir (69, 86, 87).

Transaksiyonel Analiz bireylerin etkileşimlerini sınıflandırıldığı bir iletişim modelidir. Berne'e göre her insanda ayrılmaz biçimde 3 benlik durumu vardır. Bunlar; komut verici, eleştirel, koruyuculuğun sembolü olan "ebeveyn" benlik durumu, dürtüsel olan, isyankar, itaat eden "çocuk" benlik durumu ve gerçekçi değerlendirmeye sahip uzlaşmaya çalışan "yetişkin" benlik durumudur. Bu benlik durumları her insanda vardır, ancak belli zamanlarda etkileşimler sırasında açığa çıkarlar (56, 84). Sağlık çalışanları ile hastalar arasında etkileşimler sonucu hasta bireyin gelişmesi beklenir. Ancak iletişim örüntüleri fonksiyonel olmadığında sağlık çalışanları ebeveyn rolünde hasta ise çocuk rolünde kalır. Çocuk benlik konumunda iletişim kuran biri bağımlı ve dürtüsel iken yetişkin biri çevresel ve içsel koşulları analiz ve sentez ederek uygun tepkide bulunur (56, 88). Bu nedenle, terapötik olması için hasta birey ile yetişkin olarak iletişim kurulmalıdır.

Bazı durumlarda sağlık çalışanlarının Ebeveyn benlik durumunu kullanmalarının zararı olduğu söylenemez (88, 89). Birey ihtiyaçlarını fark edecek ya da karşılayacak durumda değil ise yardımcı, yol gösterici olarak ebeveyn benlik durumu kullanılabilir (89). Ancak sağlık personeli ve hasta arasında sürekli ebeveyn-çocuk ilişkisinin olması, ilişkinin doğası gereği doğru bir değerlendirmeyi engeller, bireyin gelişimine katkısı olmaz (56, 88). Sürekli çocuk benlik durumunda olan biri toplum gerçekleriyle yaşamakta güçlük çeker (88). Terapötik olan toplumdan kopmadan kendi öz yönetimini sağlayabilmesidir (1, 3, 5). Bu nedenle ebeveyn-çocuk ilişkisi yerine yetişkin yetişkine bir ilişki kurulması desteklenmelidir. Ancak hemşirenin kullandığı iletişim şekli klinikte iş yüküne, hastanın bilişsel yeterliğine, saldırganlık eğilimine, hemşirenin yalnız ya da grup içinde olmasına göre değişebilir. Örneğin, gerçeği değerlendirmesi bozulan hastayla iletişim kurarken ebeveyn benlik durumunun kullanılması yanlış değildir ancak belirtiler hafifledikçe yetişkin yetişkine ilişki tedavinin hedefi olmalıdır (56, 87).

2.6. Terapötik Ortam ve Hemşirenin Müdahaleleri

Hemşirelik, hasta ile etkileşimler sonucu gereksinimin karşılandığı, sorunların çözüldüğü ve değişimlerin yaşandığı dinamik süreci ifade eder. Hemşire hasta

ilişkisinde ise temel amaç bu dinamik süreç içinde hastaya yarar sağlamak ve yardım etmektir (14, 84, 85). Bu yardımı sağlarken hemşire etkileşim sırasında belli rollere girer. Peplau' ya göre hemşire kaynak kişi, danışman, eğitici, lider, teknik uzman, vekil rollerine girerek hizmeti sunar (1, 14).

Modern hemşirelik tarihi çevrenin insan üzerinde olumsuz etkilerinin fark edilmesi ve uygun bakımın verilmesiyle başlamıştır. Florence Nightingale çevresel koşulları insanın gereksinimleri doğrultusunda değiştirmiş, bunun sonucunda da sağlığın olumlu yönde gelişimini sağlamıştır (14, 86). Ortamın tedavi ediciliği fikri ise hemşireliğe yabancı bir fikir olmayıp, aksine hemşirelik müdahalelerinin önemli bir kısmı çevre şartlarını düzenlemeyi içermektedir (11, 86).

Terapötik ortamın güvenliği psikiyatri hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları arasındadır (4, 34, 90). Psikiyatri hemşirelerine yönelik güvenli ortamlar için ise APNA konseyi anahtar kelimeleri; kültür ve ideoloji, katılım, alan ve ekipman, personel kaynakları, eğitim ve öğretim, hasta değerlendirme ve izleme, kurallar, acil durum yönetimi ve hata önleme olarak düzenlemiştir (90). Hemşirelerin fiziksel güvenlik alanında uygulamaları klinik kurallarını açıklamak, gözlemler yapmak, zarar verici potansiyeli olan aletleri uzaklaştırmaktır (2, 4, 34). Hemşireler hastaları belli zaman aralıklarında gözlemler (73, 91). Bunu yaparken zaman aralıklarında bireye zarar verme potansiyeli olan her türlü malzemenin aranması ve uzaklaştırılması gerekir. Böylelikle fiziksel güvenlik sağlanmaya çalışılır (2, 4). Ancak terapötik ortam iyi yönetilemediğinde fiziksel güvenlik alanında ölüme ya da travmaya neden olan olaylar yaşanabilmektedir. Hastaların prosedürlerle korunmasının yanı sıra kliniklerdeki yoğunluk hastaları daha fazla risk altında bırakmaktadır (73). İntiharların büyük bir kısmı kliniğin yoğun olduğu saatlerde gerçekleşmektedir. Sağlık çalışanlarının sayısının az olması, yeterli bilgiye sahip olamamaları ve değerlendirememeleri, hastalığın şiddeti ya da günümüzdeki hastayı tanıyamayacak hızda gerçekleşen hasta kabulleri ve değerlendirmeleri buna neden olabilmektedir (92).

Psikiyatri hastalarının kriz durumlarında korku ve endişelerini kontrol altına almak ya da gidermek ortamın güvenliği için büyük önem taşır. Kriz durumunda bireyin ihtiyacı güvenlidir (4, 9, 93). Hastanın bir sağlık çalışanına ulaşabilmesi, ulaştığı çalışanın yeterli yetkinlikte olması, sağlık çalışanı tarafından verilen önerinin başarıya ulaşması gerekir (93). Hemşireler günlük rutinler içinde, grup aktivitelerinde hastaların davranış örüntülerini gözlemleyerek hastaların güvenliğini sağlamaya çalışırlar. Hemşire bakımı, krize müdahalesi, iletişimi ile ortamı güvenli kılar (9, 93). Bu nedenle hemşirenin ortam güvenliği ile yapabilecekleri sadece günlük gözlemler ve tehlike potansiyeli olan materyalleri uzaklaştırmak değil, psikiyatriye özgü yeterli bilgi becerileri ile hastaya yardım etmek ve bakım vermektir (93).

Hemşirenin ya da diğer sağlık çalışanlarının hastaya müdahalesinde hastayı nasıl değerlendirdiği önem taşımaktadır. Bazı durumlarda hemşire hasta davranışlarına müdahalesi davranışı neye atfettiğine göre değişebilmektedir (21, 93). Psikozu olan bir hastanın davranışı görmezden gelinebilirken, davranışlarını kontrol edebildiği bilinen bireylere daha az toleranslı davranılabilir. Davranışın ve durumun nasıl olduğunu bilmek ve anlamaya çalışmak ve bireyleri ve ortamı değerlendirmek uygun tepkiyi verebilmeyi sağlayabilir. Dolayısı ile sağlık çalışanları hangi durumlarda nasıl iletişime gireceğini bilmelidir (84, 93).

Psikiyatrik rahatsızlıklarda başka bir sorun da fiziksel bakım ihtiyacı olan hastaların gereksinimlerinin farkında olamamaları ya da gereksinimi giderecek psikolojik ve fiziksel olanaklara sahip olamayışdır. Hemşireler bakım gereksinimlerini saptayıp hastanın bakımını üstlenirler. Hemşirenin tek başına bakımı üstlenici rolünden bakım sorumluluğunu hasta ile paylaşması öz bakım hedeflerine ulaşmasını sağlar (1, 2, 94). Bağımsız olarak bakımı sürdürebilmek ağır bilişsel kayıpları olan hastalar uzun bazen de imkansız olan bir hedef olabilir. Bunun yerine somut açık net yönergelerle bakımın anlatılması, hatırlatıcılar kullanılması(yazılı ve görsel materyaller, takvimler) bakıma katılmayı kolaylaştırıcı uygulamalar olabilmektedir (1).

Hemşire terapötik ortamı yöneterek bakım hedeflerine ulaşabilir. Ters yönde bakım hedeflerine ulaşması terapötik ortamı yönetmesini sağlar. Bu süreçte

hemşire danışman, eğitici ve kaynak kişi rolleri ile bakım hedeflerine ulaşmaya çalışır. Örneğin sosyal izolasyon yaşayan bir hastanın günlük sohbeti başlatabilmesi, grup toplantılarına katılabilmesi hastanın davranışının geliştiğini göstermektedir. Uzun vadede ise toplumsal yaşamdaki temel becerileri yerine getirebilmelidir. Kullanılan ilaçlar konusunda bilgi eksikliğine bağlı anksiyete yaşayan birey eğitim ile hem bilgi sahibi olabilir ve hem de ilaç tedavisinin yönetimini yapabilecek bilgiye sahip olduğu için sorumluluk almıştır ve otonomisini kullanabilmektedir. Hemşire klinik içinde verdiği bilginin birey üzerindeki etkisini gözlemleyebilir, yanlış algıları test edebilir ve eğitimleri tekrarlayarak öğrenmeyi güçlendirebilir (1).

Riskli durumlarda ortam müdahaleleri uyaranların kontrolü açısından büyük önem taşımaktadır. Psikiyatri kliniğine yönelik risk oluşturan durumlardan biri bireyin kendisine ve çevresine zarar verme riskidir. Böyle durumlarda hemşirenin müdahaleleri fiziksel ortamı kontrol etmek oluşturmak (Yaralanma riski, ortamın uyaranların azaltma, fiziksel aktiviteleri planlama bastırılmış gerginliği hafifletme vb.) İntihar düşüncesi ve eylemlerini var ise öğrenip yeniden ortamı değerlendirmek, sosyal destekleri harekete geçirmek, danışmanlık vermek ve günlük görüşmeler yapmak, aileye yönelik müdahaleler olabilmektedir. Klinik ortamda özellikle intihar olgularında gözlemler hastanın fiziksel varlığını korumak adına olan uygulamalardır. Literatürde gözlemler riske göre 3 aşamada yapılır. Düşük risk gözlemler 1. Aşama gözlemlerdir 30 dakika veya 60 dakika arasında bireyler kontrol edilir. Bu aşamada mahremiyete özen gösterilir. 2. Aşama gözlemlerde bireyler 5 ile 30 dakika arasında takip edilir. 3. aşama ise hastanın bir adım uzakta ve göz önünde tutulduğu gözlemdir. Bu aşamada özel ihtiyaçlarını karşılamak için yalnız kalmasına izin verilmez, uygun personel desteği sağlanır. Yapılan tüm gözlemler hemşire tarafından kaydedilir.(91).

Eğitici rol, hemşirenin hastaların yeni öğrenmeler ve yeni tedavi edici yaşantılarına hazırlayan bir aşamadır. Eğitimin ne olacağına nasıl verileceğine yine hemşirelik verilerinin sonucunda karar verilir. Hastanın eğitime hazır olup olmadığı, bilişsel yeterlilikleri, anksiyete düzeyi verilecek eğitimin etkisini belirleyeceği için

öncesinde değerlendirilmesi gereken konulardır. Bireysel eğitimler olabileceği gibi grup eğitimleri de olabilmektedir. Psikiyatride bireysel ve grup ihtiyaçlarına yönelik ilaç eğitimleri, atılganlık eğitimleri, öfke ile baş etme eğitimleri, gevşeme teknikleri, stres yönetimi konularında eğitimler verilmektedir (1, 2). Eğitimler hasta bireyin dışında aileye de verilmelidir. Klinik toplumundaki gelişim aile toplumunda da devam ettirilmesi ve kalıcı olabilmesi açısından aileye verilen eğitimler önem taşımaktadır (1).

Grup müdahaleleri psikiyatri hemşireliğinin uygulama alanına girmektedir. Psikiyatri kliniklerinde hemşireler yetkinliklerine göre her grup faaliyetini yönetebilir. Hemşirelerin gözlemlerinin ve hasta takibinin sonucu güven ilişkisini oluşturabilme potansiyelinin yüksek olması nedeniyle, hemşireler grup toplantılarını ve grup terapilerini yürütebilecek etkinlikte olan bir meslek grubudur (6). Grup müdahalelerini yapabilmek için psikiyatri hemşirelerin grup dinamikleri, grup gelişim evreleri, liderlik türleri, iyileştirici faktörler konusunda bilgi sahibi olması gerekir (1).

Hemşirelerin kanunlarla görev yetki verilmesinin yanı sıra kendilerini nerede gördükleri hemşirelik hizmetini şekillendirmektedir. Terapötik ortam müdahalelerini hemşireler kendi rolleri olarak görmelerine rağmen psikiyatri kliniklerinin yoğunluğu ve kalifiye hemşire eksikliği nedeniyle bu müdahaleleri gerçekleştirememektedirler (7, 73). Diğer taraftan hastanın gereksinimleri kurumun gerekliliklerinden sonra gelebilmektedir (73). Ancak hemşire temel fiziksel bakım uygulamalarını yaptığında bile hastayla sıkça karşılaşmaktadır ve bu da terapötik iletişim için bir fırsattır. Yapılan çalışmalarda hemşirenin hastayla terapötik ilişki kurabilmesinin hemşirelik rolü ile ilgili memnuniyet sağladığı bilinmektedir (30, 73, 95). Bu da terapötik ortamda sağlıklı iletişim örüntülerinin oluşturulmasında hemşireye önemli bir rol yüklemektedir (1, 4, 73).

2.7. Hastaların ve Sağlık Çalışanların Terapötik Ortam Algısı ve Sorunlar

İçinde bulunduğumuz ortamda duyu organlarımız ile çevresel mesajları alırız ve değerlendiririz. Olayları, nesneleri, kişileri tanımamız ve değerlendirmemiz bir

algı sürecidir (45). Ancak bu süreç yalnızca dış uyaranlara bağlı değildir (14), bireyin içsel süreçleri, yaşantıları, deneyimleri, demografik verileri, rolleri, eğitim düzeyi bu değerlendirme sürecini etkilemektedir (15, 96, 97). Terapötik ortamda yapılan her uygulamanın hastada bir karşılığı vardır. Terapötik ortamı sağlamaya yönelik uygulamalar ve uygulamaların ne şekilde yapıldığı ise hastaların iyileşmelerini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (21, 30, 98). Terapötik ortamı oluşturan kişiler ve primer sorumluluk alan kişiler hemşirelerdir (4, 11, 99). Mevcut durumda terapötik ortamın her unsurunun hasta tarafından nasıl algılandığını bilmek hasta merkezli bakım veren hemşireler için büyük önem taşımaktadır (99). Hastaların güvenliği adına yapılan hemşirelik uygulamalarının hastaların nasıl algıladığı önemlidir. Psikiyatri kliniklerinde kapıların kilitlenmesi gibi fiziksel güvenliği sağlamaya yönelik önlemler kimi hastaların ortamı güvenli algılamasını sağlarken kimi hastalar içinse özgürlüğü kısıtlayıcı olarak algılanmaktadır (30). Güvenliğin sağlamanın biçimi de güvenlik duygusunu oluşturabilir ya da tam tersi güvensiz bir ortam yaratabilir. Örneğin psikiyatri kliniklerinde hastaların sağ ve salim olduğunu bilmek adına belli zaman aralıklarında gözlemler yapılmaktadır. Sağlık çalışanlarının gözlemlerinden bazı hastaların rahatsız oldukları ve bu durumu onur kırıcı olarak nitelendirdikleri bilinmektedir. Bunu yerine hastaların toplu gözleminin mümkün olduğu katılımını arttıran aktivitelerin olmasının daha sağlıklı olduğu belirtilmektedir (100). Gözlemler bazı hastalar için olumsuz bir algı yaratırken bazı hastalar için tam tersi olabilmektedir (13). Hastaların klinik ortamdan beklentileri ortamı nasıl algıladıklarının da belirleyicisi olabilir. Hastaların beklentileri bütüncül hizmet almak iken günümüzde biyolojik tedaviler baskın olarak kullanılmaktadır (30, 45, 101). Medikal tedavi bireylerin hayatlarındaki zorluklar karşında bir yol bulmalarına ya da onların yeni bir anlayış kazanmalarına yetmemektedir (13, 21). Böyle olduğunda hastalar yeterli hizmeti alamadığını ve anlaşılmadığını düşünmektedir (13, 30, 76, 86). Diğer taraftan sağlık çalışanlarının algısı klinik müdahalelerin belirleyicisi olmaktadır. Sağlık çalışanlarının hastalara olan tutumu bu algıyı etkilemektedir. Hastalık tanılarına göre belli inançlara sahip olma, iyileşmeyeceğini düşünme, tehlikeli olduğunu düşünme, psiko-sosyal müdahalelerin etkisine inanmama gibi

tutumlar terapötik ortamın tedavi edici özelliğini etkileyebilmektedir (22, 102). Sağlık çalışanlarının karar verici olması, tedavi ve bakıma hastanın katılmaması, psikiyatri hastası olması nedeni ile karar veremeyeceğinin düşünülmesi hastaların kliniklerde sık karşılaştıkları yaklaşımlardır (13, 25, 103). Paternalistik ve maternalistik tutumların olması hastaların düşüncelerine değer verilmediği ve yetersiz görüldükleri algısını oluşturmaktadır (13, 21).

Terapötik iletişim terapötik ortamın önemli bir ögesidir. Hastalar için de bakım kalitesinin bir belirleyicisidir. Terapötik iletişim olmadığında ise hem sağlık çalışanları hastaları anlayamamaktadır, hem de hastalar anlaşılmamaktadır. Gaillard ve ark. (36) anlaşılmamışlığı “yalnış algıların, yargıların ve başarısız kabullerin sonucu” olarak tanımlamışlardır. Sağlık çalışanlarının belli bir hastalık etiketiyle hastaya yaklaşımı, hastanın her davranışını hastalıkla ilişkilendirmesi anlaşılmamanın önemli nedenlerinde biridir. Bu etiketten korkan hasta ise çoğu zaman kendini yanlış anlamadan korumak adına içe kapanmakta ve kendini açmamaktadır (84, 85). Anlaşılmayan bireyler ise korku, kaygı, öfke gibi duygular yaşamaktadır. Anlaşılmamanın verdiği rahatsızlık, psikiyatrik hastalığın mevcut belirtileri ile birleştğinde ise bireyler iyileşeceklerine olan inançlarını kaybedip tedavileri bırakabilmektedir. Anlaşılmadığını düşünen hastalar iyileşme deneyimi yaşayamamaktadır ve ortamı iyileştirici olarak algılamamaktadır (21, 86).

Terapötik ilişki bireyin farkına varıp ona yardım etme motivasyonuna sahip olmak ile başlamaktadır (94, 96). Hemşire hasta ilişkisinde hedeflenen hastayı anlayabilmek ve hastanın gereksinimlerinin karşılanmasıdır. Hemşirenin hasta için orada olduğu mesajının hasta tarafından algılanması ise terapötiktir (94). Hemşirenin yardımı ise çoğu zaman hastanın anlaşılmış hissetmesi ile başarıya ulaşır (96). Hemşirenin kurduğu ilişkinin güvenilir olup olmadığı hasta tarafından sürekli denir. Bu deneme, güvenliği denemedir. Hasta bakım aldığı hemşireden tutarlılık bekler ve onu yargılamadan baktığından emin olmak ister (1, 104).

Geçmişte biyomedikal model, tedavi ve bakım verenlerin gücünün baskın olduğu bir iyileşme sunmakta idi. Hastanın kendi bakımına katılmaması ve insanın

biyopsikososyal yönleri ile ele alınmaması iyileşme ve tedavi algısını etkiliyordu (86, 101). Günümüz hastane ortamı içinde iş yetiştirme telaşı, kağıt işlerinin hasta bakımının önüne geçmesi, hasta yerine hastalığa eğilim hastaları hizmetlerin merkezinden alıp sağlık hizmetinin ikinci amacı yapmaktadır (7, 86, 94, 101). Psikiyatri kliniklerinde hemşirelerin hastalarla aynı ortamda olması psikiyatri kliniği atmosferini paylaşılması anlamına gelmemektedir. Genelde hemşirelerin tüm zamanlarını tedavilerin uygulandığı odada geçirmektedir (30, 94). Hastaların sosyalleştikleri yaşam alanlarında hemşire az zaman geçirmektedir ya da neredeyse yoktur (30) Tıbbi tedavi psikiyatri kliniklerinde tüm tedavi yöntemlerinden daha baskın olarak kullanılmaktadır. Tıbbi tedavi hemşirenin klinikteki zamanının çoğunu tüketmekte bu da hemşirelerin hastalarla etkileşiminin azalmasına ve terapötik ortamla ilgili psikososyal müdahaleleri zorlaştırmaktadır (30, 94). Hemşireler gerekli müdahaleleri yapamadıkları için hastaların psikiyatri deneyimlerine yardımcı olmak yerine yüzeysel temaslarda bulunurlar. Hastaların en çabuk iletişim kurabileceği sağlık çalışanı hemşire iken terapötik ortamın iyi yönetilememesi hastaların yardımsız kalmasına neden olabilmektedir. Böyle olduğunda ise psikiyatri hastaları sağlık çalışanlarının ne söylediklerinin ne hissettiklerinin sağlık çalışanları tarafından önemsenmediğini düşünmektedirler (21). Hemşireler ise ortamı güvensiz ve yaptıkları işi anlamsız algılamaktadır (30, 97). Oysa hemşirenin psikososyal müdahaleleri hemşire hasta ilişkisinde bakım memnuniyetinin her iki taraf açısından belirleyicisi olmaktadır (1, 2, 13, 16, 99, 105). Psikiyatri hastaları ve sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının eğitilmesi ve ortamın yeniden yapılandırılması sonrası hastaların terapötik ortam algılarının değiştiği, tespit, tecrit oranlarının düştüğü, hastaların bakım memnuniyetlerinin arttığı sosyal yaşama hazır oluşluğunun ve yaşam kalitelerinin arttığı sağlık çalışanlarının ise iş doyumlarının arttığını gösteren sonuçlar vardır (15, 31-33, 97, 98, 103, 105, 106). Dünya Sağlık Örgütü Ruh Sağlığı 2013-2020 Ruh Sağlığı Eylem Planı hedeflerinden biri kapsamlı, entegre olarak hem fiziksel hem psikolojik ihtiyaçlara duyarlı bakımın gelişmesidir. Hastaların onurunu koruyan ve otonomisini destekleyen uygulamaların hayata geçirilmesi gerekliliğini vurgulamışlardır (107). Bu yüzden hastaların ve sağlık

alışlarının algılarını bilmek, kliniklerin tekrar düzenlenmesi, hasta gereksinimlerine göre şekillenmesi, sağlık çalışanlarının da bu yönde yeterliklerini tekrar gözden geçirmeleri açısından psikiyatrik hizmetlerin iyileştirilmesine yardımcı olabilir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma psikiyatri kliniğinde tedavi görmekte olan hastaların ve sağlık çalışanlarının terapötik ortam algılarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı araştırma tasarımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara İli Belediye sınırlarındaki psikiyatri kliniği bulunan ve araştırmamıza izin veren iki üniversite hastanesi, iki eğitim ve araştırma hastanesi olmak üzere toplam dört hastanede gerçekleştirilmiştir. Bu hastaneler Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Gazi Üniversitesi Hastanesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'dir.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Psikiyatri Kliniği; 26 yatak kapasiteli olup 15 öğretim üyesi, 14 asistan, 8 servis hemşiresi, 2 psikolog ve 1 sorumlu hemşire ile hizmet vermektedir. Yataklı servislerde yatan hastaların işlevsellik düzeyini yükseltmek amacıyla, hemşirelerin yönlendirmesiyle görevli uğraşı öğretmenin denetiminde iş-ugraşı hizmeti verilmektedir. Hemşirelerin yürüttüğü grup toplantıları, iş bölümü toplantısı, günaydın toplantısı, eğitim toplantıları yapılmaktadır.

Gazi Üniversitesi psikiyatri kliniği, kadın ve erkek bölümleri ayrı olmak üzere 2 ayrı servisten oluşmaktadır ve 31 yatak kapasitelidir. 10 öğretim üyesi, 18 araştırma görevlisi, 12 hemşire 2 sorumlu hemşire görev yapmaktadır. Araştırmamızın yapıldığı sırada psikolog bulunmayan serviste, günaydın toplantılarının bir süredir yapılamadığı belirtilmiştir.

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, 16 yataklı ve kadın ve erkek bölümleri ayrı bir servistir. Klinikte 6

uzman hekim ve 10 araştırma görevlisi, 11 hemşire, 1 sorumlu hemşire 1 psikolog hizmet vermektedir. Grup aktivitesi olarak haftanın belli günleri uğraşı ve yiyecek yapımı ile meşgul olan hastalar, günün belli saatlerinde güvenlik görevlisi eşliğinde hastane bahçesine çıkarılmaktadır.

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniği, 14 yatak kapasiteli karma klinikdir. 3 uzman, 11 psikiyatri asistanı, 8 hemşire, 2 psikolog hizmet vermektedir. Günaydın toplantısı, eğlence saati yapılmakta, dışarıdan ve klinikten katılan hastalara psikolog tarafından sosyal beceri eğitimi verilmektedir.

Tüm psikiyatri kliniklerinde psikofarmolojik tedavi, bireysel psikoterapi, elektro konvulsif tedavi yapılmaktadır. Kliniklerin hepsinde dış kapılar kilitlidir ve güvenlik görevlisi bulunmaktadır. Kliniklerde ilaç dolapları kilitlidir ve pencerelerde kullanılan malzemeler kırılmaz yapıdadır. Her klinikte hastaların ortak zaman geçirecekleri çok amaçlı salon bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma'nın evrenini, Ankara Büyükşehir Belediye sınırları içinde yer alan devlet, üniversite ve özel hastanelerin içindeki psikiyatri kliniklerinde/servisinde çalışanlar (hemşireler, hekimler, psikologlar, sosyal çalışmacılar) ve yatan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın uygulanmasında ayrıca bir örneklem seçimi yapılmamış tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Bu bağlamda araştırma evreni içinde olan Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr.Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Gazi Üniversitesi Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Özel Boylam Psikiyatri Hastanelerine araştırmanın uygulanması için izin yazısı yazılmıştır. Ancak Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Özel Boylam Psikiyatri Hastanesinden izin alınamamıştır.

Böylece araştırma izin alınan Dr.Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi ve Gazi Üniversitesi Hastanelerinde psikiyatri kliniklerindeki hastalar ve çalışanlar üzerinde gerçekleştirmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi ile Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde Psikiyatri Anabilim Dalları ve Hemşirelik Müdürlüğünden, Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinden izin alınmıştır. Böylece, araştırma adı geçen 4 hastanenin psikiyatri kliniklerindeki hastalar ve çalışanlar üzerinde yürütülmüştür. Veri toplama araçlarının uygulandığı tarihte kliniklerde/servislerde aşağıda kriterleri yazılı olan hastalar ve tüm çalışanlar (hemşireler, hekimler, psikologlar) araştırma kapsamına alınmıştır. Sosyal çalışmacılar, başlangıçta çalışmaya dahil edilmesi planlanmasına rağmen kliniklerde sürekli bulunmamaları nedeni ile çalışmaya dahil edilememiştir. Araştırmamızın yapıldığı hastanelerde 2017 yılında psikiyatri kliniklerine hasta yatış sayısı şöyledir; Dr.Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2017 yılı yatış sayısı 182, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2017 yılı yatış sayısı 166, Gazi Üniversitesi Hastanesi 2017 yılı yatış sayısı 358, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi 2017 yılı yatış sayısı 211'dir.Araştırmanın verilerinin toplandığı, 2017 Aralık- 2018 Mayıs tarihleri arasında kliniklerdeki toplam hasta sayısı 426, toplam sağlık çalışanı sayısı ise 42 hemşire, 41 hekim ve 5 psikolog olmak üzere 88'dir.

Araştırmaya alınacak hastalar için belirlenen kriterler şunlardır;

- Okur- yazar olma,
- Görebilme ve duyabilme,
- Gerçeği değerlendirme yetisine sahip olma.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanması amacı ile Tanıtıcı Bilgiler Formu 1(Ek-1) Tanıtıcı Bilgiler Formu 2(Ek-2) ve Servis Ortamı Ölçeği(Ek-3) kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgiler Formu 1 (EK-1): Tanıtıcı bilgiler formu 1, hastalara yönelik hazırlanmış bir formdur. Araştırmacı tarafından literatür ışığında (103, 108) geliştirilmiş olup 12 sorudan oluşmaktadır. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşadığı il, hastanede kalma süresi, daha önce psikiyatri kliniğine yatışı olup olmadığı, yatışı oldu ise kaç kere olduğu sorularına yer verilmiştir. Hastaların yapılan ortam müdahalelerini ve hizmeti nasıl algıladıklarını belirlemek amacıyla klinikte olumlu ve olumsuz olarak etkilendikleri hizmetler, ortamın tedavi edici olup olmadığına ilişkin açıklamaları ve kliniğin işleyişine ilişkin hislerine yönelik sorular yöneltilmiştir.

Tanıtıcı Bilgiler Formu 2 (EK-2): Tanıtıcı bilgiler formu 2, sağlık çalışanlarına yönelik hazırlanmış formdur ve literatür ışığında hazırlanmış olan 9 sorudan oluşmaktadır (15, 97). Sağlık çalışanlarının yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim durumu, psikiyatri alanında hizmet verme süresi, ortamda çalışma süresi, terapötik ortam eğitimi alma durumu sorulmuştur. Sağlık çalışanlarının klinik ortamdaki müdahalelere yönelik algılarını belirlemek amacı ile ortamdaki iyileşmeyi etkileyen hizmetlere olan inançları, ortamın tedavi edici olup olmadığına ve nedenlerine yönelik sorular yer almaktadır.

Servis Ortamı Ölçeği(SOÖ) (EK-3): Servis Ortamı Ölçeği, 1974 yılında Moss tarafından geliştirilmiş, Türkiye’de geçerlik güvenirlik çalışması ise 1998’de Bozkurt tarafından yapılmıştır. Servis ortamı ölçeği, hastalardan ve sağlık çalışanlarından oluşan servis içindeki bu grubun bulunulan ortama yönelik algısını ölçmektedir. Ölçek, 3 boyut ve 10 alt ölçekten oluşmaktadır. Terapötik ortamın değerlendirmesi her biri 10 maddeden oluşan 10 alt ölçek toplamda 100 madde üzerinden yapılmaktadır. Her boyut, her bir alt ölçeğin açıklaması madde numaraları aşağıda verilmiştir (109).

İlişki boyutu: Bu boyut iletişim ve özelliklerini ölçen 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; katılım, destek ve spontanlıktır.

- Katılım(KA): Ortamdaki istekliliği ve motivasyonu saptar. 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, 91 numaralı maddeler üzerinden değerlendirilir.
- Destek(DE): Çalışanların hastaları ne kadar desteklediklerini ve onları ne kadar anladıklarını ölçmektedir. 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82, 92 numaralı maddeler üzerinden değerlendirilir.
- Spontanlık(SP): Hastaların otantikliklerini ne kadar sergilediklerini ölçmektedir. 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83, 93 numaralı maddeler üzerinden değerlendirilir.

Kişilik gelişimi boyutu: Bu boyut, 4 alt ölçekten oluşmakta ve kişinin gelişiminin ne kadar desteklendiğini ölçmektedir. Bu alt ölçekler; otonomi, pratik yönelim, kişisel sorun yönelimi, öfke ve saldırganlıktır.

- Otonomi (OT): Kişinin karar süreçlerine ne kadar katılabildiğini ve sorumluluk almayı ne kadar istediğini ölçmektedir. 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, 94 numaralı maddeler üzerinden değerlendirilir.
- Pratik yönelim (PY): Sosyal yaşantıya hazır oluşluğu ölçmektedir. 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, 95 numaralı maddeler üzerinden değerlendirilir.
- Kişisel sorun yönelimi (KSY): Hastaların kendilerini tanımalarını ve ifade etme motivasyonlarını ölçmektedir. 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, 96 numaralı maddeler üzerinden değerlendirilir.
- Öfke ve saldırganlık (ÖS): Hastaların açıkça öfkesini ifade etme ve agresyon gösterme seviyelerini ölçmektedir. 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, 97 numaralı maddeler üzerinden değerlendirilir.

Sistemin işleyişi boyutu: Tedavi programının açıklığı ve herkes tarafından uyulması beklenen normlar ile ilgilidir. Bu boyut 3 alt ölçekten oluşur. Bu alt ölçekler; düzen ve organizasyon, programın açıklığı, çalışanların kontrolü alt ölçeğidir.

- Düzen ve organizasyon (DO): Grup tarafından düzene ne kadar önem verildiğini ölçmektedir. 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88, 98 numaralı maddeler üzerinden değerlendirilir.
- Programın açıklığı (PA): Tedavi programının anlaşılabilirliğini ölçmektedir. 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89, 99 numaralı maddeler üzerinden değerlendirilir.
- Çalışanların kontrolü (ÇK): Çalışanların hastaları kontrol etme düzeylerini ölçmektedir. 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100 numaralı maddeler üzerinden değerlendirilir.

SOÖ' nün (Servis Ortamı Ölçeği) geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, alt ölçeklerin güvenirlik katsayıları şöyledir; *katılım* alt ölçeği için 0,6837 , *destek* alt ölçeği 0,5946, *spontanlık* alt ölçeği 0,3840, *otonomi* alt ölçeği için 0,2125, *pratik yönelim* alt ölçeği için 0,5906, *kişisel sorun yönelimi* için 0,5138, *öfke ve saldırganlık* için 0,2477, *düzen ve organizasyon* alt ölçeği için 0,7422, *programın açıklığı* alt ölçeği 0,6400, *çalışanların kontrolü* alt ölçeği 0,1989 (109). SOÖ 'nün bizim çalışmamızdaki güvenirlik katsayıları ise şöyledir; *katılım* alt ölçeği için 0,656, *destek* alt ölçeği 0,672, *spontanlık* alt ölçeği 0,755, *otonomi* alt ölçeği için 0,763, *pratik yönelim* alt ölçeği için 0,685, *kişisel sorun yönelimi* için 0,647, *öfke ve saldırganlık* için 0,610, *düzen ve organizasyon* alt ölçeği için 0,650, *programın açıklığı* alt ölçeği 0,630, *çalışanların kontrolü* alt ölçeği 0,642.

Ölçeğin açıklama kısmında her bir madde için çoğunlukla doğru olduğunu düşünülen cevaplara d, yanlış olduğu düşünülen cevaplara y harfi yazılması belirtilmiştir.

Hastaların ve sağlık çalışanlarının 100 maddeye verdikleri cevaplar, cevap anahtarı(Ek-4) ile karşılaştırılmış ve her alt ölçek için cevap anahtarı ile uyan aynı cevaplar ham puanı oluşturmuştur. Örneğin her alt ölçekteki 10 soru cevap anahtarı ile aynı ise kişinin o alt ölçek için ham puanı 10 dur. Hiç bir cevap uymuyorsa ham puanı 0'dır. Ölçeğin kesme noktası yoktur. Ölçekten toplam puan elde edilmez. Her

bir alt ölçeğin kendi ham puanı olur. Alt ölçekten alınan ham puan ne kadar fazla ise ölçülen ortam özelliğinin klinik ortamdaki etkisinin fazla olduğu söylenir. Örneğin, katılım alt ölçeğinden 9 ham puan almış biri, 5 puan almış birine göre klinik ortamdaki istekliliği ve motivasyonu daha yüksek algılamıştır.

3.5. Ön Uygulama

Kullanılan ölçeğin ve tanıtıcı bilgiler formlarının anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Psikiyatri kliniğindeki hasta ve sağlık çalışanı grubundan 10'ar kişi ile 15 Aralık-30 Aralık 2017 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamaya katılan hasta ve sağlık çalışanlarının geribildirimleri ile veri toplama araçlarının anlaşılabilirliği belirlenmiş olup dolayısı ile formlarla ve ölçekle ilgili bir düzenlemeye gidilmemiş ve ön uygulamadan elde edilen veriler de çalışmaya dahil edilmiştir. Ön uygulamada formların hastalar ve sağlık çalışanlarına uygulanması 20 dakika ile 40 dakika arasında zaman almıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Hastanelerden ve Üniversite Hastanelerinden izinler alınmıştır. Sonrasında izin alınan hastanelere gidilmiş klinikten sorumlu öğretim üyelerine ve sorumlu hemşirelere araştırmanın amacı, kimlerin çalışmaya dahil edilebileceği, uygulamanın süresi ve nasıl bir yol izleneceği konularında açıklama yapılmıştır. Klinikten sorumlu öğretim üyeleri ve sorumlu hemşirelerin onayları alındıktan sonra, aynı açıklama klinikte bulunan asistan hekimlere, hemşirelere ve psikologlara da yapılmıştır. Ayrıca, araştırma uygulaması için gidildiğinde değişen sağlık çalışanlarına da ayrıca araştırma ile ilgili açıklama yapılmıştır. Araştırmacının kliniklere gideceği günler konusunda ise, Atatürk Araştırma Hastanesi için klinikten sorumlu uzmanın önerisiyle ekibin yoğun bulunduğu günlerden hafta içi herhangi bir gün olarak belirlenmiştir. Ancak diğer hastaneler için böyle bir sınırlamaya gidilmemiştir. Araştırmacının kliniğe gittiği tarihlerde klinik sorumlu hemşiresi/hemşire ve psikiyatri asistanlarının iş birliği ile çalışma için seçim kriterlerine uygun hastalar belirlenmiştir. Hastalara araştırmanın amacı, kimlerin katıldığı, ne kadar süreceği

açıklanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar birer birer hemşirenin belirlediği görüşme odasına alınmıştır. Görüşme odasında onam formundaki açıklamalar sözel olarak da yapılmıştır ve onay alındıktan sonra uygulamaya başlanmıştır. Çalışanlara formların uygulanmasında ise kliniğe gidilen tarihlerde var olan hemşire, hekim ve psikologlara açıklama yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarına formlar verilmiş olup bazı sağlık çalışanlarından aynı gün içerisinde bazılarında ise bir gün sonra formların doldurulmuş halleri alınmıştır. Uygulama esnasında araştırmacı, hastaların yanında bulunmuş ve gerekli açıklamaları yapmıştır. Uygulama, hastaların ve çalışanların yemek, grup toplantısı, bireysel görüşme vakitleri göz önünde bulundurularak uygun zamanlarda planlanmıştır. Araştırmanın uygulaması Aralık-Mayıs 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamındaki ölçek ve tanıtıcı bilgiler formu uygulanmıştır. Formların uygulanması 20-40 dakika arasında sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Hastaların olumlu olumsuz hizmet değerlendirmesine, sağlık çalışanlarının terapötik ortam değerlendirmesine verdikleri cevaplar araştırmacı tarafından excel dosyasına kodlanmış olup, tez danışmanı ile birlikte belli başlıklar altında gruplandırılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmıştır. Etik Kurul'un 7 Kasım 2017 tarihli GO 17/836-25 Numaralı kararı ile etik kurul izni alınmıştır. Çalışmanın Uygulanması için Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ek-6) ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ek-7), Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi(Ek-8) ve Gazi Üniversitesi Hastanesinden(Ek-9) kurum izinleri alınmıştır. Kurumların psikiyatri kliniklerinin sorumlu hemşireleri ve klinik uzmanları çalışma konusunda bilgilendirilmiştir. Araştırmaya katılan çalışanlardan (hekim, hemşire, psikolog) ve hastalardan çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair sözel ve yazılı onam alınmıştır. Hastalardan onam alınırken araştırmanın amacı, araştırmaya kimlerin katılacağı, ne kadar süreceği konularında açıklama yapılmış olup, katılmaması halinde tedavisinin hiç bir şekilde etkilenmeyeceği ve verdiği bilgilerin gizliliğin korunacağı belirtilmiştir. Araştırmadan istediği zaman ayrılabilceği, araştırmacı klinikten ayrıldığında araştırmadan ayrılmak istediğinde ise klinik sorumlu hemşiresi yolu ile araştırmacıya ulaşip araştırmadan çıkmak istediğini belirtebileceği açıklanmıştır. Tüm bu açıklamalar sonunda araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı sırada sağlık çalışanlarının zamanlarının olmamasını neden göstererek çalışmaya katılamamaları araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Terapötik ortam algısının hem hastalar hem de sağlık çalışanlarında inceleniyor olması araştırmanın güçlü yönünü oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların ve Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 4.1. ve 4.2.'de hastaların ve sağlık çalışanlarının tanıtıcı özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri

Değişken (N=91)	n	%
Yaş grupları		
19-25	12	13,2
26-35	21	23,1
36-45	24	26,4
46-55	18	19,7
56 ve üzeri	16	17,6
Cinsiyet		
Erkek	48	52,7
Kadın	43	47,3
Eğitim düzeyi		
İlkokul	27	29,7
Lise	27	29,7
Lisans	36	39,6
Lisansüstü	1	1,0
Psikiyatrik Tanı		
Tanısı belirlenmemiş	4	4,3
Şizofreni	19	20,9
Diğer	19	20,9
Bipolar	26	28,6
Depresyon	23	25,3
Hastanede kalış süresi (gün)		
0-7	23	25,3
8-15	22	24,2
16-29	22	24,2
30 ve üzeri	24	26,3
Yatış deneyimi		
Yok	36	39,6
Var	55	60,4
Yatış tekrarı		
Hiç	36	39,5
1-2	34	37,4
3 ve üzeri	21	23,1
Yaşanan yer		
Ankara	78	85,7
Ankara dışı	13	14,3

Çalışmamızda 24 hastanın (%26,4) 36-45 yaş grubunda bulunduğu, 48 hastanın (%52,7) erkek olduğu ve 36 hastanın (%39,6) lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Hastalardan 26'sının (%28,6) bipolar bozukluğu olduğu, 24'ünün (%26,3) 30 ve daha fazla gündür hasta olduğu, 55'inin (%60,4) daha önce yatış deneyimi olduğu ve 36'sının (%39,5) hiç yatış yapmadığı belirlenmiştir. 78 hastanın (%85,7) Ankara ilinde yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özellikleri

Değişken (N=55)	n	%
Yaş grupları		
24-29	26	47,3
30 ve üzeri	29	52,7
Cinsiyet		
Erkek	20	36,4
Kadın	35	63,6
Eğitim düzeyi		
Lise	2	3,6
Lisans	24	43,6
Lisansüstü	29	52,7
Meslek		
Hemşire	26	47,2
Hekim	25	45,5
Psikolog	4	7,3
Çalışma süresi (yıl)		
0-1	15	27,3
2-4	21	38,2
5 ve üzeri	19	34,5
Psikiyatride çalışma süresi (yıl)		
0-1	16	29,1
2-4	23	41,8
5 ve üzeri	16	29,1
Terapötik ortam eğitimi		
Yok	47	85,5
Var	8	14,5

29 sağlık çalışanının (%52,7) 30 yaş ve üzeri yaş grubunda bulunduğu, 35 sağlık çalışanının (%63,6) kadın olduğu ve 29 sağlık çalışanının (%52,7) lisansüstü eğitim yaptığı belirlenmiştir. 26 sağlık çalışanının (%47,2) hemşire olduğu, 21'inin (%38,2) 2-4 yıldır görev yaptığı ve 23'ünün (%41,8) 2-4 yıldır psikiyatri kliniğinde çalıştığı belirlenmiştir. 47 sağlık çalışanının (%85,5) teröpatik ortam eğitimi olmadığı belirlenmiştir.

4.2. Olumlu/Olumsuz Olarak Değerlendirilen Hizmetlerin Dağılımı

Tablo 4.3.’de hastaların klinik ortamında verilen hizmetlerden “olumlu olarak değerlendirdikleri hizmetler” **Tablo 4.4.’de** ise “olumsuz olarak değerlendirdikleri hizmetler” yer almaktadır. Hastaların %38’i “sağlık çalışanlarının hizmet verirken tavır ve tutumlarını olumlu bir hizmet olarak değerlendirirken, %23’ü fiziksel ortamın düzenini olumlu olarak değerlendirmişlerdir. Hastaların %22’si fiziksel ortamın yetersizliğini ve %22’si hastanedeyken sosyal yaşamlarından uzaklaşmayı ortamdaki, %18’i kuralların katı olmasını olumsuz hizmet olarak değerlendirmişlerdir.

Tablo 4.3. Hastaların Klinik Ortamında Kendileri için Olumlu Etkiye Sahip Olduklarını Düşündükleri Hizmetler

Klinikteki olumlu olarak değerlendirilen hizmetler	n*	%
Sağlık çalışanlarının tavrı ve tutumu	54	38
Fiziksel ortamın düzeni	32	23
Düzenli sağlık bakımı	15	11
Sorumluluk alma/ uğraşı aktivitelerine yönelme	11	8
Bireysel görüşmelerin olması	9	6
Grup toplantılarının ve terapilerinin olması/paylaşımı	8	6
İlaç tedavisinin olması	6	4
Sağlık çalışanlarına ulaşabilir olma	4	3
Sağlık ekibine güvenme	2	1
Toplam	141	100

n*katlanmış değer

Tablo 4.4. Hastaların Klinik Ortamında Kendileri için Olumsuz Etkiye Sahip Olduklarını Düşündükleri Hizmetler

Klinikteki kendileri için olumsuz değerlendirilen hizmetler	n*	%
Fiziksel ortamın yetersizliği (tuvaletin temizliği, açık hava, uğraşı salonunun olması)	15	22
Sosyal yaşamdan uzaklaşma	15	22
Kuralların katı olması	12	18
Terapinin/görüşmenin olmaması / yaratıcı terapinin olmaması	9	13
Yeterli yardımın yapılmaması	5	7
Yatağa bağlama, zorla ilaç enjeksiyonu gibi kontrol yöntemlerinin kullanılması	4	6
Görevlilerin olumsuz tutum ve davranışlarının olması	4	6
Hizmetin/bilginin zamanında verilmemesi	3	3
Mahremiyete önem verilmemesi	2	3
Toplam	50	100

n* Katlanmış Değer

Tablo 4.5.’de hastaların kliniğin tedavi edici bulma durumları, **Tablo 4.6.’da** ise hastaların klinik ortamı tedavi edici bulma nedenleri yer almaktadır. Hastaların %71’i kliniğin tedavi edici olduğunu düşünmektedir; %28’i ortamın güvenli olmasını, %28’i ortamda anlayışlı ve olumlu karşılanmanın, %17’si Terapinin/görüşmenin olmasını, %17’si ilaç tedavisi almanın tedavi edici olduğunu belirtmektedir.

Klinik ortamının tedavi edici olması ile ilgili kararsız olduklarını belirten hastaların %67’si “bir sorumluluk alamama/sosyal ortamdan kopmayı” neden olarak göstermişlerdir. Kliniği tedavi edici bulmayan hastaların %73’ü de “bir sorumluluk alamama/sosyal ortamdan kopmayı neden olarak bildirmişlerdir.

Tablo 4.5. Hastaların kliniği tedavi edici bulma durumlarının dağılımı

Tedavi edicilik durumu	Sayı	%
Evet	64	71
Hayır	11	12
Kararsızım	16	17
Toplam	91	100

Tablo 4.6. Kliniği tedavi edici bulan hastaların açıkladıkları nedenler

	Tedavi edici bulma nedenleri	Sayı	%
'Evet 'Tedavi Edici	Güvenli ortamın olması	18	28
	Anlayışlı olumlu karşılama	18	28
	Terapinin/görüşmenin olması	11	17
	İlaç tedavisi alma	10	17
	Kendini tanıma ve düşünme fırsatı bulma	3	6
	Uğraşılara yönelme/yeni şeyler öğrenme	2	3
	Yalnız hissetmeme	2	3
Toplam		64	100

Tablo 4.7.’de kliniği tedavi edici bulmayan hastaların açıkladığı nedenler, **Tablo 4.8. ’de** kliniğin tedavi ediciliği ile ilgili kararsız kalan hastaların açıkladıkları nedenler yer almaktadır. Kliniği tedavi edici bulmayan hastaların % 73’ü “bir sorumluluk alamama/sosyal ortamdan kopmayı neden olarak bildirmişlerdir. Kliniğin

ortamının tedavi edici olması ile ilgili kararsız olduklarını belirten hastaların %67'si “bir sorumluluk alamama/sosyal ortamdan kopmayı” neden olarak göstermişlerdir.

Tablo 4.7. Kliniği tedavi edici bulmayan hastaların açıkladıkları nedenler

	Tedavi edici bulmama nedenleri	Sayı	%
'Hayır' Tedavi Edici Değil	Bir sorumluluk alamama/sosyal ortamdan kopma	8	73
	Mahremiyete özen gösterilmemesi	3	27
Toplam		11	100

Tablo 4.8. Kliniğin tedavi ediciliği ile ilgili kararsız kalan hastaların açıkladıkları nedenler

Tedavi edicilikte kararsız kalma nedenleri		Sayı	%
'Kararsızım '	Bir sorumluluk alamama/sosyal ortamdan kopma	10	67
	Bilemeyenler	5	33
Toplam		15	100

Tablo 4.9.'da hastaların klinik ortamdaki hissettikleri yer almaktadır. Klinik ortamında ne hissettikleri sorusuna hastaların %33'ü “Aile ortamı gibi samimi ve kendilerini güvenli” hissettiklerini, %15'i “İyileşmem için birilerinin çaba sarf ettiğini görmenin mutluluğunu ve rahatlığını”, %12'si “İletişimde sürekliliğin olması nedeni ile olumlu hissettiklerini”, %9'u ise “Yalnız olmama, birlik beraberlik hissi yaşama” gibi duygular ifade etmişlerdir. Hastaların daha az bir oranı ise olumsuz duygular yaşadıklarını belirtmişlerdir: %5'i “Sorumluluk almaya zorlandıkları/emir aldıklarını düşündükleri için rahatsızlık” duyduklarını, %5'i “Sıkıcı ve Monotonluk hissetme/Koşulsuz uyuma” zorlandıklarını %4'ü ise “Yok sayıldıklarını/yalnız ve karamsar” hissettiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.9. Hastaların klinik ortamda hissettikleri

Hastaların klinik ortamdaki hisleri	Sayı	%
Aile ortamı gibi samimi ve güvenli hissetme / Kendine güven	30	33
İyileşmem için birilerinin çaba sarf ettiğini görmenin mutluluğu/rahatlığı	13	15
İletişimde süreklilik olması nedeni ile olumlu hissetme	11	12
Yalnız olmamak, birlik, beraberlik hissi	8	9
Değerli hissetme	4	4
Sorumluluk duygusu hissetme	4	4
İyileşmek için umutlu hissetme	5	5
Sorumluluk almaya zorlanma, emir aldığı için rahatsızlık duyma	5	5
Sıkıcı, monoton, şartsız uyuma zorlanma	5	5
Yok sayıldığını, yalnız ve karamsar olduğunu hissetme	4	4
Hiç bir şey hissetmeme	2	2
Toplam	91	100

Tablo 4.10’da çalışanların klinik ortamını tedavi edici bulma durumları, **Tablo 4.11’de** ise çalışanların klinik ortamı tedavi edici bulma nedenleri yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının %87’si çalıştıkları kliniği “tedavi edici” bulduklarını belirtmiştir. Bunlardan %32’si ortamda sosyalleşme ve öğrenmenin sağlandığı, %13’ü sorumluluk alma/ başarıma duygusu ve özgüvenin kazandırıldığını düşündükleri için tedavi edici olduğunu belirtmişlerdir. Kliniği tedavi edici bulmayan sağlık çalışanların hepsi ise “klinikteki fiziksel ortamın yetersizliği” nedeniyle ortamın tedavi edici olmadığını belirtmişlerdir. Tedavi edici hizmetlerden hangilerinin tedavi edici olduğuna inanıyorsunuz sorusuna ise çalışanların %93’ü, tıbbi tedaviler, psikoterapiler, fiziksel ortam, uğraşı aktiviteleri kapsayan hepsi yanıtını vermişlerdir.

Tablo 4.10. Çalışanların klinik ortamını tedavi edici bulma durumları

Tedavi edici bulma durumları	Sayı	%
Tedavi edici bulan	48	87
Tedavi edici bulmayan	7	13
Toplam	55	100

Tablo 4.11. Çalışanların klinik ortamını tedavi edici bulma nedenleri

Çalışanların klinik ortamını tedavi edici bulma durumları		Sayı	%
"Evet" Tedavi Edici	Sosyalleşme ve öğrenme	15	32
	Sorumluluk alma ve başarıma duygusu/özgüven	6	13
	Stres verici dış ortamdan uzaklaşma/ güvenli ortamı olması	5	10
	Bütüncül hizmetin verilmesi	5	10
	Hastalığın iyileşmesi	4	8
	Kendini tanıma ve olumsuz davranışın azalması	3	6
	Temel gereksinimlerin karşılanması	2	4
	Neden belirtmeyenler	8	17
Toplam		48	100

4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Servis Ortamı Ölçeği Puan Ortalamaları

Bu bölümde hastaların tanıtıcı özelliklerine göre SOÖ puanlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Tablo 4.12 hastaların tanıtıcı Bilgilerine Göre SOÖ puanlarına ilişkin bulgulara verilmiştir.

Hastaların eğitim düzeylerine göre destek, spontanlık, otonomi, kişisel sorun yönelimi ve programın açıklığı alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; eğitim düzeyi lisans olan hastalar ile ilköğretim olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Lisans eğitim düzeyinde olan hastaların destek ($5,81\pm 2,27$), spontanlık ($6,44\pm 2,40$), otonomi ($4,92\pm 2,42$) kişisel sorun yönelimi ($6,11\pm 2,31$) ve program açıklığı ($6,64\pm 1,76$) alt ölçek puanları, ilköğretim düzeyinde olanların destek ($7,44\pm 2,43$), spontanlık ($8,26\pm 1,97$), otonomi ($7,00\pm 2,63$) kişisel sorun yönelimi ($8,26\pm 1,72$) ve program açıklığı ($8,15\pm 1,97$) alt ölçek puanlarına göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Hastaların psikiyatrik tanılarına göre düzen ve organizasyon alt ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=6,218$; $p=0,045$).

Anlamalı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; tanısı şizofreni olan hastalar ile depresyon olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Psikiyatrik tanısı depresyon olan hastaların düzen ve organizasyon alt ölçek puanı ($6,00 \pm 2,43$), şizofreni olan hastaların düzen ve organizasyon alt ölçek puanından ($7,74 \pm 2,10$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Hastaların yaşadıkları illere göre programın açıklığı alt ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-1,989$; $p=0,047$). Ankara’da yaşayan hastaların programın açıklığı alt ölçeği puanı ($7,33 \pm 2,09$) Ankara dışında yaşayanların puanından ($6,00 \pm 2,27$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların yaş, cinsiyet, hastanede kalış süresi, yatış deneyimi , yatış sayısına göre SOÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.005$).

Tablo 4.12. Hastaların Tanıtıcı Bilgilerine Göre SOÖ puanları

Ölçek alt boyutları		Katılım		Destek		Spontanlık		Otonomi		Pratik yönelim	
Değişken (N=91)		̄±S.D.	M [IQR]	̄±S.D.	M [IQR]	̄±S.D.	M [IQR]	̄±S.D.	M [IQR]	̄±S.D.	M [IQR]
Yaş grupları											
19-25	12	5,92±2,84	5,0 [4,5]	6,42±2,43	5,5 [3,8]	6,75±2,01	6,5 [3,5]	6,17±2,59	5,5 [4,8]	5,75±2,93	5,5 [4,0]
26-35	21	6,71±2,59	7,0 [6,0]	6,71±2,31	6,0 [5,0]	7,14±2,52	7,0 [5,0]	6,00±3,00	5,0 [7,0]	6,90±2,19	6,0 [4,5]
36-45	24	6,21±2,23	6,0 [3,5]	6,04±2,33	5,5 [4,0]	7,08±2,21	7,0 [4,8]	5,16±2,66	4,5 [3,8]	6,17±2,39	6,0 [2,8]
46-55	18	7,17±2,48	7,5 [5,3]	6,39±2,93	5,0 [6,0]	6,89±2,87	7,0 [6,0]	5,89±2,89	5,0 [7,0]	6,67±2,68	6,5 [5,3]
56 ve üzeri	16	7,38±2,31	7,5 [3,8]	7,75±1,88	8,0 [3,8]	8,07±1,77	8,5 [2,8]	6,56±2,34	6,0 [4,3]	6,94±2,54	7,0 [4,8]
İstatistiksel analiz*		χ²=3,744		χ²=5,763		χ²=2,694		χ²=3,239		χ²=2,092	
Olasılık		p=0,442		p=0,218		p=0,610		p=0,519		p=0,719	
Cinsiyet											
Erkek	48	6,56±2,37	6,5 [4,8]	6,48±2,44	6,0 [3,0]	7,06±2,32	7,0 [4,8]	5,71±2,67	5,0 [4,0]	6,27±2,56	6,0 [3,8]
Kadın	43	6,81±2,58	7,0 [6,0]	6,77±2,41	6,0 [5,0]	7,33±2,35	7,0 [4,0]	6,07±2,77	6,0 [6,0]	6,79±2,41	6,0 [5,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,562		Z=-0,210		Z=-0,520		Z=-0,495		Z=-0,955	
Olasılık		p=0,574		p=0,833		p=0,603		p=0,620		p=0,339	
Eğitim düzeyi											
İlkokul ⁽¹⁾	27	7,52±2,47	8,0 [5,0]	7,44±2,43	8,0 [5,0]	8,26±1,97	9,0 [3,0]	7,00±2,63	7,0 [5,0]	7,19±2,63	7,0 [5,0]
Lise ⁽²⁾	27	6,63±2,69	7,0 [5,0]	6,93±2,35	7,0 [5,0]	7,18±2,22	7,0 [5,0]	6,15±2,77	5,0 [6,0]	6,52±2,55	6,0 [5,0]
Lisans ⁽³⁾	36	6,17±2,16	6,0 [3,8]	5,81±2,27	5,0 [2,8]	6,44±2,40	6,0 [4,5]	4,92±2,42	4,0 [3,0]	6,08±2,29	6,0 [3,0]
İstatistiksel analiz		χ²=4,762		χ²=6,631		χ²=8,770		χ²=9,292		χ²=3,607	
Olasılık		p=0,092		p=0,036		p=0,012		p=0,010		p=0,165	
Fark				[1-3]		[1-3]		[1-3]			
Hastalık											
Şizofreni	19	7,26±2,54	7,0 [5,0]	7,58±2,29	8,0 [5,0]	7,53±2,70	9,0 [5,0]	6,95±2,87	7,0 [6,0]	7,37±2,71	8,0 [5,0]
Bipolar	26	7,15±2,20	7,0 [3,0]	6,42±2,55	6,0 [5,3]	7,42±2,02	7,0 [4,0]	5,88±2,69	5,0 [5,0]	6,58±2,28	6,0 [2,3]
Depresyon	23	6,08±2,43	5,0 [4,0]	6,17±2,41	5,0 [3,0]	7,00±2,41	7,0 [4,0]	5,34±2,50	5,0 [3,0]	6,39±2,33	6,0 [4,0]
İstatistiksel analiz		χ²=3,409		χ²=3,563		χ²=0,800		χ²=3,204		χ²=2,413	
Olasılık		p=0,182		p=0,168		p=0,670		p=0,201		p=0,299	

*Normal dağılıma sahip olmayan 2 bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); 3 veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.12 (devamı). Hastaların Tanıtıcı Bilgilerine Göre SOÖ puanları

Ölçek alt boyutları		Kişisel sorun yönelimi		Öfke ve saldırganlık		Düzen organizasyon		Programın açıklığı		Çalışanların kontrolü	
Değişken (N=91)		̄X±S.D.	M [IQR]	̄X±S.D.	M [IQR]	̄X±S.D.	M [IQR]	̄X±S.D.	M [IQR]	̄X±S.D.	M [IQR]
Yaş grupları											
19-25	12	6,58±2,47	6,0 [4,0]	6,08±2,46	6,0 [4,0]	6,33±2,53	6,0 [3,8]	6,25±2,38	7,0 [4,0]	6,83±2,29	6,5 [4,5]
26-35	21	6,90±2,26	6,0 [5,0]	6,43±2,91	6,0 [5,5]	6,67±2,42	6,0 [5,0]	7,67±2,18	8,0 [4,0]	7,14±2,37	7,0 [4,5]
36-45	24	6,63±2,36	7,0 [3,0]	5,95±2,10	5,5 [2,0]	6,42±2,08	6,0 [2,8]	6,85±2,01	6,0 [3,0]	6,58±2,08	6,0 [3,8]
46-55	18	7,00±2,70	7,5 [5,3]	7,11±2,25	6,0 [5,0]	6,67±2,50	6,0 [5,0]	7,39±2,12	7,5 [4,0]	6,72±2,56	6,5 [5,3]
56 ve üzeri	16	7,94±1,91	8,5 [4,0]	6,88±2,19	6,0 [4,8]	7,25±2,38	7,0 [4,0]	7,44±2,22	7,5 [3,8]	6,88±2,25	7,0 [4,5]
İstatistiksel analiz*		χ²=3,031		χ²=2,846		χ²=1,873		χ²=4,680		χ²=0,987	
Olasılık		p=0,553		p=0,584		p=0,759		p=0,322		p=0,912	
Cinsiyet											
Erkek	48	6,88±2,25	7,0 [3,8]	6,33±2,29	6,0 [2,8]	6,48±2,25	6,0 [3,0]	6,85±2,17	6,5 [4,0]	6,83±2,14	7,0 [4,0]
Kadın	43	7,12±2,47	7,0 [5,0]	6,63±2,51	6,0 [5,0]	6,86±2,42	6,0 [5,0]	7,47±2,11	8,0 [4,0]	6,81±2,42	6,0 [5,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,391		Z=-0,239		Z=-0,653		Z=-1,410		Z=-0,069	
Olasılık		p=0,696		p=0,811		p=0,514		p=0,159		p=0,945	
Eğitim düzeyi											
İlkokul ⁽¹⁾	27	8,26±1,72	8,0 [3,0]	7,33±2,46	7,0 [5,0]	7,59±2,21	7,0 [4,0]	8,15±1,97	9,0 [3,0]	7,59±2,24	8,0 [4,0]
Lise ⁽²⁾	27	7,00±2,40	7,0 [5,0]	6,11±2,75	6,0 [6,0]	6,59±2,63	6,0 [5,0]	6,93±2,48	7,0 [6,0]	6,74±2,61	7,0 [5,0]
Lisans ⁽³⁾	36	6,11±2,31	6,0 [2,8]	6,11±1,92	6,0 [2,0]	6,11±1,94	6,0 [2,0]	6,64±1,76	6,0 [2,8]	6,33±1,91	6,0 [2,0]
İstatistiksel analiz		χ²=13,082		χ²=3,076		χ²=5,897		χ²=8,387		χ²=4,829	
Olasılık		p=0,001		p=0,215		p=0,052		p=0,015		p=0,089	
Fark		[1-3]						[1-3]			
Tanı											
Şizofreni	19	7,84±2,09	8,0 [4,0]	7,00±2,73	6,0 [5,0]	7,74±2,10	7,0 [4,0]	8,05±2,06	9,0 [4,0]	7,63±2,43	9,0 [5,0]
Bipolar	26	7,00±2,56	7,5 [4,5]	6,69±2,15	6,0 [4,3]	6,50±2,47	6,5 [4,3]	7,23±2,03	7,0 [3,0]	7,07±2,01	7,0 [3,3]
Depresyon	23	6,52±2,29	6,0 [4,0]	6,17±2,23	6,0 [3,0]	6,00±2,43	6,0 [4,0]	6,78±2,19	6,0 [4,0]	6,57±2,29	7,0 [3,0]
İstatistiksel analiz		χ²=3,409		χ²=1,001		χ²=6,218		χ²=3,830		χ²=1,945	
Olasılık		p=0,182		p=0,606		p=0,045		p=0,147		p=0,378	
Fark						[1-3]					

*Normal dağılıma sahip olmayan 2 bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); 3 veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.12 (devamı) Hastaların Tanıtıcı Bilgilerine Göre SOÖ puanları

Ölçek alt boyutları Değişken (N=91)		Katılım		Destek		Spontanlık		Otonomi		Pratik yönelim	
		$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]
Hastalık süre (gün)											
0-7	23	6,09 $\pm$ 2,64	5,0 [5,0]	6,22 $\pm$ 2,49	5,0 [3,0]	6,13 $\pm$ 2,45	5,0 [4,0]	5,39 $\pm$ 2,97	4,0 [6,0]	5,96 $\pm$ 2,67	6,0 [4,0]
8-15	22	6,64 $\pm$ 2,87	7,0 [6,0]	6,77 $\pm$ 2,67	7,0 [6,0]	7,82 $\pm$ 2,32	9,0 [4,3]	6,14 $\pm$ 3,03	5,0 [6,3]	6,82 $\pm$ 2,72	6,5 [5,3]
16-29	22	7,00 $\pm$ 2,09	7,0 [3,3]	6,64 $\pm$ 2,34	6,0 [4,0]	7,77 $\pm$ 1,92	7,5 [3,3]	5,82 $\pm$ 2,36	5,0 [2,8]	6,91 $\pm$ 2,14	7,0 [3,0]
30 ve üzeri	24	7,00 $\pm$ 2,23	7,0 [3,5]	6,83 $\pm$ 2,28	6,5 [4,0]	7,08 $\pm$ 2,28	7,0 [3,8]	6,17 $\pm$ 2,55	6,0 [3,8]	6,42 $\pm$ 2,43	6,0 [4,3]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=1,929$		$\chi^2=0,612$		$\chi^2=7,378$		$\chi^2=1,944$		$\chi^2=2,728$	
Olasılık		p=0,587		p=0,894		p=0,061		p=0,584		p=0,436	
Yatış deneyimi											
Yok	36	6,39 $\pm$ 2,50	6,5 [4,8]	6,28 $\pm$ 2,30	6,0 [3,0]	6,81 $\pm$ 2,21	7,0 [4,0]	5,33 $\pm$ 2,67	4,0 [3,8]	6,25 $\pm$ 2,43	6,0 [3,0]
Var	55	6,87 $\pm$ 2,44	7,0 [5,0]	6,84 $\pm$ 2,49	7,0 [5,0]	7,44 $\pm$ 2,38	8,0 [5,0]	6,24 $\pm$ 2,70	5,0 [6,0]	6,69 $\pm$ 2,53	6,0 [5,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,919		Z=-0,970		Z=-1,293		Z=1-517		Z=-0,864	
Olasılık		p=0,358		p=0,332		p=0,196		p=0,129		p=0,387	
Yatış tekrarı											
Hiç	36	6,39 $\pm$ 2,50	6,5 [4,8]	6,28 $\pm$ 2,30	6,0 [3,0]	6,81 $\pm$ 2,21	7,0 [4,0]	5,33 $\pm$ 2,67	4,0 [3,8]	6,25 $\pm$ 2,43	6,0 [3,0]
1-2	34	6,71 $\pm$ 2,55	6,5 [2,6]	6,85 $\pm$ 2,51	7,0 [5,0]	7,50 $\pm$ 2,30	7,0 [4,0]	6,21 $\pm$ 2,87	5,5 [7,0]	6,50 $\pm$ 2,78	6,0 [5,0]
3 ve üzeri	21	7,14 $\pm$ 2,29	7,0 [4,0]	6,81 $\pm$ 2,50	6,0 [5,0]	7,33 $\pm$ 2,56	8,0 [5,5]	6,29 $\pm$ 2,47	5,0 [4,0]	7,00 $\pm$ 2,10	7,0 [3,5]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=1,214$		$\chi^2=0,943$		$\chi^2=1,788$		$\chi^2=2,424$		$\chi^2=1,196$	
Olasılık		p=0,545		p=0,624		p=0,409		p=0,298		p=0,550	
İl											
Ankara	78	6,77 $\pm$ 2,49	7,0 [5,0]	6,59 $\pm$ 2,47	6,0 [4,3]	7,31 $\pm$ 2,30	7,0 [5,0]	5,87 $\pm$ 2,73	5,0 [4,0]	6,58 $\pm$ 2,53	6,0 [4,0]
Ankara dışı	13	6,15 $\pm$ 2,34	6,0 [3,5]	6,77 $\pm$ 2,13	7,0 [3,5]	6,46 $\pm$ 2,40	6,0 [4,5]	5,92 $\pm$ 2,72	5,0 [5,0]	6,15 $\pm$ 2,30	6,0 [3,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,837		Z=-0,213		Z=-1,209		Z=-0,080		Z=-0,587	
Olasılık		p=0,403		p=0,831		p=0,227		p=0,936		p=0,558	

*Normal dağılıma sahip olmayan 2 bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); 3 veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.12 (devamı). Hastaların Tanıtıcı Bilgilerine Göre SOÖ puanları

Ölçek alt boyutları Değişken (N=91)		Kişisel sorun yönelimi $\bar{X} \pm S.D.$ M [IQR]		Öfke ve saldırganlık $\bar{X} \pm S.D.$ M [IQR]		Düzen organizasyon $\bar{X} \pm S.D.$ M [IQR]		Programın açıklığı $\bar{X} \pm S.D.$ M [IQR]		Çalışanların kontrolü $\bar{X} \pm S.D.$ M [IQR]	
Hastalık süre (gün)											
0-7	23	6,39 $\pm$ 2,59	6,0 [5,0]	5,70 $\pm$ 2,77	5,0 [3,0]	5,96 $\pm$ 2,50	6,0 [3,0]	6,96 $\pm$ 2,24	7,0 [4,0]	6,70 $\pm$ 2,34	7,0 [4,0]
8-15	22	7,23 $\pm$ 2,64	7,0 [4,0]	6,82 $\pm$ 2,38	6,0 [5,0]	7,23 $\pm$ 2,29	6,5 [4,3]	7,45 $\pm$ 2,20	7,5 [5,0]	7,05 $\pm$ 2,34	6,5 [5,0]
16-29	22	7,32 $\pm$ 1,78	7,0 [2,3]	6,73 $\pm$ 2,23	6,0 [4,0]	6,59 $\pm$ 2,28	6,0 [4,0]	7,05 $\pm$ 2,15	7,0 [4,0]	7,14 $\pm$ 1,96	7,0 [4,0]
30 ve üzeri	24	7,04 $\pm$ 2,31	6,5 [4,8]	6,67 $\pm$ 2,10	6,0 [3,5]	6,88 $\pm$ 2,19	6,0 [4,8]	7,13 $\pm$ 2,13	6,5 [3,0]	6,46 $\pm$ 2,45	6,0 [4,5]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=2,126$		$\chi^2=3,127$		$\chi^2=3,856$		$\chi^2=0,621$		$\chi^2=1,183$	
Olasılık		p=0,547		p=0,372		p=0,277		p=0,892		p=0,757	
Yatış deneyimi											
Yok	36	6,44 $\pm$ 2,27	6,0 [2,8]	6,25 $\pm$ 2,32	6,0 [2,8]	6,25 $\pm$ 2,19	6,0 [2,0]	6,75 $\pm$ 2,10	6,5 [3,0]	6,67 $\pm$ 2,03	6,0 [3,0]
Var	55	7,35 $\pm$ 2,34	8,0 [4,0]	6,62 $\pm$ 2,43	6,0 [5,0]	6,93 $\pm$ 2,39	6,0 [5,0]	7,40 $\pm$ 2,17	7,0 [4,0]	6,93 $\pm$ 2,42	7,0 [5,0]
İstatistiksel analiz		Z=-1,898		Z=-0,232		Z=-1,300		Z=-1,386		Z=-0,412	
Olasılık		p=0,058		p=0,817		p=0,194		p=0,166		p=0,681	
Yatış tekrarı											
Hiç	36	6,44 $\pm$ 2,27	6,0 [2,8]	6,25 $\pm$ 2,32	6,0 [2,8]	6,25 $\pm$ 2,18	6,0 [2,0]	6,75 $\pm$ 2,10	6,5 [3,0]	6,67 $\pm$ 2,03	6,0 [3,0]
1-2	34	7,21 $\pm$ 2,41	7,0 [4,0]	6,47 $\pm$ 2,40	5,0 [5,0]	6,85 $\pm$ 2,52	6,0 [5,0]	7,24 $\pm$ 2,32	7,0 [5,0]	6,74 $\pm$ 2,62	6,5 [5,3]
3 ve üzeri	21	7,57 $\pm$ 2,25	8,0 [4,5]	6,86 $\pm$ 2,53	6,0 [5,0]	7,05 $\pm$ 2,22	6,0 [4,0]	7,67 $\pm$ 1,91	8,0 [3,5]	7,24 $\pm$ 2,07	7,0 [4,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=3,875$		$\chi^2=0,814$		$\chi^2=1,893$		$\chi^2=2,496$		$\chi^2=0,932$	
Olasılık		p=0,144		p=0,666		p=0,388		p=0,287		p=0,628	
İl											
Ankara	78	6,95 $\pm$ 2,43	7,0 [5,0]	6,54 $\pm$ 2,37	6,0 [4,3]	6,74 $\pm$ 2,38	6,0 [4,3]	7,33 $\pm$ 2,09	7,0 [3,3]	6,96 $\pm$ 2,25	7,0 [4,3]
Ankara dışı	13	7,23 $\pm$ 1,79	7,0 [3,0]	6,08 $\pm$ 2,56	6,0 [3,5]	6,15 $\pm$ 1,99	6,0 [1,5]	6,00 $\pm$ 2,27	6,0 [3,5]	6,00 $\pm$ 2,24	6,0 [2,5]
İstatistiksel analiz		Z=-0,253		Z=-0,550		Z=-0,746		Z=-1,989		Z=-1,357	
Olasılık		p=0,800		p=0,583		p=0,456		p=0,047		p=0,175	

*Normal dağılıma sahip olmayan 2 bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); 3 veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

4.4. Sağlık Çalışanların Tanıtıcı Özelliklerine Servis Ortamı Ölçeği Puan Ortalamaları

Bu bölümde sağlık çalışanlarının tanıtıcı bilgilerine SOÖ puanlarına ilişkin bulgular verilmiştir. **Tablo 4.13'**de sağlık çalışanlarının tanıtıcı bilgilerine göre SOÖ puanları yer almaktadır.

Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre kişisel sorun yönelimi ve çalışanların kontrolü alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Erkek sağlık çalışanlarının kişisel sorun yönelimi ($5,40\pm1,10$) ve çalışanların kontrolü ($6,45\pm1,39$) alt ölçekleri puanları, kadın sağlık çalışanlarının kişisel sorun yönelimi ($4,63\pm1,03$) ve çalışanların kontrolü ($5,43\pm1,60$) alt ölçekleri puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerine göre kişisel sorun yönelimi alt ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,122$; $p=0,034$). Lisansüstü mezunu olan sağlık çalışanlarının kişisel sorun yönelimi alt ölçeği puanları ($5,21\pm1,01$) lisans mezunu ($4,54\pm1,14$) sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre katılım, kişisel sorun yönelimi ve öfke ve saldırganlık alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hemşire olan sağlık çalışanlarının katılım ($4,96\pm1,22$) ve öfke ve saldırganlık ($5,15\pm1,54$) alt ölçekleri puanları, hekimlerin katılım ($4,28\pm1,06$) ve öfke ve saldırganlık ($4,24\pm1,36$) alt ölçek puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hekim olan sağlık çalışanlarının kişisel sorun yönelimi alt ölçeği puanları ($5,24\pm1,05$), hemşirelerin kişisel sorun yönelimi alt ölçeği puanına ($4,58\pm1,13$) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Sağlık çalışanlarının ortamda çalışma süresi, psikiyatrideki hizmet süresi ve terapötik ortam eğitimi alma durumlarına göre SOÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.005$).

Tablo 4.13. Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Bilgilerine Göre SOÖ Puanları

Ölçek alt boyutları		Katılım		Destek		Spontanlık		Otonomi		Pratik yönelim	
Değişken (N=55)		$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]
Yaş grupları											
24-29	26	4,54±1,10	5,0 [1,0]	5,65±1,26	6,0 [1,0]	4,08±1,32	4,0 [2,0]	3,35±1,26	3,0 [1,0]	4,77±0,91	5,0 [1,0]
30 ve üzeri	29	4,69±1,26	5,0 [2,0]	5,31±1,14	5,0 [1,0]	4,72±1,89	4,0 [3,0]	3,21±1,15	3,0 [1,5]	4,59±1,30	5,0 [3,0]
İstatistiksel analiz*		Z=-0,357		Z=-0,833		Z=-1,279		Z=-0,187		Z=-0,326	
Olasılık		p=0,721		p=0,405		p=0,201		p=0,852		p=0,745	
Cinsiyet											
Erkek	20	4,60±1,19	5,0 [1,0]	5,80±1,24	6,0 [1,0]	4,70±1,45	5,0 [1,8]	3,45±1,23	3,0 [2,0]	4,60±1,05	5,0 [1,0]
Kadın	35	4,63±1,19	5,0 [2,0]	5,29±1,15	5,0 [2,0]	4,26±1,77	4,0 [3,0]	3,17±1,18	3,0 [1,0]	4,71±1,18	5,0 [2,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,136		Z=-1,247		Z=-1,141		Z=-0,907		Z=-0,228	
Olasılık		p=0,892		p=0,213		p=0,254		p=0,365		p=0,819	
Eğitim düzeyi											
Lisans	24	4,96±1,23	5,0 [2,0]	5,54±1,10	5,5 [1,0]	4,79±2,02	4,5 [3,0]	3,13±1,15	3,0 [1,8]	4,63±1,31	5,0 [3,0]
Lisansüstü	29	4,31±1,07	4,0 [1,0]	5,52±1,27	6,0 [1,0]	4,14±1,32	4,0 [2,0]	3,41±1,24	3,0 [1,0]	4,69±1,00	5,0 [1,0]
İstatistiksel analiz		Z=-1,921		Z=-0,205		Z=-1,210		Z=-0,722		Z=-0,121	
Olasılık		p=0,055		p=0,837		p=0,226		p=0,470		p=0,904	
Meslek											
Hemşire	26	4,96±1,22	5,0 [2,0]	5,50±1,10	5,5 [1,0]	4,65±2,02	4,0 [3,0]	3,04±1,08	3,0 [2,0]	4,69±1,26	5,0 [3,0]
Hekim	25	4,28±1,06	4,0 [1,0]	5,60±1,26	6,0 [1,0]	4,24±1,27	4,0 [2,0]	3,52±1,36	3,0 [2,0]	4,68±1,07	5,0 [1,0]
İstatistiksel analiz		Z=-1,986		Z=-0,059		Z=-0,633		Z=-1,188		Z=-0,177	
Olasılık		p=0,047		p=0,953		p=0,527		p=0,235		p=0,860	

*Normal dağılıma sahip olmayan 2 bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.13 (devamı). Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Bilgilerine Göre SOÖ Puanları

Ölçek alt boyutları		Kişisel sorun yönelimi		Öfke ve saldırganlık		Düzen organizasyon		Programın açıklığı		Çalışanların kontrolü	
Değişken (N=55)		$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]
Yaş grupları											
24-29	26	5,04±0,99	5,0 [2,0]	4,46±1,58	4,0 [2,3]	5,54±1,24	6,0 [2,0]	6,00±0,94	6,0 [1,3]	5,92±1,67	6,0 [2,0]
30 ve üzeri	29	4,79±1,21	5,0 [2,0]	4,90±1,40	5,0 [2,0]	5,90±0,90	6,0 [0,0]	5,72±1,10	6,0 [1,5]	5,69±1,54	6,0 [2,0]
İstatistiksel analiz*		Z=-0,675		Z=-1,155		Z=-0,748		Z=-0,942		Z=-0,897	
Olasılık		p=0,500		p=0,248		p=0,455		p=0,346		p=0,370	
Cinsiyet											
Erkek	20	5,40±1,10	5,0 [1,0]	4,40±1,43	4,0 [2,5]	5,40±1,23	6,0 [1,8]	5,90±1,12	6,0 [2,0]	6,45±1,39	6,0 [1,0]
Kadın	35	4,63±1,03	4,0 [1,0]	4,86±1,52	5,0 [2,0]	5,91±0,95	6,0 [0,0]	5,83±0,98	6,0 [1,0]	5,43±1,60	5,0 [2,0]
İstatistiksel analiz		Z=-2,475		Z=-1,145		Z=-1,552		Z=-0,323		Z=-2,121	
Olasılık		p=0,013		p=0,252		p=0,121		p=0,747		p=0,034	
Eğitim düzeyi											
Lisans	24	4,54±1,14	4,5 [1,0]	5,13±1,62	5,0 [2,0]	5,92±0,83	6,0 [0,0]	5,67±1,01	6,0 [1,0]	5,75±1,65	5,5 [2,0]
Lisansüstü	29	5,21±1,01	5,0 [1,0]	4,31±1,34	4,0 [2,0]	5,52±1,24	6,0 [2,0]	6,07±1,00	6,0 [1,0]	5,93±1,58	6,0 [2,0]
İstatistiksel analiz		Z=-2,122		Z=-1,808		Z=-0,823		Z=-1,659		Z=-0,713	
Olasılık		p=0,034		p=0,071		p=0,410		p=0,097		p=0,476	
Meslek											
Hemşire	26	4,58±1,13	4,5 [1,3]	5,15±1,54	5,0 [2,0]	5,88±0,91	6,0 [0,0]	5,62±1,02	6,0 [1,0]	5,42±1,84	5,0 [3,0]
Hekim	25	5,24±1,05	5,0 [1,0]	4,24±1,36	4,0 [2,0]	5,60±1,22	6,0 [1,5]	6,08±1,04	6,0 [1,0]	6,24±1,33	6,0 [1,5]
İstatistiksel analiz		Z=-2,033		Z=-2,167		Z=-0,466		Z=-1,805		Z=-1,904	
Olasılık		p=0,042		p=0,030		p=0,641		p=0,071		p=0,057	

*Normal dağılıma sahip olmayan 2 bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.13 (devamı). Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Bilgilerine Göre SOÖ Puanları

Ölçek alt boyutları		Katılım		Destek		Spontanlık		Otonomi		Pratik yönelim	
Değişken (N=55)		$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]
Çalışma süresi (yıl)											
0-1	15	4,60±1,40	5,0 [3,0]	5,53±1,19	6,0 [2,0]	4,13±1,77	4,0 [2,0]	3,60±1,30	4,0 [2,0]	5,00±1,13	5,0 [2,0]
2-4	21	4,80±0,98	5,0 [1,0]	5,43±1,03	5,0 [1,0]	4,48±1,63	5,0 [2,5]	3,29±1,35	3,0 [1,0]	4,52±1,17	5,0 [2,5]
5 ve üzeri	19	4,42±1,21	4,0 [1,0]	5,47±1,43	6,0 [1,0]	4,58±1,68	4,0 [3,0]	3,00±0,88	3,0 [1,0]	4,58±1,07	5,0 [1,0]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=1,088$		$\chi^2=0,205$		$\chi^2=1,199$		$\chi^2=2,835$		$\chi^2=1,034$	
Olasılık		p=0,580		p=0,903		p=0,549		p=0,242		p=0,596	
Psikiyatri süre (yıl)											
0-1	16	4,56±1,36	4,5 [2,8]	5,50±1,15	6,0 [1,8]	4,00±1,79	4,0 [2,0]	3,56±1,26	3,5 [2,0]	5,00±1,10	5,0 [1,8]
2-4	23	4,83±1,03	5,0 [1,0]	5,61±1,23	5,0 [1,0]	4,57±1,53	5,0 [3,0]	3,22±1,31	3,0 [1,0]	4,57±1,16	5,0 [3,0]
5 ve üzeri	16	4,38±1,20	4,0 [1,0]	5,25±1,24	5,5 [1,8]	4,63±1,74	4,0 [2,8]	3,06±0,93	3,0 [0,8]	4,50±1,10	5,0 [1,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=1,551$		$\chi^2=0,197$		$\chi^2=2,267$		$\chi^2=2,058$		$\chi^2=1,176$	
Olasılık		p=0,460		p=0,906		p=0,322		p=0,357		p=0,555	
Teröpatik ortam eğitimi											
Yok	47	4,60±1,21	5,0 [1,0]	5,47±1,21	5,0 [1,0]	4,45±1,63	4,0 [2,0]	3,36±1,26	3,0 [1,0]	4,64±1,19	5,0 [1,0]
Var	8	4,75±1,04	5,0 [1,8]	5,50±1,20	5,5 [2,5]	4,25±1,98	4,0 [3,0]	2,75±0,46	3,0 [0,8]	4,88±0,64	5,0 [0,8]
İstatistiksel analiz		Z=-0,345		Z=-0,149		Z=-0,134		Z=-1,464		Z=-0,473	
Olasılık		p=0,730		p=0,882		p=0,894		p=0,143		p=0,636	

*Normal dağılıma sahip olmayan 2 bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); 3 veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.13 (devamı). Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Bilgilerine Göre SOÖ Puanları

Ölçek alt boyutları		Kişisel sorun yönelimi		Öfke ve saldırganlık		Düzen organizasyon		Programın açıklığı		Çalışanların kontrolü	
Değişken (N=55)		$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X} \pm S.D.$	M [IQR]
Çalışma süresi (yıl)											
0-1	15	5,40±1,18	5,0 [2,0]	4,33±1,80	4,0 [2,0]	5,73±1,03	6,0 [1,0]	6,06±1,03	6,0 [2,0]	5,80±2,11	6,0 [3,0]
2-4	21	4,67±0,97	5,0 [1,0]	4,95±1,40	5,0 [2,0]	5,62±1,02	6,0 [0,5]	5,71±1,10	6,0 [1,0]	6,10±1,55	6,0 [2,0]
5 ve üzeri	19	4,79±1,13	5,0 [2,0]	4,68±1,34	5,0 [2,0]	5,84±1,21	6,0 [2,0]	5,84±0,96	6,0 [2,0]	5,47±1,12	5,0 [1,0]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=3,141$		$\chi^2=2,334$		$\chi^2=0,539$		$\chi^2=0,907$		$\chi^2=1,766$	
Olasılık		p=0,208		p=0,311		p=0,764		p=0,635		p=0,414	
Psikiyatri süre (yıl)											
0-1	16	5,44±1,15	5,5 [1,8]	4,44±1,79	4,0 [2,0]	5,56±1,20	6,0 [1,8]	5,94±1,12	6,0 [2,0]	5,81±2,04	6,0 [2,8]
2-4	23	4,61±0,94	5,0 [1,0]	4,91±1,34	5,0 [2,0]	5,70±1,02	6,0 [0,0]	5,96±1,07	6,0 [2,0]	6,00±1,51	6,0 [2,0]
5 ve üzeri	16	4,81±1,17	5,0 [1,8]	4,62±1,40	4,5 [2,5]	5,94±1,06	6,0 [1,5]	5,62±0,89	6,0 [1,0]	5,50±1,21	5,5 [1,8]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=4,620$		$\chi^2=1,577$		$\chi^2=0,569$		$\chi^2=1,343$		$\chi^2=1,001$	
Olasılık		p=0,099		p=0,455		p=0,752		p=0,511		p=0,606	
Teropatik ortam eğitimi											
Yok	47	4,98±1,09	5,0 [2,0]	4,59±1,45	4,0 [1,0]	5,70±1,10	6,0 [1,0]	5,94±1,05	6,0 [2,0]	5,83±1,67	6,0 [2,0]
Var	8	4,50±1,19	4,5 [2,5]	5,25±1,67	5,5 [2,5]	5,88±0,99	6,0 [1,5]	5,37±0,74	5,5 [1,0]	5,63±1,06	5,5 [1,8]
İstatistiksel analiz		Z=-0,993		Z=-1,196		Z=-0,397		Z=-1,196		Z=-0,476	
Olasılık		p=0,321		p=0,232		p=0,691		p=0,232		p=0,634	

*Normal dağılıma sahip olmayan 2 bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); 3 veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

4.5. Hastaların ve Sağlık Çalışanlarının SOÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.14’de hasta ve sağlık çalışanlarının SOÖ puanları karşılaştırılmış olup istatistiksel analizleri yer almaktadır.

Hasta ve sağlık çalışanlarının alt ölçek puanları karşılaştırıldığında katılım, destek, spontanlık, otonomi, pratik yönelim, kişisel sorun yönelimi, öfke ve saldırganlık, programın açıklığı ve çalışanların kontrolü alt ölçekleri puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hastaların katılım, destek, spontanlık, otonomi, pratik yönelim, kişisel sorun yönelimi, öfke ve saldırganlık, programın açıklığı ve çalışanların kontrolü alt ölçeği puanı, sağlık çalışanlarının göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ancak düzen ve organizasyon alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Hastaların ve Sağlık Çalışanlarını SOÖ Puanları

Değişken (N=146)	Hasta (n=91)		Sağlık çalışanı (n=55)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X}\pm S.D.$	M [IQR]	$\bar{X}\pm S.D.$	M [IQR]	
Katılım	6,68 $\pm$ 2,46	7,0 [5,0]	4,62 $\pm$ 1,18	5,0 [1,0]	Z=-4,960 p=0,000
Destek	6,62 $\pm$ 2,42	6,0 [4,0]	5,47 $\pm$ 1,20	5,0 [1,0]	Z=-2,501 p=0,012
Spontanlık	7,19 $\pm$ 2,32	7,0 [5,0]	4,41 $\pm$ 1,66	4,0 [3,0]	Z=-6,535 p=0,000
Otonomi	5,88 $\pm$ 2,71	5,0 [4,0]	3,27 $\pm$ 1,19	3,0 [1,0]	Z=-6,112 p=0,000
Pratik yönelim	6,52 $\pm$ 2,49	6,0 [3,0]	4,67 $\pm$ 1,12	5,0 [1,0]	Z=-5,087 p=0,000
Kişisel sorun yönelimi	6,99 $\pm$ 2,35	7,0 [5,0]	4,91 $\pm$ 1,11	5,0 [2,0]	Z=-5,660 p=0,000
Öfke ve saldırganlık	6,47 $\pm$ 2,39	6,0 [4,0]	4,69 $\pm$ 1,49	5,0 [2,0]	Z=-4,674 p=0,000
Düzen ve organizasyon	6,66 $\pm$ 2,32	6,0 [4,0]	5,73 $\pm$ 1,08	6,0 [1,0]	Z=-1,864 p=0,062
Programın açıklığı	7,14 $\pm$ 2,15	7,0 [3,0]	5,85 $\pm$ 1,03	6,0 [2,0]	Z=-3,606 p=0,000
Çalışanların kontrolü	6,82 $\pm$ 2,26	7,0 [4,0]	5,80 $\pm$ 1,59	6,0 [2,0]	Z=-2,441 p=0,015

*Normal dağılıma sahip olmayan 2 bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde sağlık çalışanlarının ve hastaların terapötik ortam algıları ve bu algılarını etkileyen faktörler araştırma bulguları ve literatür eşliğinde tartışılmaktadır.

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre SOÖ Puanlarının İncelenmesi

Çalışmamızda hastaların yaş gruplarına göre SOÖ puanlarında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir. Bu bulgumuza göre klinik ortamında bireylerin yaşı gözetilerek ortam hizmetleri verildiği söylenebilir. Literatür incelendiğinde terapötik ortam algısının yaş ile birlikte değiştiğini bildiren çalışmaların olduğu görülmektedir (19, 113). Lok ve Buldukoğlu'nun (19) yaptıkları çalışmada, bireylerin yaşı yükseldikçe katılım düzeyinin genç yaşlara oranla düştüğü görülmektedir.

Hastaların cinsiyetlerine göre SOÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bazı çalışma sonuçları cinsiyete göre terapötik ortamın algılanması arasında fark olmadığını vurgulamaktadır (15, 23, 103). Moos'un (23) çalışmasında cinsiyetin terapötik ortam algısını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde cinsiyetin terapötik ortam algısını etkilediğini gösteren çalışmalar vardır (19, 109). Bozkurt (109) 1998 yılında yaptığı SOÖ'nün geçerlik güvenirlik çalışmasında erkek hastaların çalışanların kontrolü algısı düzeyinin kadınlarla oranla yüksek olduğunu bildirmiştir. Bazı kültürlerde erkeğin daha kontrolcü ve gücü elinde bulundurmak isteyen bir rolde olduğu bilinmektedir (114).

Çalışmamızda hastaların eğitim durumuna göre SOÖ puan ortalamaları incelendiğinde lisans eğitim düzeyinde olan hastaların destek, spontanlık, otonomi, kişisel sorun yönelimi ve program açıklığı alt ölçek puanları, ilkökul eğitim düzeyinde olan hastalara göre istatistiksel anlamda daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgumuza göre eğitim düzeyi yüksek hastalar ortamı eğitim düzeyi düşük hastalara göre daha az terapötik algılamışlardır. Literatür incelendiğinde eğitim düzeyi atılganlığı olumlu yönde etkileyen, yardım arama davranışını başlatan ve bireylerin bilgiye kolay ulaşabilir olmalarını sağlayan bir parametredir (115, 116). Bu bağlamda

farkın olduğu alt ölçekler düşünüldüğünde eğitim düzeyi yüksek kişilerin ortamın tedavi ediciliği ile ilgili daha çok yardım aradıklarını ve destek, spontanlık, otonomi, kişisel sorun yönelimi ve program açıklığı anlamında desteğe gereksinim duydukları söylenebilir. Diğer taraftan sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi yüksek hastaların bilgiye daha kolay ulaşabildiğini düşünme, kendini açma davranışı gösterebilme ve otonomi kullanabilme gibi algıları olabilir. Buna bağlı olarak terapötik ortam hizmetinden eğitim düzeyi daha yüksek kişilerin daha az faydalanması söz konusu olabilir. Bu bulgumuza göre klinik ortamda eğitim düzeyi yüksek hastaların da diğer hastalar gibi terapötik ortam desteği beklediği görülmektedir.

Hastaların psikiyatrik tanılarına göre alt ölçek puanları incelendiğinde şizofreni tanısı alan hastaların düzen ve organizasyon alt ölçek puanları depresyon tanısı alan hastaların alt ölçek puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Depresyon hastalarının ortamda düzen ve organizasyon anlamında desteğe ihtiyacı olabileceği söylenebilir. Literatürü incelediğimizde ise doğrudan depresyon tanısına yönelik ortam algısı ile çalışmalar bulunmamaktadır. Ancak terapötik ortam algısının hastalık belirtilerinin doğasına göre değiştiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (19, 29, 117). Middelboe ve ark. (103) mani dönemindeki bipolar affektif bozukluk tanılı hastaların çalışanların kontrolünü, psikoza olan hastaların ise katılım'ı yüksek algıladığını bildirmişlerdir. Literatürde ve bizim çalışmamızda olan bu farklar düşünüldüğünde terapötik ortamın her hastalık türüne göre planlanmasının gerekli olduğu söylenebilir.

Yaşanılan yere göre ölçek puanları incelendiğinde Ankara ili dışından gelen hastaların Ankara'da yaşayan hastalara göre programın açıklığını daha düşük algılamışlardır. Bireylerin bilmedikleri ya da daha az bildikleri ortamlar belirsizliği artırabilir (74, 75). Bu belirsizlik sonucu bireylerin kaygılarında artış olmasına bağlı ortamla ilgili daha anlaşılır bilgilendirmelere veya başka bir şehirden gelmeye bağlı oluşan maddi ve sosyal sorunlarının daha iyi belirlenmesine gereksinimleri olabilir. Literatürü incelediğimizde bireyin tedavi aldığı hastanelerin ailelerine ve kültürel ortamlarına uzaklığı bireyin tedavi hizmetini değerlendirmesini etkilemektedir (110, 118). Wood ve ark.(118) Şehir dışında olan hastanelere gelen hastaların uzaklık

nedeniyle 1. Derece yakınların az sayıda ziyareti hastaları kaygılandığı ve yaşanan yer ve hastane arasında fiziksel uzaklığın bakım alanları ve yakınlarını olumsuz etkilediğini bildirmiştir.

Çalışmamızda hastanede kalış süresinin terapötik ortam algısını etkilemediği görülmüştür. Bu bulgumuza göre hastaların ortamı değerlendirmede bireysel sıkıntılarından ayrı bir değerlendirme yapabildiği söylenebilir. Literatür incelendiğinde hastaların başlangıçtaki ortamı değerlendirmeleri ile taburculuğa yakın değerlendirmelerinin farklı olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (29, 98). Savaşan (29) yılında bağımlılığı olan hastalarda yaptığı çalışmada hastanede kalış süresi arttıkça destek algısının arttığını bildirmiştir. Ancak literatürde yatış süresinin terapötik ortam algısını etkilemediğini bildiren çalışmalar da vardır (23, 109, 119). Bozkurt (109) çalışmasında hastanede kalış süresinin terapötik ortamı algısını etkilemediğini bildirmiştir.

Psikiyatri kliniğine yatış deneyimi, yatış sayısına göre SOÖ alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmamıza gerçeği değerlendirme yetisi olmayan hastaların dahil edilmemesi, şizofreni gibi yatış sayısı fazla olan hastaların katılımının az olması bu sonucu etkilemiş olabilir. Literatür incelendiğinde inatçı belirtilerin yönetilememesinin, sosyal geri çekilmenin olmasının, ailesel sorunların olmasının yatış sıklığını attırdığı bilinmektedir (1, 120). Buna bağlı olarak yatış sıklığı fazla olan hastaların diğer hastalara göre terapötik ortam hizmetine daha çok ihtiyaç duymalarının bu algıyı etkileyebileceği düşünülebilir. Literatür incelendiğinde bizim çalışmamızın aksine daha önce yatışı olan hastaların öfke, umutsuzluk yaşantılarını deneyimlediği bilinmektedir (12, 29). Savaşan (29) çalışmasında daha önce bağımlılık tedavisi hastaların öfke ve saldırganlık düzeyi daha önce tedavi almayanlara oranla yüksek olduğunu bildirmiştir.

5.2. Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre SOÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Çalışmamızda yaşa göre sağlık çalışanlarının terapötik ortam algıları arasında fark olmadığı gözlenmiştir. Hekim ve hemşirelerin yaşla birlikte, iletişim becerilerinde (121) alana yönelik akademik bilgilerinde ve otonomilerinde artma olduğu bilinmektedir (122). Buna bağlı olarak yaşla birlikte sağlık çalışanlarının terapötik ortam algısının değişebileceği düşünülebilir. Çalışmamızın tersi yönde ise Çam ve ark (15). çalışmalarında hemşirelerin yaşı arttıkça kişisel sorun yönelimi, otonomi algısının arttığını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda erkek sağlık çalışanlarının kişisel sorun yönelimi ve çalışanların kontrolü alt ölçekleri puanları, kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Literatürde, kadın çalışanların erkek çalışanlara göre duygusal zekalarının daha yüksek olduğu buna bağlı olarak ortamdaki kuralları katı olarak uygulamak yerine daha esnek davranabildikleri görülmüştür (123). Bu durum çalışmamızda çalışanların kontrolü algısının kadın çalışanlarda daha düşük düzeyde olmasını etkilemiş olabilir. Aynı zamanda kadın cinsiyetin empatik duyarlılığın fazla olmasının ve sözsüz mesajlara erkeklere oranla daha duyarlı olmalarının (124, 125) kişisel sorun yönelimini erkek çalışanlardan farklı değerlendirmelerine neden olmuş olabilir. Literatürü incelediğimizde ise çalışanların cinsiyetinin terapötik ortam algısını etkilemediğini belirten çalışmalar bulunmaktadır (23, 97, 109).

Sağlık çalışanlarının mesleğine göre SOÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde Hekimlerin “Kişisel Sorun Yönelimi” alt ölçek puan ortalaması hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur. Kişisel sorun yöneliminin bireylerin kendini tanıma ve ifade etme motivasyonlarını değerlendiren bir alt ölçek olduğu düşünüldüğünde kliniklerde hemşirelerin ilaç tedavisi ve rutin işler ile zamanın büyük bir kısmını geçirmesi, bireysel görüşmeleri çoğunlukla hekimlerin yapması (21, 94) buna bağlı olarak hastayla geçirilen zamanın azalması ile hastayı tanıyacak ve değerlendirebilecek ortamın oluşamamasına neden olmuş olabilir. Hemşirelerin eğitim düzeyinin lisans düzeyinde olması, psikiyatrik görüşme ve terapiler

konusunda yetersiz bilgiye sahip olmaları kişisel sorun yöneliminin daha düşük algılanmasına neden olmuş olabilir (1, 15). Çalışmamızda hemşire olan sağlık çalışanlarının katılım, öfke ve saldırganlık alt ölçekleri puanlarının, hekimlere göre istatistiksel anlamda daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Hemşirelerin klinik ortamında 24 saat kesintisiz hizmet vermesi ve hasta ile karşılaşmalarının daha fazla olması ve hastalara uzun sürede kesintisiz bakım vermeleri (1, 4, 11) nedeniyle hastaların gereksinimlerini, isteklerini ve agresyonlarını ve bunları nasıl ifade ettiklerini daha çok gözlemlemiş olmaları bu sonucu etkilemiş olabilir.

Eğitim duruma göre sağlık çalışanlarının kişisel sorun yönelimi algısı lisansüstü eğitim düzeyinde lisans düzeyine göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza katılan hemşirelerin çoğunluğu lisans düzeyinde eğitime sahiptir ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip sağlık çalışanlarının çoğu hekimdir. Mesleğe göre ve eğitim durumuna göre aynı alt ölçekte fark bulunması, bu farkın eğitim düzeyinden de kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Lisans üstü eğitimlerde alana özgü bilgi ve becerinin kazandırılması amaçlanmaktadır (1, 86). Bu yüzden eğitim düzeyi yüksek olan çalışanların alanla ilgili bilgilerine bağlı olarak bireylerin duygu düşünce ve davranışlarını eğitim düzeyi daha düşük olan çalışanlara göre daha derinlemesine değerlendirdikleri söylenebilir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının bulunulan klinikte çalışma süresi ve psikiyatri alanında hizmet süresine göre SOÖ'nün alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Literatür incelendiğinde kliniklerin yönetiminin çalışanların eylemlerini etkilediği ve böylece terapötik ortamı olumlu yada olumsuz etkilediği görülmüştür (15, 28, 33, 97). Dolayısı ile belirli bir yönetim anlayışı ile yönetilen kliniklerde terapötik ortam algısının benzer olabileceği düşünülebilir. Çalışmamızda olduğu gibi Bozkurt da (97, 109) klinikte çalışma süresi ile terapötik ortam algısının değişmediğini bildirmiştir.

Terapötik ortamla ilgili eğitim alma durumlarına göre alt ölçek puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünün terapötik ortamla ilgili

eğitimlerinin olmadığını belirtmeleri bu sonucu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Diğer taraftan sağlık çalışanlarının bu alanda eğitim gereksinimleri de olduğu görülmektedir. Literatürü incelediğimizde programlı eğitimlerle daha olumlu sonuçların alındığı çalışmalar yer almaktadır (15, 119). Çam ve arkadaşları (15) eğitimin terapötik ortam algısına etkisini inceledikleri araştırmada eğitimden 3 ay sonra yaptıkları ölçümlerde katılım, destek, otonomi, pratik yönelim, kişisel sorun yönelimi, düzen ve organizasyon, program açıklığı alt ölçek puanlarının yükseldiğini iletmışlerdir. Sağlık çalışanlarına sürekli verilen görev içi eğitimin ortamı yeniden düzenlemeye yardım ettiği ve doğrudan hastaların kendilerini ifade, karar verme, becerilerde artış ve ortamı anlama ile ilgili alt ölçek puanlarını arttırabileceği düşünülmektedir.

5.3. Hastaların ve Sağlık Çalışanlarının SOÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Klinikte hastalar ve sağlık çalışanlarının Servis Ortamı Ölçeği alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, hastaların ; katılım, destek, spontanlık, otonomi, pratik yönelim, kişisel sorun yönelimi, öfke ve saldırganlık, programın açıklığı, çalışanların kontrolü alt ölçeklerdeki puan ortalamalarının çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızın bu bulgusunun literatürle benzeyen ve ayrışan yönleri vardır (16, 17, 109). Rossberg ve Friis'in yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanları hastalara göre katılım, destek, spontanlık, otonomi, pratik yönelim, öfke ve agresyon ve programın açıklığını daha yüksek algılarken, çalışanların kontrol düzeyini ve düzen ve organizasyonu daha düşük algılamışlardır (17). Jansson ve ark. (16) ise psikososyal atmosferin sağlık çalışanları ve hastalar üzerinde algısını inceledikleri çalışmada hastaların, pratik yönelimi, düzen ve organizasyonu ve çalışanların kontrol düzeyini sağlık çalışanlarına göre daha yüksek algıladıklarını bildirmişlerdir (16). Çalışmamızda olan sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki terapötik ortam algısındaki bu farklılık, hastalar ve çalışanları arasındaki beklentilerin ve gereksinimlerin farklı olmasından kaynaklanabilir. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının ilişki boyutu, kişilik gelişim boyutu ve sistemin işleyişi alt boyutlarının çoğunluğunda SOÖ alt ölçek puanları hastalara göre düşüktür. Yapılan

çalışmalarda sağlık çalışanlarının klinik ortamındaki yoğunluk, yönetimsel sıkıntılar nedeniyle eğitim, danışmanlık gibi rollerini yerine getirmede zorlandıkları belirtilmiştir (126). Dolayısı ile terapötik ortamda yeterli ve donanımlı çalışanların olması, ortamda fiziksel ve sosyal anlamda iyileştirmenin sağlanması sonucu ortamla ilgili algılar daha olumlu yönde olabilir.

5.4. Hastaların ve Sağlık alışanlarının Terapötik Ortam Değerlendirmeleri

Çalışmamızda hastaların %38'i sağlık çalışanlarının tavrı ve tutumunu olumlu hizmet olarak değerlendirmişlerdir. Çalışmamızda hastalar sağlık çalışanlarının tavrını ve tutumunu "bize iyi davranıyorlar", "zaman harcıyorlar, rahat ettirmek için çaba sarf ediyorlar, güler yüzlüler" , "Her şeye (fkeli, agresif davranışlar) rağmen, bize iyi davranıyorlar" diye ifade etmişlerdir. Psikiyatrik sorunu olan hastaların hastalık belirtileri nedeniyle damgalanabilir ve bunun sonucunda ailede ve toplumda kabul edilmeme ve sosyal destek kaybı gibi sorunlar yaşayabilirler (127). Bu bağlamda hastaların sağlık çalışanlarının kabul edici tutumlarına gereksinim duydukları ve bunu olumlu değerlendirdikleri söylenebilir. Literatür incelendiğinde bizim araştırmamıza benzer olarak hasta bireylerin insancıl yaklaşımlara duyarlı olduğu ve bu yaklaşımlara gereksinim duyduğunu gösteren birçok araştırma vardır (13, 25, 27, 94). Schröder ve ark. (25) alışmasında hastaların hastalık belirtilerinin zorlayıcı koşullarına rağmen kabul edilmelerini ve etiketlenmeye bağlı utancın hafifletilmesini "iyi" bakım olarak nitelendirdiklerini bildirmiştir. Literatürde başka bir çalışmada ise "iyi" davranışların hastalar gözünde her zaman olumlu algılanmadığını göstermektedir (12). Shattell ve ark. (12) alışmalarında hastaların sağlık çalışanlarının davranışları için "merhamet gösterme", "güçsüzlüğü hissettirme" gibi düşünceleri olduğunu bildirmiştir. Hastalık yaşantıları sebebiyle ailesel ve toplumsal zor koşullarda yaşayabilen ve etiketlenebilen hastaların, insancıl yaklaşım karşısında benlik saygılarının arttığı, herkes gibi görüldüğü bir ortamların hastanın iyileşmesinde olumlu bir katkısı olduğu görülmektedir. Diğer taraftan empatinin ötesine geçen ve profesyonel değerlerden, yaklaşımlardan uzak

davranışların hastaların klinik ortam deneyimlerinde olumsuz bir etkisi olduğu düşünülmektedir (56, 84-86).

Çalışmamızda hastaların %23'ü fiziksel ortamın düzenin olumlu bir hizmet olduğunu bildirmişlerdir. Bu bulgumuz literatürle uyum göstermektedir (25, 118, 128, 129). Marcheschi ve ark. (130) fiziksel çevre düzenlemelerinin hastaların yaşam kalitesi algısını arttırarak olumlu yönde etkilediğini bildirmiştir. Long ve ark. (31) çalışmasında hastalar fiziksel ortamın düzenini hazırlıklı olmayı sağlayan bir ortam olmasını olumlu değerlendirdiklerini bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda hastaların "yemek 3 öğün veriliyor", "ilaçlar belli saatte veriliyor her şeyin bir vakti var", "tertipli ortam" ifadeleri bu görüşü desteklemektedir. Fiziksel ortamın düzenin hastalar için belirsizlikleri ortadan kaldırarak ve yaşam kalitesini arttırarak ortamın güvenli algılamasını desteklediği söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların %11'i sağlık bakımının düzenli olmasını olumlu bir hizmet olarak değerlendirmiştir. Literatürü incelediğimizde psikiyatri hastalarında bu konuyu ele alan bir çalışma olduğu görülmektedir. Schröder ve ark. (25) medikal takibin olmasının hastaların takip edildiğini ve hastalığın araştırıldığının somut bir göstergesi olduğu için hastalar için hizmet kalitesi ile ilgili bir gösterge olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda katılan bireylerin "olumlu hizmetler nedir?" sorusuna "şekerimiz ölçülüyor, düzensiz olunca yeni bir şeker ilacı başlandı", "tansiyonumuza bakılıyor, kan alınıyor, kontrol ediyorlar sağlığımızı" şeklindeki ifadeleri bu bulguyu destekler niteliktedir. Diğer taraftan psikiyatri hastalarının kullandığı ilaçların fiziksel sağlığa etkileri nedeni ile sağlık bakımının düzenli olmasına gereksinim duyabilirler (55, 131). Bu bağlamda bireylere sağlık bakımının düzenli olarak verilmesi hastaların sağlıklarının kontrol edildiğini düşünmeleri nedeniyle olumlu bir hizmet olarak algılanmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda hastaların %8'i ise sorumluluk alma/uğraşı aktivitelerine yönelmenin olumlu bir hizmet olduğunu belirtmişlerdir. Uğraşı aktivitelerinde ve alınan görevlerde hastaların kendilerini geliştirebilmeleri, üretimlerini devam ettirebilmeleri ve bu sırada sosyalleşebilmeleri sebebiyle ortamdaki aktivitelerinin

bireyleri olumlu olarak etkilediği ve sosyal yaşam hazırlayıcı bir tarafı olduğu söylenebilir (1, 98). Literatürü incelediğimizde psikiyatri hastalarının sorumluluk almayı ve bir uğraşıya sahip olmalarını iyileşmeyi destekleyen ve günlük yaşamlarındaki işlevselliklerini arttıran bir etken olduğunu bildirmişlerdir (78, 105). Soygür ve ark.(105)şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışmalarında hastaların bir uğraşıya sahip olmalarının “hastayım” algısından kurtulmalarını ve hastaların bir düzen ve amaca sahip olmalarının iyileştirici olduğunu bildirmiştir. Literatürdeki bazı çalışmalarda ise bireylerin uğraşı/sorumluluk aktivitelerini yüzeysel buldukları, sağlık çalışanlarının bireyleri yarımsız bıraktığı ve anlamı olmayan aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (13, 25). Thomas ve ark. (13) çalışmalarında hastaların anlamlı ve sorunların çözümünü destekleyen aktiviteleri olan bir ortamı tedavi edici gördüklerini bildirmiştir.

Olumsuz hizmet olarak hastaların %23’ü fiziksel ortamın yetersizliğini vurgulamışlardır. Araştırmamıza katılan hastaların “tuvalet ve banyolar temiz değil”, “hemşire odasında konuşulanların duyulması, gürültülü olması”, “uğraşı odasının kapalı olması” ifadeleri fiziksel ortamın bireyler için önemli bir hizmet olduğunu göstermektedir. Literatürdeki araştırma sonuçlarına bakıldığında, fiziksel ortamın yetersizliği ile ilgili doğrudan bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak fiziksel çevrenin psikiyatri hastaları için önemli bir ortam elementi olduğu görülmektedir (25, 118, 128). Schröder ve ark (25) çalışmalarında hastaların hastane yatışlarında huzur ve sessizlik aradığını, evdeki huzuru ve sıcaklığı yansıtan, estetik anlamda iyi bir çevrede olmamalarının hastaların sıkıntılarını arttırdığını bildirmiştir.

Hastaların %23’ü sosyal yaşamdan uzaklaşmayı ortamdaki olumsuz hizmet olarak değerlendirmişlerdir. Hastaneye yatış ile birlikte bireylerin ailelerinden, toplumdan, alışık oldukları düzenden ayrılırlar. Bununla birlikte kliniklerdeki güvenlik nedeni ile telefon ve ziyaret sınırlamalarının olması ve klinik ortamında sosyalleşebilecek aktivitelerin yetersizliği bireylerde bu algıyı oluşturmuş olabilir. Shattel ve ark. (12) çalışmalarında psikiyatri kliniklerinde tedavi gören hastaların “bir yere kapatılmış olma” duygusunu yaşadığını bildirmiştir. Öte yandan fiziksel ve

sosyal ortamın bireyi kendinden ve başkalarından koruması ve benzer hastalık deneyimi yaşayan bireylerle aynı ortamda olmanın, hastane deneyiminin olumlu yanı olarak görüldüğünü bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (5, 13, 128). Thomas ve ark. (13) hastaların hastalık belirtilerini “herkeste var benim gibi” ifadelerini kullanarak normalleştirdiklerini bildirmiştir.

Terapinin/görüşmenin olmaması / yaratıcı terapilerin olmamasını hastaların %14’ü olumsuz hizmet olarak değerlendirmişlerdir. Terapiler ve terapötik görüşmeler, hastalar/danışanlar ve danışmanlar arasında etkileşimler ile sorunlarının çözümü için düzenli ve planlı profesyonel yardım sağlanan terapötik hizmetlerdir (44). Bu bulgumuza göre hastaların sorunlarına yönelik daha çok terapötik hizmete gereksinim duydukları ve bunu bekledikleri görülmektedir. Literatür incelendiğinde hastaların sorunlarının çözümüne yardım edecek görüşmelerin olmamasını “yardımsız kalmak” olarak değerlendirdikleri görülmüştür. (13). Shattell (12), hemşireler ve hastalarla yaptığı çalışmada hastaların grup toplantılarının yararı olmadığını düşündüğünü, hemşireleri “açık bir yara üzerine yara bandı yapıştıran” kişi olarak tanımladığı ve yardımsız kaldıklarını ifade ettiğini saptamıştır. Çalışmamızda ilkokul mezunu bir hastanın “benim bir önceki yatışımda terapiler oluyordu, artık yok... sanat terapileri olan yerler var” ifadesi hastaların klinik içinde daha fazla psikoterapi, terapötik görüşme gibi hizmetlere gereksinim duyduğunu ve beklediğini göstermektedir.

Hastaların %20’si güvenli ortamın olmasını tedavi edici olduğunu düşünmektedir. Ortamın güvenliğini de şöyle ifade etmişlerdir; “ölüm düşüncelerimden koruyor”, “kendimi kontrol etmemi sağlıyor” “alkol almıyorum”. Bu bulgumuz güvenli ortamın bireylerin kendileri ve çevreleriyle ilgili durumları kontrol edememeleri ya da edemeyeceklerini düşünmeleri halinde hastalar için tedavi edici olduğunu vurgulamaktadır. Literatürdeki çalışmaları incelediğimizde çalışmamıza benzer sonuçlar görülmektedir (13, 132). Stenhouse (132), farklı tanımlara ait hastalar ile yaptığı çalışmada güvenliğin hastalar açısından kendilerinden ve dış çevrenin bilinmezliğinden korunma olarak tanımlamışlardır.

Literatürdeki bazı çalışmalarda ise ortam güvenliğinin doğrudan tedavi edici olmadığıyla ilgili hasta görüşleri de bulunmaktadır (13, 111). Jackson ve Stevenson (111), çalışmalarında hizmet alanların ortamı güvenli bulduğunu, ancak iyileştirici görmediklerini bildirmiştir. Literatürdeki bu farkın bir süre sonra güvenlik gereksinimi karşılanan hastaların farklı gereksinimleri olması nedeniyle olduğu ve "tedavi edici" kavramının bireyin gereksinimlerine göre değişen bir kavram olduğu söylenebilir.

Hastaların %38'inin sağlık çalışanlarının tavrı ve tutumunu olumlu hizmet olarak değerlendirmesinin yanında %21'i anlayışlı olumlu karşılanmanın tedavi edici olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir. Hastaların bir kısmı olumlu hizmet olarak gördüğü bir tutumu tedavi edici olarak görmemiştir. Jackson ve Stevenson (111) ise hastaların olumlu karşılanmanın yanında uzman bilgisine ihtiyaç duyduklarını bildirmiştir.

Çalışmamızda hastaların %12'si terapisinin/görüşmenin olmasını tedavi edici bulmuşlardır. Terapilerin hastaların davranışlarına yönelik farkındalık kazandırma yargılayıcı olmadan dinlenme, yeni bakış açıları kazanma gibi konularda terapötik etkisi bilinmektedir (44, 133). Çalışmamızda hastalar terapisinin nasıl bir etkisi olduğunu açıklamasalar da hastaların sağlık çalışanlarında terapi almaya ve görüşmeye gereksinim duyduğu söylenebilir. Literatürde psikiyatri klinik ortamında tedavi edici etkisini bildiren çalışmalar olmasa da, literatürdeki bazı çalışmalar hastaların terapötik görüşmelerin olmadığı kliniklerde "önemsenmeme", "eski yöntemlerle tedavi alma" şeklinde düşünceleri olduğunu bildirmektedir (12, 13).

Hastaların %11'i ilaç tedavisinin olmasını tedavi edici olarak nitelendirmiştir. İlaç tedavisi hastalık belirtilerini yatıştırması, bireylerin yaşam kalitesini yükseltmesi bakımından psikiyatrik hizmetlerin önemli bir parçası kabul edilmektedir (1, 45). Literatürü incelediğimizde ilaç tedavisinin hastalar tarafından iyileşmek için temel tedavilerden biri olarak algılandığı bilinmektedir (25, 110, 134). De Jonghe ve ark. (134) çalışmalarında yalnızca psikoterapi alan ve ilaç tedavisi ile birlikte psikoterapi alan hastalar arasında iyilik durumunda fark olmadığını ancak hastaların psikoterapi

ve ilaç tedavisinin yalnızca psikoterapiye göre daha etkili bulduklarını bildirmişlerdir. Kidd ve ark. (110) çalışmalarında ilaç tedavisini yaşam kalitesini yükselterek iyileştirici bir etkisi olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmamızda hastalara klinik ortamında ne hissettikleri sorulduğunda %33'ü "samimi ve güvenli hissetme / Aile ortamı gibi/ kendine güvenli" hissettiklerini belirtmişlerdir. Literatür incelendiğinde hastaların terapötik ortamın ve unsurlarını tanımlarken "aile" temasının tekrar ettiği görülmektedir. "Bir aile tarafından evlat edinme" ve "aile" metaforu sık sık kullanılmaktadır (13, 21, 69). Terapötik ortamın unsurlarını aile olarak görmeleri güvenlik hissi açıklamak için bir kavram olduğu düşünülmektedir (27, 49). Çalışmamızda "aile" kavramı güveni tanımlamak dışında ebeveyn-çocuk ilişkisini ve bağımlılığı da tanımlayabileceği düşünülmektedir. Oeye ve ark. (69) etnografik çalışmalarında sağlık çalışanları ve hastalar arasında ebeveyn-çocuk ilişkisinin olduğunu ve hastaların çocukça davrandığını gözlemlemişlerdir. Geçmişten bu yana psikiyatrik hizmetlerin gelişimi düşünüldüğünde hastalara "bir bebek gibi şevkatle yaklaşılması" fikri Pinel zamanında uygulanan insancıl yaklaşımlardan biri olmakla birlikte günümüz ruh sağlığı bilgileri ile uyuşmayan yönleri vardır (42). Bu açıdan "aile" vurgusunun güvenlik kavramı ve bağımlılık kavramı açısından araştırılması gereken bir konu olduğu düşünülmektedir.

Hastaların %15'i bu ortamda ne hissediyorsunuz sorusuna "iyileşmem için birilerinin çaba sarf ettiğini görmenin mutluluğu/rahatlığı" cevabını vermişlerdir. Bulgularımız, literatürdeki bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir (94, 128, 129). Bozdoğan (94), çalışmasında hastaların algıladığı hemşire varlığı arttıkça aldığı hizmetten memnuniyetlerinin arttığını bildirmiştir. Klinikteki hastaların bir kısmının "ne hissediyorsunuz?" sorusuna duygu ifadesi yazmakta zorlandığı görülmüştür. Bunun yerine "bakıldığımı hissediyorum canla başla çalışıyorlar, bizim için " ve "Çaba görüyorum burada ben" ifadelerini kullanmışlardır. Yine başka bir hastanın "Ben artık inanmıyordum o kadar çok tedavi almıştım ki... ama onların hiç vazgeçmediğini gördüm, onları görünce ben de denedim" ifadesi hastaların gözünde sağlık çalışanlarının çabasının değerli ve iyileştirici olduğu görülmektedir. Sağlık

çalışanlarının hastalar için orada oldukları mesajını vermeleri, gereksinimlerin karşılanması için çaba göstermeleri ve inanmış olmalarının hastalar açısından terapötik olarak değerlendirildiği söylenebilir.

Çalışmamıza katılan hastaların yalnızca %12'si iletişimde süreklilik olması nedeni ile olumlu hissettiklerini belirtmişlerdir. Oysa, bu yüzdenin daha çok olması beklenir. Literatürü incelediğimizde var olan çalışmalar hastalar ve sağlık çalışanları tarafından iletişimin devamlılığını vurgulamaktadır (61, 128, 129). Muir-Cochrane (128) çalışmasında hastaların fiziksel bariyerlerin iletişim ve etkileşimi engellediğini, grup olarak kendilerini ayırttığını belirtmiştir. Long ve ark. (129) çalışmasında hastaların terapötik ilişkiyi dinlenmiş olma, anlaşılmış olma ve inanılmış olma olduğunu belirtmişlerdir. İnsan insana bir ilişkinin sürekliliği bireylerin klinik ortamına uyumunu kolaylaştıran, tedavi sürecinde gereksinimlerin karşılanması, sorunların çözülmesi, yeni becerileri kazanabilmesi ve böylece iyileşebilme için hastalar ve sağlık çalışanları tarafından önemsenmesi gereken bir alan olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların %5 'i sorumluluk almaya zorlandığı/emir aldığı için rahatsızlık duyduğunu ve %4'ü yok sayıldığını ve karamsar hissettiğini belirtmişlerdir. Hastaların spontanlığa izin veren bireysel farklılıkların kabul edildiği ortamlara gereksinim duydukları söylenebilir. Literatürü incelediğimizde bireylerin emir almadıkları, zorlanmadıkları ve spontanlığa izin veren ortamların iyileştirici olduğu vurgulanmaktadır (105, 112, 135). Lilja ve Hellzén (112) çalışmalarında hastaların klinik ortamında bireyselliklerini kaybettiklerini, çevreye zorlandıklarını, hastalık etiketlerinin arttığını bildirmişlerdir. Soygür ve ark. (105) ise çalışmalarında hastaların spontan davranabileceği ve esnek bir ortamın iyileşmelerini desteklediğini bildirmişlerdir.

Sağlık çalışanlarının %87'si kliniği tedavi edici bulduklarını belirtmişlerdir ve %32'si ortamda sosyalleşme ve öğrenmenin, %13'ü sorumluluk alma ve başarma duygusu/özgüven'in tedavi edici olduğunu düşünmektedir. Bu bulgumuza göre sağlık çalışanlarının hastaların sosyalleşmelerine, öğrenmelerine, sorumluluk

almalarına, benliklerini destekleyici müdahalelere önem verdikleri düşünülebilir. Literatürde bulgularımıza benzer çalışmalar da vardır (17, 27). Rossberg ve ark. (17) çalışmalarında hastaların toplumsal hazırlıklarının olmasının sağlık çalışanlarında duyulan memnuniyeti arttırdığını bildirmişlerdir.

Çalışanların %13'ü fiziksel ortamın yetersizliği nedeniyle ortamın tedavi edici olmadığını belirtmişlerdir. Cleary ve ark. (26) çalışmalarında hemşirelerin %22'si fiziksel ortam şartlarının, yönetim tarafından desteklenmemenin, yetersiz hemşire sayısının ortamın gelişimine engel olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının "küçük bir ortamda ne yapılabilir, odalar ve salon var", "Bahçe olsa hastalar daha iyi hisseder" gibi ifadeleri tedavi edici ortamın fiziksel boyutuna odaklandıklarını ve bu konuda bilgiye gereksinimlerinin olduğunu düşündürmektedir.

Tedavi edici hizmetlerden hangilerinin tedavi edici olduğuna inanıyorsunuz sorusuna sağlık çalışanlarını %93'ü medikal tedaviler, psikoterapiler, fiziksel ortam, uğraşı aktiviteleri olmak üzere hepsinin tedavi edici olduğuna inandıkları belirtmişlerdir. Bu bulgumuzdan sağlık çalışanlarının bütüncül yaklaşıma inandıkları söylenebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hastaların ve Sağlık Çalışanlarının terapötik ortam algılarını incelediğimiz çalışmamızda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Hastalar sağlık çalışanlarına göre ortamdaki katılımı, desteği, spontanlığı, otonomiye, pratik yönelimi, kişisel sorun yönelimini, öfke ve saldırganlığı, programın açıklığı ve çalışanların kontrolünü daha yüksek düzeyde algılamışlardır.
- Lisans düzeyinde eğitimi olan hastalar ortamdaki destek, spontanlık, otonomi, kişisel sorun yönelimi ve program açıklığını, ilköğretim düzeyinde olan hastalara göre daha yüksek algılamışlardır.
- Tanısı depresyon olan hastaların düzen ve organizasyon algısı şizofreni tanılı hastalara göre daha düşüktür.
- Ankara dışında yaşayan hastaların programın açıklığı algısı Ankara’da yaşayan hastalara göre daha düşüktür.
- Erkek sağlık çalışanlarının kişisel sorun yönelimi ve çalışanların kontrolü algısı kadın sağlık çalışanlarına göre daha yüksektir.
- Lisansüstü eğitimi olan sağlık çalışanlarının kişisel sorun yönelimi algısı, lisans eğitimi olan sağlık çalışanlarına göre daha yüksektir.
- Hemşirelerin katılım, öfke ve saldırganlık algıları , hekimlere göre daha yüksektir.
- Hekimlerin kişisel sorun yönelimi algıları hemşirelere göre daha yüksektir.
- Hastaların %38’i “sağlık çalışanlarının hizmet verirken tavır ve tutumlarını”, %23’ü fiziksel ortamın düzenini “olumlu hizmet olarak değerlendirdiği, %22’sinin fiziksel ortamın yetersizliğini ve %22’sinin

hastanedeyken sosyal yaşamlarından uzaklaşmayı ortamdaki olumsuz hizmet olarak değerlendirdiği görülmüştür.

- Hastaların %71'i kliniğin tedavi edici olduğunu düşündüğünü, %28'inin "ortamın güvenli olmasını", %28'inin ise "ortamda anlayışlı ve olumlu karşılanmanın" tedavi edici olduğunu belirtmişlerdir.
- Ortamın tedavi ediciliği konusunda kararsız olan hastaların %67'sinin "bir sorumluluk alamama/sosyal ortamdan kopmayı" kliniği tedavi edici bulmayan hastaların % 73'ünün "bir sorumluluk almama/sosyal ortamdan kopmayı neden olarak belirtmişlerdir.
- Terapötik ortamda hastaların en çok "Aile ortamı gibi samimi ve kendilerini güvenli " hissettiklerini, "İyileşmem için birilerinin çaba sarf ettiğini görmenin mutluluğu ve rahatlığını", "İletişimde sürekliliğin olması nedeni ile olumlu hissettiklerini" belirttikleri görülmüştür. Hastaların bir bölümün de "Sorumluluk almaya zorlandıkları/emir aldıklarını düşündükleri için rahatsızlık" duyduklarını, "Sıkıcı ve Monotonluk hissetme/Koşulsuz uyum"a zorlandıklarını "Yok sayıldıklarını/ yalnız ve karamsar" hissettikleri görülmüştür.
- Sağlık çalışanlarının %87'si klinik ortamını tedavi edici olarak değerlendirdiği ve ortamda sosyalleşme ve öğrenmenin sağlanmasını, sorumluluk alma/ başarıma duygusu ve özgüvenin kazandırılmasını tedavi olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Ortamı tedavi edici bulmayan sağlık çalışanlarının buna engel olarak fiziksel ortamın yetersizliğini gördükleri belirlenmiştir.
- Sağlık çalışanlarının %93'ü, tıbbi tedaviler, psikoterapiler, fiziksel ortam, uğraşı aktiviteleri kapsayan hizmetlerinin bütünü tedavi edici olduğuna inanmaktadır.

6.2. Öneriler

- Lisans düzeyinde eğitimi olan hastalar ortamdaki destek, spontanlık, otonomi, kişisel sorun yönelimi ve program açıklığını, ilkokul eğitim düzeyinde olan hastalara göre daha düşük algılamaları, nedeniyle her eğitim düzeyindeki hastalara uygun sosyal ve fiziksel ortamın yapılandırılması
- Tanısı depresyon olan hastaların düzen ve organizasyonu şizofreni hastalarına göre daha düşük algılamaları nedeniyle, hastaların belirtileri, hastalıkları doğasına göre bilgilendirmelerin ve klinik içi eğitimlerin planlanması,
- Ankara dışından gelen hastaların program açıklığını Ankara’da yaşayan hastalara göre daha düşük algılaması nedeniyle, şehir dışından gelen hastaların psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesi ve gereken sosyal yardımın yapılması konusunda iş birliği yapılması
- Ortamın tedavi ediciliği konusunda kararsız olan ve kliniği tedavi edici bulmayan hastaların bir sorumluluk alamadıklarını, sosyal ortamdaki koptuklarını belirtmeleri nedeni ile hastaların sorumluluk alabilecekleri etkinliklere yer verilmesi, sosyal rollerini devam ettirecek programların kliniklerde yer alması
- Sağlık çalışanlarının ortamdaki katılımı, desteği, spontanlığı, otonomiye, pratik yönelimi, kişisel sorun yönelimi, öfke ve saldırganlığı, programın açıklığını ve çalışanların kontrolünü hastalara göre daha düşük algılamaları nedeniyle ortamdaki sağlık çalışanlarının terapötik ortamı iyileştirecek eğitimler alması, hastalarla birlikte terapötik müdahalelere (psikoeğitim, grup toplantısı, bireysel görüşme) daha fazla zaman ayırmaları, hastane ve klinik yöneticilerinin psikiyatri kliniklerinde terapötik ortamı oluşturma donanımını sağlamaları önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Townsend MC. Ruh sağığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri. 6th ed. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016.
2. Kum N, Editör. Psikiyatri hemşireliği el kitabı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı; 2000.
3. Stuart GW, Laraia MT. Principles and practise of Psychiatric nursing. 7th ed. USA: A Harcourt Health Sciences Ccompany; 2001.
4. Oflaz F. Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7:55-61.
5. Jones M. The therapeutic community. New York: Basic Books; 1953.
6. Aşti N, Çetinkaya Z. Yataklı psikiyatri ünitelerinde hemşirelerin yürüttüğü yatan hasta grupları. Düşünen Adam. 2000;13(3):185-192.
7. Ünsal G, Karaca S, Arnik M, Öz YC, Aşık E, Kızılkaya M, et al. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2014;4(2):90-95.
8. Sabancioğulları S, Elvan E, Kelleci M, Doğan S. Bir psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ve nanda tanılarına göre değerlendirilmesi. Journal of Psychiatric Nursing. 2011;2(3):117-22.
9. Holmes MJ, Werner JA. Psychiatric nursing in a therapeutic community. New York: Macmillan; 1966.
10. Psychiatric Mental Health Nursing Scope and Standarts of Nursing [Internet]. [Erişim Tarihi 26 Temmuz 2018]. Erişim adresi: https://www.apna.org/files/public/12-11-20-PMH_Nursing_Scope_and_Standards_for_Public_Comment.pdf

11. Ergun G, Isik I, Dikec G. Roles of psychiatry nurses within a therapeutic environment of psychiatry clinics in turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2017;31(3):248-55.
12. Shattell MM, Starr SS, Thomas SP. 'Take my hand, help me out': Mental health service recipients experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2007;16(4):274-84.
13. Thomas SP, Shattell M, Martin T. What's therapeutic about the therapeutic milieu? *Archives of Psychiatric Nursing*. 2002;16(3):99-107.
14. Velioğlu P. Hemşirelikte kavram ve kuramlar. İstanbul: Alaş ofset; 1999.
15. Çam O, Arabacı LB, Yıldırım S, Beşer NG. "Psikiyatri hemşireliği" ile ilgili verilen eğitimin hemşirelerin terapötik ortam algıları ve motivasyonlarına etkisi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 2010;2(2):82-93.
16. Jansson J-Å, Johansson H, Eklund M. The psychosocial atmosphere in community-based activity centers for people with psychiatric disabilities: Visitor and staff perceptions. *Community Mental Health Journal*. 2013;49(6):748-55.
17. Rossberg JI, Friis S. Patients' and staff's perceptions of the psychiatric ward environment. *Psychiatric Services*. 2004;55(7):798-803.
18. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara: İmaj; 2004.
19. Lok N, Buldukoglu K. Effect of therapeutic atmosphere in a psychiatry clinic on social functionality of in-patients. *J Psychiatry*. (in press) 2015 .
<http://dx.doi.org/10.4172/Psychiatry.1000195>
20. Sørli T, Parniakov A, Rezvy G, Ponomarev O. Psychometric evaluation of the Ward Atmosphere Scale in a Russian psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2010;64(6):377-83.

21. Gaillard LM, Shattell MM, Thomas SP. Mental health patients' experiences of being misunderstood. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2009;15(3):191-9.
22. Aviram RB, Brodsky BS, Stanley B. Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*. 2006;14(5):249-56.
23. Moos RH, Houts PS. Assessment of the social atmospheres of psychiatric wards. *Journal of Abnormal Psychology*. 1968;73(6):595-604.
24. Gunderson JG. Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*. 1978;41(4):327-35.
25. Schröder A, Ahlström G, Larsson BW. Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15(1):93-102.
26. Cleary M, Horsfall J, O'Hara-Aarons M, Hunt GE. Mental health nurses' views on therapeutic optimism. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2012;21(6):497-503.
27. Thibeault CA, Trudeau K, D'Entremont M, Brown T. Understanding the milieu experiences of patients on an acute inpatient psychiatric unit. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2010;24(4):216-26.
28. Tuveson H, Wann-Hansson C, Eklund M. The ward atmosphere important for the psychosocial work environment of nursing staff in psychiatric in-patient care. *BMC Nursing*. (in press). 2011.
29. Savaşan A. Bağımlılığı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*. 2010;13:119-26.

30. Hummelvoll J, Severinsson E. Imperative ideals and the strenuous reality: focusing on acute psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2001;8(1):17-24.
31. Espinosa L, Harris B, Frank J, Armstrong-Muth J, Brous E, Moran J, et al. Milieu improvement in psychiatry using evidence-based practices: The long and winding road of culture change. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2015;29(4):202-7.
32. Pearce S, Scott L, Attwood G, Saunders K, Dean M, De Ridder R, et al. Democratic therapeutic community treatment for personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2017;210(2):149-56.
33. Mistral W, Hall A, McKee P. Using therapeutic community principles to improve the functioning of a high care psychiatric ward in the UK. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2002;11(1):10-7.
34. Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik [Internet]. [Erişim Tarihi 26.07.2018]. Erişim adresi: [http://turkhemsirelerdernegi.org.tr/files/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeligindedegisiklik/hemsirelik %20%202011.pdf](http://turkhemsirelerdernegi.org.tr/files/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeligindedegisiklik/hemsirelik%20%202011.pdf)
35. The National Database of Nursing Quality Indicators [Internet]. [Erişim Tarihi 9 Eylül 2017]. Erişim adresi: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContentsVolume122007/No3Sept07NursingQualityIndicators.html
36. Genel Türkçe Sözlük [Internet]. [Erişim Tarihi: 3 Mayıs 2017]. Erişim adresi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GT.S.5b59c2f0e1fa12.07325883

37. Shives LR. Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
38. Haigh R. The quintessence of a therapeutic environment. Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities. 2013;34(1):6-15.
39. Adler A. Yaşama sanatı. Ankara: Yosun Yayınları; 2016.
40. Geçtan E. Psikanaliz ve sonrası. 16th ed. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2002.
41. Frankl VF. İnsanın anlam arayışı. 38th ed. İstanbul: Okuyan Us Yayın Eğitim Danışmanlık; 2013.
42. Babaoğlu A. Psikiyatri tarihi. İstanbul: Okuyan Us Yayın; 2002.
43. Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenirliği ve geçerliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 1997;13(13):81-87.
44. Murdock NL. Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları. Ankara: Nobel Yayınevi; 2012.
45. Öztürk O, Uluşahin U. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 13th ed. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti; 2015.
46. Moral Teratment [Internet]. [Erişimtarihi: 3.5.2017]. Erişim adresi: <http://broughttolife.sciencemuseum.org.uk/broughttolife/techniques/moraltr eatment>
47. Vandavelde S. Maxwell Jones and his work in the therapeutic community. [PhD thesis]. Belgium: Ghent University; 1999.
48. LeCuyer EA. Milieu therapy for short stay units: A transformed practice theory. Archives of Psychiatric Nursing. 1992;6(2):108-16.

49. Yalom I. Grup psikoterapisinin teori ve pratiği. 2thed. İstanbul: Yaylacık Matbaası; 2002.
50. Yıldız M. Şizofreni hastaları için ruhsal toplumsal beceri eğitimi 4thed: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği; 2011.
51. Buzlu S. Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2011;19(3):187-93.
52. D'Antonio P. Relationships, reality, and reciprocity with therapeutic environments: a historical case study. Archives of Psychiatric Nursing. 2004;18(1):11-6.
53. Fritz S. Perls RH, Goodman P. İçimizdeki çocuk 1:Geştalt terapisi. İstanbul: Söz Yayın;1993.
54. Daş C. Geştalt terapi, bütünleşmek ve büyümek. 5th ed. Ankara: Altınordu yayınları; 2017.
55. Erginer DK, Günüşen NP. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumu: ihmal edilen bir alan. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2013;6(3):159-164.
56. Erskine RG. Modern psikoterapide transaksyonel analiz. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2017.
57. Alexander J, Bowers L. Acute psychiatric ward rules: a review of the literature. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2004;11(5):623-31.
58. Tekkaş K, Bilgin H. Psikiyatri servislerinde kullanılan profesyonel kontrol yöntemleri: kullanım nedenleri, türleri, uluslararası uygulamalar ve algılamalar. Türk Psikiyatri Dergisi. 2010;21(3):235-7.
59. Meehan T, Vermeer C, Windsor C. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. Journal of Advanced Nursing. 2000;31(2):370-7.

60. Tingleff EB, Bradley SK, Gildberg FA, Munksgaard G, Hounsgaard L. "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2017;24:681-698
61. Kontio R, Joffe G, Putkonen H, Kuosmanen L, Hane K, Holli M, et al. Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2012;48(1):16-24.
62. Dutra VFD, Bossato HR, Oliveira RMPd. Mediating autonomy: an essential care practice in mental health. *Escola Anna Nery*. (in press). 2017.
64. Ventura CAA, Dos Santos JC, Mendes IAC, Trevizan MA. The perception of drug users about their human rights. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2014;28(6):372-6.
65. Giordano S. Psikiyatrik bakimda özerkliğin savunması. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*. 2001;9(2):59-66.
66. Ürek O. Kant'ta etik değerler olarak özgürlük ve saygı. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2007;8(13):189-97.
67. Paternalism [Internet]. [Erişimtarihi: 2.5.2018]. Erişim adresi: <https://plato.stanford.edu/entries/paternalism/#HardVsSoftPate> .
68. Büken NÖ, Büken E. "Nedir şu tıp etiği dedikleri?". *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2002;11(1):17-20.
69. Oeye C, Bjelland AK, Skorpen A, Anderssen N. Raising adults as children? A report on milieu therapy in a psychiatric ward in Norway. *Issues in Mental Health Nursing*. 2009;30(3):151-8.
70. Zomorodi M, Foley BJ. The nature of advocacy vs. paternalism in nursing: clarifying the 'thin line'. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(8):1746-52.

71. Vaartio H, Leino-Kilpi H. Nursing advocacy—a review of the empirical research 1990–2003. *International Journal of Nursing Studies*. 2005;42(6):705-14.
72. Hiçdurmaz D, Fatma Ö. Bir etik problem: psikiyatride ilaç araştırmaları ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2007;14(2):082-91.
73. Fourie WJ, McDonald S, Connor J, Bartlett S. The role of the registered nurse in an acute mental health inpatient setting in New Zealand: perceptions versus reality. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2005;14(2):134-41.
74. Haviland W, Prins H, Walrath D, McBride B. *Kültürel Antropoloji*. İstanbul: Kaknüs Yayınları; 2002.
75. Michael A, Hogg GMV. *Sosyal psikoloji*. Ankara: Ütopya Yayınevi; 2014.
76. Mead GH. The social self. *The Journal of Philosophy, Psychology and Scientific Methods*. 1913;10(14):374-80.
77. Kağıtçıbaşı Ç, Çemalcılar Z. *Dünden bugüne insan ve insanlar*. İstanbul: Evrim; 2014.
78. Kemişli S, Daştan L. Bir psikiyatri kliniğinde hemşirelik uygulamaları ve bu uygulamalara ilişkin hasta görüşleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;12(1):45-52.
79. Matsuda M, Kohno A. Effects of the nursing psychoeducation program on the acceptance of medication and condition-specific knowledge of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016;30(5):581-6.
80. Çetin N, Aylaz R. The effect of mindfulness-based psychoeducation on insight and medication adherence of schizophrenia patients. *Archives of Psychiatric Nursing*. (in press). <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018>.

81. Deveci A, Esen-Danaci A, Yurtsever F, Deniz F, Gürlek-Yüksel E. Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminin belirti Örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkisi. Turk Psikiyatri Dergisi. 2008;19(3):266-273.
82. Karlin BE, Zeiss RA. Best practices: environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: toward best practices. Psychiatric Services. 2006;57(10):1376-8.
83. Akgün BM, Akgün M. Terapötik ortamda gürültü kontrolü. Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry. 2017;9(4):431-40.
84. Terakye G. Hasta Hemşire İlişkileri. 5thed. Ankara: Zirve Ofset; 1998.
85. Özcan A. Hemşire-hasta ilişkisi ve iletişim. Ankara: Sistem ofset; 2006.
86. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar.2th ed. Ankara: Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti; 2010.
87. Ertem MY, Eker F. Therapeutic approach in psychiatric nursing: transactional analysis. Annals of Clinical and Laboratory Research.(in press). 2016.
88. Dökmen Ü. İletişim Çatışmaları ve Empati. İstanbul:Remzi Kitabevi; 2008.
89. Ertem MY, Kececi A. Ego States of nurses working in psychiatric clinics according to transactional analysis theory. Pakistan journal of medical sciences. 2016;32(2):485.
90. Safety Resources - American Psychiatric Nurses Association [Internet]. [Erişimtarihi: 10.05. 2018]. Erişim adresi: <https://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=6001>
91. Holyoake DD. I spy 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. 2013;20(9):840-50.

92. Healthy services and safer patients: links between patient suicide and features of mental health care providers [Internet]. [Erişimtarihi: 26 Mayıs 2018]. Erişim adresi: <https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2018/02/healthy-services-and-safer-patients-links-between-patient-suicide-and-features-of-mental-health-care-providers.pdf>
93. Delaney KR, Johnson ME. Keeping the unit safe: mapping psychiatric nursing skills. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2006;12(4):198-207.
94. Yeşilot SB, Fatma Ö. Hemşirenin varlığı: kuramsal bir bakış. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2016;7(2):94-9.
95. Karanikola M, Katerina K, Karolina D, Anna K, Papathanassoglou E. Perceptions of professional role in community mental health nurses: The interplay of power relations between nurses and mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*.(in press). 2018.<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.007>
96. Üstün B. Çünkü iletişim çok şeyi değiştirir!. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005;8(2):88-94.
97. Çam O, Akgün E, Gümüş AB, Bilge A, Keskin GÜ. Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005;6(2):213-20.
98. Eklund M, Hansson L. Relationships between characteristics of the ward atmosphere and treatment outcome in a psychiatric day-care unit based on occupational therapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997;95(4):329-35.
99. Polacek MJ, Allen DE, Damin-Moss RS, Schwartz AJA, Sharp D, Shattell M, et al. Engagement as an element of safe inpatient psychiatric environments. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2015;21(3):181-90.

100. Cutcliffe JR, Barker P. Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002;9(5):611-21.
101. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*. 2000;51(7):1087-110.
102. Kuş Saillard E. Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010;21(1):14-24.
103. Middelboe T, Schjødt T, Byrting K, Gjerris A. Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001;103(3):212-9.
104. Gallop R. Failure of the capacity for self-soothing in women who have a history of abuse and self-harm. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2002;8(1):20-6.
105. Soygür H, Yüksel MM, Eraslan P, Attepe Özden S. Mavi at kafe'nin 6 yılda öğrettikleri: Şizofreni hastalarının gözünden iyileşmeye katkıda bulunan etmenler-nitel bir analiz. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2017;28(2):75-80.
106. Suzuki M, Amagai M, Shibata F, Tsai J. Factors related to self-efficacy for social participation of people with mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011;25(5):359-65.
107. Saxena S, Funk M, Chisholm D. World health assembly adopts comprehensive mental health action plan 2013–2020. Switzerland:WHO;2013. 2013;381(9882):1970-1.
108. Friis S. The importance of ward atmosphere in inpatient treatment of schizophrenia on short-term units. *Psychiatric Services*. 1996;47(7):721-726.

109. Bozkurt S. Servis Ortamı Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, İzmir:Ege Üniversitesi;1998.
110. Kidd S, Kenny A, McKinstry C. The meaning of recovery in a regional mental health service: an action research study. *Journal of Advanced Nursing*. 2015;71(1):181-92.
111. Jackson S, Stevenson C. What do people need psychiatric and mental health nurses for? *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(2):378-88.
112. Lilja L, Hellzén O. Former patients' experience of psychiatric care: a qualitative investigation. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2008;17(4):279-86.
113. Killaspy H, Marston L, Omar RZ, Green N, Harrison I, Lean M, et al. Service quality and clinical outcomes: an example from mental health rehabilitation services in England. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202(1):28-34.
114. Ökten S. Toplumsal cinsiyet ve iktidar: güneydoğu anadolu bölgesi'nin toplumsal cinsiyet düzeni. *Journal of International Social Research*. 2009;2(8):302-312.
115. Çağlar M, Dinçyürek S, Arsan N. Üniversite öğrencilerinin sosyal kaygılarının analizi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2012;43(43):106-116.
116. Arslantaş H, Dereboy İF, Aştı N, Pektekin Ç. Yetişkinlerde profesyonel psikolojik yardım arama tutumu ve bunu etkileyen faktörler. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2011;12(1):17-23.
117. Erol A, Delibas H, Bora O, Mete L. The impact of insight on social functioning in patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*. 2015;61(4):379-85.

118. Wood VJ, Curtis SE, Gesler W, Spencer IH, Close HJ, Mason J, et al. Creating 'therapeutic landscapes' for mental health carers in inpatient settings: A dynamic perspective on permeability and inclusivity. *Social Science & Medicine*. 2013;91:122-9.
119. Nasset MB, Rossberg JI, Almvik R, Friis S. Can a focused staff training programme improve the ward atmosphere and patient satisfaction in a forensic psychiatric hospital? A pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009;23(1):117-24.
120. Morlino M, Calento A, Schiavone V, Santone G, Picardi A, De Girolamo G. Use of psychiatric inpatient services by heavy users: findings from a national survey in Italy. *European Psychiatry*. 2011;26(4):252-9.
121. Karadağ M, Oğuz I, CANKUL İH, ABUHANOĞLU H. Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2015;17(1):160-79.
122. Demir S, Kocaman Yıldırım N. Psikiyatri hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*. 2014;5(1):25-32.
123. Gürbüz S, Yüksel M. Çalışma ortamında duygusal zekâ: İş performansı, iş tatmini, örgütsel vatandaşlık davranışı ve bazı demografik özelliklerle ilişkisi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*. 2011;9(2):174-90.
124. Arslan Y. Kim Daha İyi Empati Kuruyor-Empati Üzerine Mikro Bir Sosyolojik Araştırma. 2016;6(2):51-64.
125. Taşlıyan M, Hırlak B, Çiftçi E. Akademisyenlerin duygusal zekâ, iş tatmini ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki. *İşletme Araştırmaları Dergisi*. 2014;6(3):63-80.

126. Delaney KR, Johnson ME. Metasynthesis of research on the role of psychiatric inpatient nurses: What is important to staff? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2014;20(2):125-37.
127. Avcil C, Bulut H, Hızlı Sayar G. Psychiatric Disease and Stigmatization. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2016;2:175-202.
128. Muir-Cochrane E, Oster C, Grotto J, Gerace A, Jones J. The inpatient psychiatric unit as both a safe and unsafe place: Implications for absconding. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2013;22(4):304-12.
129. Long C, Knight C, Bradley L, Thomas M. Effective therapeutic milieus in secure services for women: the service user perspective. *Journal of Mental Health*. 2012;21(6):567-78.
130. Marcheschi E, Laike T, Brunt D, Hansson L, Johansson M. Quality of life and place attachment among people with severe mental illness. *Journal of Environmental Psychology*. 2015;41:145-54.
131. McCloughen A, Foster K, Kerley D, Delgado C, Turnell A. Physical health and well-being: Experiences and perspectives of young adult mental health consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2016;25(4):299-307.
132. Stenhouse RC. 'Safe enough in here?': patients' expectations and experiences of feeling safe in an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(21-22):3109-19.
133. Westra HA, Aviram A, Barnes M, Angus L. Therapy was not what I expected: A preliminary qualitative analysis of concordance between client expectations and experience of cognitive-behavioural therapy. *Psychotherapy Research*. 2010;20(4):436-46.

134. De Jonghe F, Hendricksen M, Van Aalst G, Kool S, Peen V, Van R, et al. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;185(1):37-45.
135. Borg M, Kristiansen K. Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*. 2004;13(5):493-505.



EKLER

EK-1. TANITICI BİLGİLER FORMU 1 (Hastalar için)

1.Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz :

Kadın ☐ Erkek ☐

3.Eğitim düzeyiniz nedir?

a)ilkokul mezunu

b)Orta okul Mezunu

c)Lise Mezunu

d)Üniversite Mezunu

e)Lisans üstü

4.Hangi ilde yaşıyorsunuz ?.....

5.Psikiyatrik hastalığınızın adı nedir?

6.Hastanede ne kadar süredir bulunuyorsunuz:.....

7.Daha önce psikiyatri kliniğine yatışınız oldu mu?

a)Evet b)Hayır

8.Daha önce yatışınız olduysa kaç kere olduğunu yazınız ?.....

9.Hastanede kaldığınız süre içinde sizi olumlu olarak etkileyen hizmetler nelerdir? (Birden fazla yanıtlatabilirsiniz)

.....

10. Hastanede kaldığınız süre içinde sizi olumsuz olarak etkileyen hizmetler nelerdir? (Birden fazla yanıtlatabilirsiniz)

.....

11. Bulunduğunuz psikiyatri kliniği ortamının tedavi edici olduğunu düşünüyor musunuz ?

a) Evet, açıklayınız

b)Hayır, açıklayınız

c)Kararsızım , açıklayınız

12) Klinik ortamında yapılan toplantılar, sağlık çalışanlarıyla kurduğunuz iletişim ve kliniğin genel düzeni size neler hissettirir. (Birden fazla yanıt verebilirsiniz.)

.....

EK-2. TANITICI FORM -2 (Sağlık Çalışanları için)

1.Yaşınız:.....

2.Cinsiyetiniz: Kadın ☐ Erkek ☐

3.Mesleğiniz :.....

4.Eğitim Durumunuz nedir?

a)Lise Mezunu

b)Lisans Mezunu

c)Yüksek lisans

d)Doktora

5. Ne kadar süredir Psikiyatri alanında hizmet vermektedirsiniz ?.....

6. Ne kadardır şu an çalıştığınız klinikte çalışmaktasınız ?.....

7. Terapötik ortam algısına ilişkin planlı herhangi bir eğitim aldınız mı?

8. Klinik içinde hastaların iyileşmelerini olumlu etkilediğine **inandığınız** hizmetler nelerdir?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

a)İlaç tedavisi

b) Hastaların sağlık çalışanlarıyla yaptıkları görüşmeler

c) Grup terapileri, Grup aktiviteleri(Yiyecek yapımı, grup toplantıları gibi)

d) Kliniğin fiziksel ortamı (uğraşı salonu, yemek salonu, rahat yatak, klima olması bahçesi gibi)

e) Diğer

9.Çalıştığınız klinik ortamın (toplantıların, görüşmelerin, kuralların, fiziksel ortamın, uğraşı aktivitelerinin gibi) hastalar için tedavi edici olduğunu düşünüyor musunuz?

a)Evet, Neden ?

b)Hayır, Neden ?.....

c) Kararsızım, Neden?.....

EK-3. SERVİS ORTAMI ÖLÇEĞİ

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 yanlarındaki boşluğa "D" harfini yazınız .

Programda "**YANLIŞ** " ya da "**ÇOĞUNLUKLA YANLIŞ** " olduğunu düşündüğünüz ifadeler için yanlarındaki boşluğa "Y" harfini yazınız.

Her bir ifadeyi cevaplandırduğınızdan emin olunuz.

Tarih:../../....

Yaşınız :.....

Cinsiyetiniz : Kadın () Erkek ()

Hastanenin Adı:

Servisin Adı:

Ne kadar süredir burada kalıyor ya da çalışıyorsunuz?

Yıl () Ay() Gün()

Eğer servis çalışıyorsanız, burayı işaretleyin ()

ve görevinizi belirtiniz:.....

1.Burada hastalar servisteki işlerini yapmak için çok istekli ve gayretlidir. (.....)

2.Doktorların hastaları desteklemek için çok az zamanı vardır. (.....)

3.Burada hastalar duygularını birbirlerinden saklamaya özen gösterirler. (.....)

4.Burda çalışanlar hastaların önerileri doğrultusunda davranırlar. (.....)

5.Bu serviste sık sık yeni tedavi yöntemleri denenir. (.....)

6.Burada hastalar cinsel yaşamlarından çok az söz ederler. (.....)

7.Burada hastalar genellikle sızlanıp dururlar. (.....)

8.Burada hastaların faaliyetleri dikkatle düzenlenmiştir. (.....)

9. Hastalar doktorların ne zaman klinikte bulunacaklarını bilirler. (.....)

10.Çalışanlar hastaları nadiren kısıtlamak yoluyla cezalandırırlar. (.....)

- 11.Bu servis canlı ve hareketlidir. (.....)
- 12.Burada çalışanlar hastaların ne istediklerini bilirler. (.....)
- 13.Hastalar doktora söylemek istedikleri herhangi 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 eleştirirler veya onlarla ilgili şakalar yaparlar. (.....)
- 18.Bu tedavi programı çok iyi düzenlenmiştir. (.....)
- 19.Buradaki doktorlar hastalarına tedavileri konusunda destek vermezler. (.....)
20. Buradaki hastalar bir doktor konuşurken sözünü kesebilirler. (.....)
- 21.Hastalar bu servisteki bakım ve tedaviden memnundurlar. (.....)
- 22.Buradaki çalışanlar, hastalar tedaviyi bıraktığı zaman bile onları izlemeye isteklidirler. (.....)
- 23.Burada hastaların kendilerini nasıl hissettiklerini ifade etmeleri zordur. (.....)
- 24.Burada hastalardan lider olmaları beklenir. (.....)
- 25.Burada hastalar geleceğe yönelik plan yapma konusunda desteklenirler. (.....)
26. Burada kişisel sorunlar hakkında açıkça konuşulur. (.....)
- 27.Bu tedavi programında hastalar nadiren tartışılır. (.....)
- 28.Burada çalışanlar servisin daima temiz ve düzenli olduğundan emindir. (.....)
- 29.Hastanın kullandığı ilaçlarda bir değişiklik yapıldığında hemşire ya da doktor bunun nedenini hastaya her zaman açıklar. (.....)
- 30.Servisin 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 hastaların sonra neler yapacakları konusuna çok az önem verilir. (.....)
- 36.Burada hastaların kişisel sorunlarını, dertlerini , sıkıntılarını birbirleriyle paylaşması beklenir. (.....)
- 37.Çalışanlar bazen birbirleriyle tartışır. (.....)
- 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 ayrılabilirler. (.....)
- 45.Servisten taburcu olduktan sonra ne yapılacağının planlanmasına çok az önem verilir. (.....)
- 46.Buradaki hastalar geçmişleri hakkında çok az konuşurlar. (.....)
- 47.Hastalar bazen birbirlerine hoş olmayan şakalar yaparlar. (.....)
- 48.Burada bir çok hasta her gün düzenli bir program izler. (.....)
- 49.Burada hastalar çalışanların kendileri ile ne zaman görüşeceklerini bilmezler. (.....)
- 50.Burada çalışanlar hastalara emir vermezler. (.....)
- 51.Bu serviste hastalar her zaman oldukça faaldir. (.....)
- 52.Burada sağlık durumları daha iyi olan hastalar, daha az sağlıklı olanların bakımına yardım ederler. (.....)
- 53.Hastalar birbirleri ile aynı fikirde olmadıkları zaman bunu birbirlerine belli etmezler. (.....)
- 54.Burada hastalar istedikleri gibi giyinebilir. (.....)
- 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.Burada hastalar kendiler 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 bir 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.Buradaki çalışanlar hiç bir 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 çağırabilirler. (.....)
- 71.Burada insanları heyecanlandırabilecek ve harekete geçirebilecek çok az şey vardır. (.....)
- 72.Burada çalışanlar yeni gelen hastaların servisi tanımasına yardım ederler. (.....)
- 73.Hastalar çalışanlardan duygularını saklamaya eğilimlidirler. (.....)
- 74.Hastalar nereye gittiklerini söylemeden servisten ayrılabilirler. (.....)
- 75.Burada hastaların bazı davranışlarını değiştirip, yenilerini kazanmalarına yardımcı olunur. (.....)
- 76.Burada hastalar birbirlerine dertlerini 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 bir yere gönderilebilir ya da taburcu edilebilirler (.....)
- 81.Bu servisteki grup tartışmaları oldukça ilgi çekicidir. (.....)

- 82.Burada çalışanlar bazen hastalarla 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.Buradaki hastaların kişisel sorunlarını başkalarıyla paylaşmaları güvenli değildir. (.....)
- 91.Buradaki hastalar hafta sonlarında genellikle birlikte bir şey yaparlar. (.....)
- 92.Çalışanlara hastalara yardım edebilmek 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 yapmak için grup oluşturmak çok zordur. (.....)
- 97.Burada hastaların çoğu 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. (.....)

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.

[illegible]

EK-4. Servis Ortamı Ölçeği 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.Y
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.Y	94.Y	95.D	96.Y	97.Y	98.Y	99.D	100.D

EK-5. ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 1522

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 07 KASIM 2017 SALI
Toplantı No : 2017/24
Proje No : GO 17/836 (Değerlendirme Tarihi: 24.10.2017)
Karar No : GO 17/836-25

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Fatma ÖZ' ün sorumlu araştırmacı olduğu ve Sevdâ ÖZTÜRK' ün yüksek lisans tezi olan, GO 17/836 kayıt numaralı, **"Psikiyatri Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının Ve Hastaların Terapötik Ortam Algıları"** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|--|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevdâ F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARI (Üye) | İZİNLİ
12. Doç. Dr. Gözde GİRGIN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAGLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | 14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| İZİNLİ
6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELİN (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEŞ (Üye) | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

EK-6. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi

TIPTA UZMANLIK ve EĞİTİM KURULU TOPLANTI KARAR TUTANAĞI

Toplantı Sayısı : 25
Toplantı Tarihi :26.12.2017
Saat :15:00

Sayın Sevda ÖZTÜRK

Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Sevda ÖZTÜRK'ün Prof. Dr. Fatma Öz danışmanlığında yürüttüğü “Psikiyatri Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının Ve Hastaların Terapötik Ortam Algıları” konulu tezinin uygulamasını 02.01.2018- 30.03.2018 tarihleri arasında Hastanemizin Psikiyatri Kliniğinde yatan hastalarla yapabilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Halil BAŞAR
Eğitim Koordinatörü



EK-7. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzni



T.C.Sağlık Bakanlığı
Ankara İl Sağlık
Müdürlüğü



Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
- ATATÜRK EAH EVRAK BİRİMİ - 02.03.2018 15:21 -
28295788-000-5703



Gelen Belge Kayıt

00064095917

Tıp Fakültesi
Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi

SAYI : 28295788/ 28
KONU: Sevda ÖZTÜRK hk.

02.03.2018

**ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİ'NE**

İLGİ:Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nün 27.02.2018 tarih ve 90169164-799-E.447

İlgi yazıda bahsi geçen Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sevda Öztürk'ün "Psikiyatri Kliniklerinde Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Terapötik Ortam Algıları" konulu tez çalışması için önerilen tarih aralığı tamamlanmıştır. Klinik sorumlu öğretim üyesi ve klinik sorumlu hemşiresi nezaretinde ve dahilinde çalışmanın yürütülmesi uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Psikiyatri Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu
Prof.Dr. Ali Çayköylü

EK-8. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayı: 44831537-010/597
Konu: Sevda Öztürk / uygulama

14/12/2017

Erişkin Hastanesi Başhekimliği'ne,

İlgi: 13.12.2017 - 3818 sayılı yazıdır.

Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Sevda Öztürk'ün kliniğimizde tez çalışmaları yapması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunulur.

Saygılarımla,

Prof.Dr. BERNA DİCLENUR ULUĞ
Anabilim Dalı Başkanı



EK-9. Gazi Üniversitesi Hastanesinden kurum izinleri izni

1. Evrak Tarih ve Sayısı: 15/12/2017-E.179232



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 75255018-199-
Konu : Tez Uygulaması (Sevda
ÖZTÜRK)

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 14/12/2017 tarihli ve 42000842-199- 178595 sayılı yazı.

İlgi yazı gereği Konu ile ilgili olarak adı geçen öğrencinin bölümünüzde bu uygulamayı yapması uygundur. Gereğini bilgilerinize arz edirim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Rukiye Filiz KARADAĞ
Anabilim Dalı Başkanı

EK-10. Onam Formu 1

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın katılımcı

Sizi Fatma ÖZ ve Sevdâ ÖZTÜRK tarafından yürütölen “ Psikiyatri Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Terapötik Ortam Algıları ” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı bulunduğunuz psikiyatri kliniğinin hastalar ve sağlık çalışanları ağısından nasıl değeriendirildiğini belirlemektir. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, arka sayfalardaki bütün soruları eksiksiz cevaplamanızdır. Soruların cevaplanması tahmini 20 dakikanızı alacaktır. Araştırmaya sizin dışınızda sağlık çalışanları olarak hemşireler, doktorlar, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları da katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllölük esasına dayanmaktadır.Bu formu okuduktan sonra onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğinin anlamına gelecektir. **Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına sahipsiniz. Katılmamanız durumunda bakım ve tedaviniz hiçbir şekilde etkilenmeyecektir.** Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Eğeri araştırma ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya ya da klinik sorumlu hemşiresine şimdi sorabilir ya da araştırmayı yüröten Sevdâ Öztürk'e bulunduğunuz kliniğinin sorumlu hemşiresi tarafından ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğı X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum

☐

Katılımcının Beyanı

Yukarıda yer alan bilgileri okudum. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü ağıklama yapıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.Bu araştırma sonunda bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığında araştırmacı Sevdâ ÖZTÜRK'e bulunduğum kliniğinin/servisin sorumlu hemşiresi tarafından ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değiliim. Araştırmaya katılmam konusunda baskı yapılmış değıil. Bana yapılmış tüm ağıklamaları anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir

Katılımcı :Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Araştırmacı: Adı Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

EK-11. Onam Formu 2

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın katılımcı

Bu araştırma kapsamında, Ankara ili içindeki devlet, üniversite, özel psikiyatri kliniklerinde/servislerindeki sağlık çalışanları ve hastalar ile tanımlayıcı bir çalışma yürütülecektir. Bu çalışmanın ismi “ Psikiyatri Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Terapötik Ortam Algıları ”dır ve Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarının terapötik ortam algısı ile hastaların terapötik ortam algılarının belirlenmesidir. Bu amaca ulaşmaya yönelik araştırmacı tarafından oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu 2 ve her iki grup için Servis Ortamı Ölçeği kullanılacaktır. Soruların içerisinde hem açık uçlu sorular hem de çoktan seçmeli sorular bulunmaktadır. Formun ve ölçeğin cevaplanması yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır.**Çalışmaya katılım gönüllük esasına dayanır.Katılmamanız durumunda iş durumunuz hiçbir şekilde etkilenmeyecektir. Çalışmaya katılımınız durumunda size bir ücret ödemesi yapılmayacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya katıldığınızda istediğiniz an bırakabilirsiniz.** Çalışmamıza vermiş olduğunuz katkıdan dolayı çok teşekkür ederiz.Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum

☐

Katılımcının Beyanı

Prof. Dr. Fatma ÖZ'ün sorumlu araştırmacı ve Sevda ÖZTÜRK'ün yardımcı araştırmacı olduğu çalışmayla ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. . Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.Bu araştırma sonunda bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya katılmam ya da iş durumumu etkilemeyecektir. Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Sevda ÖZTÜRK'e 0538 732 6229 nolu telefon numarasından, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Psikiyatri Servisi'nden ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anladım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyetle ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Araştırmacı

Adı,soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Ek-12. Turnitin Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Sevda Öztürk
Ödev başlığı: Psikiyatri Kliniklerindeki Sağlık Çalış..
Gönderi Başlığı: Psikiyatri Kliniklerindeki Sağlık Çalış..
Dosya adı: G_khan_Bey_Word_1_1.docx
Dosya boyutu: 318.25K
Sayfa sayısı: 77
Kelime sayısı: 18,808
Karakter sayısı: 136,046
Gönderim Tarihi: 16-Ağu-2018 03:21PM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 990411395

1. Giriş

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ruh sağlığı hizmetleri, ruh sağlığının korunması sürdürülmesi tedavi edilmesi ve geliştirilmesine yönelik hizmetleri kapsar (1). Psikiyatri hizmetinde terapötik ortam; toplumun bir parçası olan insanların hastane deneyiminde benliğini ve etkili bir şekilde destekleyen, sağlıklı davranış örüntüleri kazanmasını sağlayan, iletişim becerilerini geliştiren, sosyal hayata uyumuna kolaylaştıran, yeteneklerini ve yeterliklerini tanımasını ve en iyi düzeyde kullanmasını destekleyen uygulamadır. İyi yapılandırılmış bir çevre kişinin sağlığına kavuşmasına yardım ederken taburculuk sonrası için bireyleri yeniden topluma hazırlayacak becerilerle donatır. Bu nedenle, terapötik ortam psikiyatri hizmetleri içinde her etkiyle birey yararına ve geliştirici olması amaçlar (1, 2).

Terapötik ortamın oluşturulmasından ve devam ettirilmesinden sağlık profesyonelleri sorumludur. Hastaların gelişimlerini ve iyileşmelerini destekleyici bir terapötik ortam ancak disiplinler arası müdahalelerle hedeflerine ulaşabilir. Hasta bireyin kliniğe kabul edildiği andan taburculuğuna kadar olan süreçte ruh sağlığı çalışanları terapötik ortam müdahalelerinde çeşitli görevler alırlar. Psikiyatri klinik ortamında genellikle, psikiyatri hekimi, psikiyatri hemşiresi, klinik psikolog, sosyal çalışmacı bulunurken tedavi programının kapsamına göre iyileştirici terapist, sanat terapisti, müzik terapisti gibi ruh sağlığı çalışanları da yer alır. Psikiyatri hekimi ruhsal hastalığı tanımlar ve ilaç tedavisini belirler, psikiyatri hemşiresi biyopsikososyal bakımı planlar, ilaç tedavisinin uygulanmasında görev alır ve yeterlilik durumunu göre grup toplantılarını, bireysel ve grup psikoterapilerini yönetir. Klinik psikologlar bireysel ve grup terapilerini uygular ve psikolojik testleri değerlendirir, sosyal çalışmacılar ise hastaların gereksinimi olan toplumsal kaynakların hastaya ulaştırılması ile ilgilidirler (1).

Ek-13. Orijinallik Raporu

Psikiyatri Kiliniklerindeki Sağlık alışanlarının ve Hastaların Terapötik Ortam Algıları

ORIJINALLIK RAPORU

% 5	% 3	% 3	% 3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1
2	openmed.nic.in İnternet Kaynağı	% 1
3	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% 1
4	www.broadinstitute.org İnternet Kaynağı	<% 1
5	P. Dube, E. Altman. "Goodput analysis of a fluid queue with selective discarding and a responsive bursty source", IEEE INFOCOM 2003. Twenty-second Annual Joint Conference of the IEEE Computer and Communications Societies (IEEE Cat. No.03CH37428), 2003 Yayın	<% 1
6	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1

9. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Sevda ÖZTÜRK
Doğum Yeri ve Tarihi : Bursa - 1.12.1992
Uyruğu : T.C.
İletişim Adresi ve Telefonu : Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
D Blok Altındağ/Ankara Telefon : 0312 305 15 80/181

II. Eğitim

Yüksek Lisans: 2016 - Devam ediyor Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Lisans: 2011-2016 Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

III. Mesleki Deneyim

Hemşire: (2017-2018) Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Psikiyatri Servisi
Araştırma Görevlisi: 2018- Devam ediyor Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı