



KOÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ SERVİSİNDE YATAN
HASTALARIN SERVİS ORTAMI
ALGILARININ İNCELENMESİ**

ALİME NUR UYGUN

HEMŞİRELİKTE YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL – 2019



KOÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ SERVİSİNDE YATAN
HASTALARIN SERVİS ORTAMI
ALGILARININ İNCELENMESİ**

**HEMŞİRELİKTE YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ALİME NUR UYGUN

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ: Prof. Dr. PERİHAN
GÜNER**

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı (Psikiyatri Hemşireliği) öğrencisi Alime Nur UYGUN, "*PSİKİYATRİ SERVİSİNDE YATAN HASTALARIN SERVİS ORTAMI ALGILARININ İNCELENMESİ*" konulu Yüksek Lisans tezini 22.01.2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



BAŞKAN

Prof. Dr. Zuhul BAHAR



ÜYE

Prof. Dr. Besti ÜSTÜN



ÜYE

Prof. Dr. Perihan GÜNER

(Danışman)

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, tez sürecinin her aşamasında desteğini esirgemeyen, çalışmaya çok değerli katkıları bulunan ve bu aşamada bana her zaman moral ve motivasyon konusunda destek olan çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Perhan GÜNER'e,

Çalışma verilerinin istatistiksel analizinde çok önemli katkıları olan Sibel KANAT'a, tezimle ilgili literatüre ulaşmamda verdiği destek ve katkıları için Ertaç NEBİOĞLU'na,

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışma yapmama olanak sağlayan ve benimle deneyimlerini paylaşan, bu aşamada yardım ve desteğini esirgemeyen A-1 klinik şefi Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN'e; veri toplama aşamasında bana destek olan ve her türlü kolaylığı sağlayan A-1 servis sorumlu hemşiresi Selda POLAT'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca gerek ders dönemi, gerekse tez aşamasında bana her türlü kolaylığı sağlayarak destek olan, çalışmakta olduğum Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Zerrin DANDİN'e, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcıları Tuğba DÜLGAROĞLU, Mesut COŞKUNLU ve Figen SAĞLIK'a; Servis Sorumlu Hemşirem Muradiye GÜL'e, tez aşamasında benimle deneyimlerini paylaşan, her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen çalışma arkadaşım Özlem GÜL'e ve çeviri konusunda değerli katkıları olan Mehmet Akif YÜCESAN'a,

Bana her konuda destek olan ve güç veren, her zaman yanımda olduğumu bildiğim ve tez süresince yardımlarını maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen canım annem Hanife AKSOY'a, babam Zafer UYGUN'a; ablam Merve UYGUN'a ve kardeşim Hilal UYGUN'a,

Çalışmaya katılmayı kabul ederek zaman ayıran ve değerli katkıları olan, benimle değerli fikirlerini paylaşan psikiyatri servisinde yatmış olan hastalara ve adımı saymadığım katkıları olan herkese;

Teşekkürlerimi sunarım.

Alime Nur Uygun

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Alime Nur Uygun



ÖZET

Psikiyatri Servisinde Yatan Hastaların Servis Ortamı Algılarının İncelenmesi

Bu çalışmanın amacı, psikiyatri servisinde yatan hastaların bazı sosyodemografik, hastaneye yatma ve hastalık özelliklerinin servis ortamı algılarına etkisini incelemektir.

Tanımlayıcı olarak yapılan çalışma, İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri açık servislerinde yatan 150 hasta ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak “Kişisel Bilgi Formu” ve “Servis Ortamı Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı analizler, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi, Pearson korelasyon ve Spearman’s rho korelasyon testleri kullanılmıştır.

Hastaların “Düzen ve Organizasyon” alt ölçek puan ortalamalarının en yüksek (6.8 ± 2.24) ; “Otonomi” alt ölçek puan ortalamalarının ise, en düşük olduğu ($3,65\pm 1,78$) belirlenmiştir. İlkokul mezunu olan hastaların “Otonomi” alt ölçek puan ortalamalarının ($p<0.05$); kendi isteği ile hastaneye yatan hastaların “Programın Açıklığı” alt ölçek puan ortalamalarının ($p<0.05$); bipolar bozukluk tanısı konan ve hastaneye yatış sayısı fazla olan hastaların “Öfke ve Saldırganlık” alt ölçek puan ortalamalarının ($p<0.05$) en yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların servis ortamı algılarının, ekonomik duruma, çalışma durumuna, evde kiminle yaşadığına, daha önce başka bölümde yatışının olmasına ve hastanede kalma süresine göre değişmediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Bu çalışmadan elde edilen veriler, psikiyatri servisine yatan hastalar için tedavi edici ortamın iyileştirilmesine yönelik yapılabilecek uygulamalar konusunda katkılar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatrik hasta, psikiyatri hemşireliği, ortam, servis

ABSTRACT

Patients' Perception of the Psychiatric Ward Environment

The aim of this study was to investigate the effects of their sociodemographic, hospitalization and disease characteristics on ward environment perceptions of inpatients.

This descriptive study was carried out with 150 inpatients of İstanbul Erenköy Mental Health Research and Training Hospital Psychiatry Clinic. As data collection tool, "Personal Information Form" and "Clinical Environment Scale" were used. Descriptive analyses, Kruskal Wallis test, Mann Whitney U test, Pearson correlation test and Spearman's rho correlation test were used for data analysis.

Mean "Order and Organization" (6.8 ± 2.24) subscale score of the subjects was found to be the highest score obtained in all subscales, while mean "Autonomy" (3.65 ± 1.78) subscale score found was found to be the lowest one. Among primary school graduate inpatients, mean "Autonomy" subscale score ($p < 0.05$); among voluntarily hospitalized inpatients, mean "Openness of Program" subscale score ($p < 0.05$); and among patients with bipolar disorder and frequently hospitalized inpatients, mean "Anger and Aggression" subscale score ($p < 0.05$) were found to be the highest one. It has been established that perception of clinical environment by the inpatients is not influenced by financial status, employment status, the people with whom they reside, previous admission to a different clinic and duration of hospitalization.

Data obtained from the present study will make valuable contributions to attempts to improve clinical environment for patients admitted to psychiatric ward.

Key Words: Psychiatric patient, psychiatric nurse, environment, ward

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	x
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Çevrenin Birey Üzerine Etkileri	7
2.2. Tedavi Edici Ortam Nedir?.....	8
2.3. Tedavi Edici Ortamın Tarihçesi	9
2.5. Tedavi Edici Ortamın Unsurları	11
2.5.1. Fiziksel Çevre	11
2.5.2. Güvenlik.....	11
2.5.3. Kurallar	12
2.5.4. Normlar.....	13
2.5.5. Sorumluluk.....	13
2.5.6. Sınırlar	13
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	15
3.1. Araştırmanın Tipi.....	15
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	16
3.5. Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri	16
3.5.1. Dahil Etme Kriterleri	16
3.5.2. Dışlama Kriterleri.....	17
3.6. Veri Toplama Araçları	17
3.7. Verilerin Toplanması	21
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	22

3.10. Etik Kurul İzni.....	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA.....	37
5.1. SOÖ Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları	37
5.2. Sosyodemografik, Hastaneye Yatma ve Hastalık Özellikleri ve Servis Ortamı Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamaları.....	40
5.2.1. Yaş.....	40
5.2.2. Cinsiyet.....	40
5.2.3. Medeni Durum	41
5.2.4. Eğitim Durumu	42
5.2.5. Hastaneye Yatış Sayısı	42
5.2.6. Hastaneye Yatış Şekli	43
5.2.7. Tıbbi Tanı.....	43
5.2.8. Ekonomik Durum, Çalışma Durumu, Evde Kiminle Yaşadığı, Başka Bir Bölüme Yatışının Olması ve Hastanede Kalma Süresi.....	44
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	45
6.1. Sonuçlar	45
6.2. Öneriler	46
7. KAYNAKÇA.....	48
8. EKLER	54

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4. 1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	24
Tablo 4. 2. Hastaların Hastaneye Yatma ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	25
Tablo 4. 3. Hastaların Servis Ortamı Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=150)26	
Tablo 4. 4. Hastaların Cinsiyetine Göre Servis Ortamı Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)	27
Tablo 4. 5. Hastaların Medeni Durumuna Göre Servis Ortamı Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	28
Tablo 4. 6. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Servis Ortamı Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)	29
Tablo 4. 7. Hastaların Ekonomik Durumuna Göre Servis Ortamı Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)	30
Tablo 4. 8. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Servis Ortamı Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)	31
Tablo 4. 9. Hastaların Kiminle Yaşadığına Göre Servis Ortamı Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)	32
Tablo 4. 10. Hastaların Hastaneye Yatış Şekline Göre Servis Ortamı Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)	32
Tablo 4. 11. Hastaların Daha Önce Başka Bir Bölüme Yatışı Olma Durumuna Göre Servis Ortamı Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)	34
Tablo 4. 12. Hastaların Tıbbi Taniya Göre Servis Ortamı Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)	35
Tablo 4. 13. Yaş, Hastaneye Yatış Sayısı, Hastanede Kalma Süresi Parametreleri ile Servis Ortamı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının İlişkisi (N=150)	35

KISALTMALAR DİZİNİ

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SOÖ: Servis Ortamı Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: World Health Organization

DALY: Disability Adjusted Life Years

EKT: Elektro Konvülsif Tedavi

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

AMATEM: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi

ÇEMATEM: Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Eğitim ve Destek Merkezi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ruhsal hastalıklar, tüm dünyada yaygın olarak görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre, dünyada 450 milyon insan ruhsal ya da davranışsal bir rahatsızlık yaşamaktadır (WHO, 2003). 63 ülkeden alınan son meta-analitik kanıtlar, genel ruhsal hastalıklar için yaşam boyu yaygınlık oranının yaklaşık % 29 olduğunu ortaya koymuştur (Steel, Marnane, Iranpour, Chey, Jackson ve Patel, 2014). Ayrıca orta ve yüksek gelire sahip ülkelerde genel nüfusun % 50'sinden fazlasının hayatlarının bir döneminde en az bir ruhsal hastalığa sahip olacakları ifade edilmektedir (Trautmann, Rehm ve Wittchen, 2016).

Ruhsal hastalıklar, yaygın olmasının yanısıra hastalık yükü de en fazla olan hastalıklardan biridir (Wozney ve ark., 2017). Yakın zamanda 301 hastalık indeksinde, dünyada, hastalık yükünün ana nedenlerinden birinin ruhsal hastalıklar olduğu belirlenmiştir. Dünyada Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years; DALY) hesaplandığında, yeti kaybı ile yaşanan yılların % 21.2'sinden ruhsal hastalıkların sorumlu olduğu saptanmıştır (Mental Health Foundation, 2016). Demografik değişimler ve daha uzun yaşam beklentisi nedeniyle, ruhsal hastalık yükünün giderek artması beklenmektedir (Trautmann ve ark., 2016; Schofield ve ark., 2011; Whiteford ve ark., 2013).

Bütün bu bulgular, düşük, orta ve yüksek gelirli olmak üzere bütün ülkeler için ruhsal hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için öncelikli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Ruhsal hastalıklar, küçük bir grubun yaşadığı bir sorun olmamasının yanısıra ciddi sonuçlara da yol açan önemli bir sağlık sorunudur (Trautmann ve ark., 2016; Schofield ve ark., 2011; Whiteford ve ark., 2013). Öncelikli olarak, ruhsal hastalıklar, işsizlik ve işteki verimin azalması nedeniyle üretkenliği azaltmakta ve yoksulluğa neden olmaktadır. Bu nedenle ruhsal hastalığı olan bireyler, toplumun ekonomik olarak en dezavantajlı grubu olarak kabul edilmektedirler (Schofield ve ark. 2011; Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013) ve ruhsal hastalıkların bireye, topluma ve ülkeye maliyeti de çok yüksektir (Schofield ve ark., 2011; Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013). Diğer yandan sınırlı kaynaklar

nedeniyle, gelişmiş ülkelerde dahi bütün hastalar ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar (Mental Health Foundation, 2016). Düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde şiddetli ruhsal hastalığı olan bireylerin % 76- 85'inin hiç tedavi alamadıkları belirtilmektedir (WHO, 2013). Bütün bunların dışında ruhsal hastalığı olan bireyler, yaşam kalitesinde azalma, sosyal sorunlar ve başka sağlık sorunları için de daha büyük risk altındadırlar. Hastalar, aynı zamanda ciddi düzeyde sosyal damgalanma ve ayrımcılık yaşamaktadırlar (Mental Health Foundation, 2016; Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013). Çam ve Çuhadar'ın (2011) belirttiğine göre ruhsal hastalığı olan bireyler, tanı konulduktan sonra olumsuz bir davranışla karşılaşmasalar dahi kendilerini damgalanmış hissetmektedirler ve bu hastalarda utanma, kendini yetersiz görme, insanlarla ilişki kurmaktan çekinme ve benlik değerinde azalma olmaktadır. Ayrıca, ruhsal hastalığı olan bireylerde istismar ve insan hakları ihlalleri yaygın olarak görülmekte ancak hastalar, düşük kaliteli bakım, ihmal ve istismara karşı kendilerini savunamamaktadırlar (Mental Health Foundation, 2016; Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013). Ruhsal hastalıkların doğasının diğer fiziksel hastalıklardan farklı olduğu, özellikle psikotik bozukluklarda hastaların, çoğunlukla istemsiz olarak yatırıldığı ve tedaviye uyumlarının da düşük olduğu çok iyi bilinmektedir (Elshef, Elsayes ve Mohammed, 2016; Gültekin, Güler, Kesebir, Gülücü ve Ergelen, 2013; Şen ve Süzer Özkan, 2017).

Hastalıklarının yanı sıra bütün bu nedenler psikiyatri hastalarının yardım alma davranışlarını olumsuz etkileyebilmekte ve toplumdaki bu algının psikiyatri servis ortamına da taşınması kaçınılmaz olmaktadır. Bu nedenle, psikiyatri servisinde yatan hastalar için tedavi edici ortamın, diğer alanlardaki tedavi edici uygulamalardan daha fazla iyileştirici etkiye sahip olduğu ve bu nedenle çok önemli olduğu ifade edilmektedir (Öztürk, 2011). Sonuç olarak, ortamın hastaların yararına olacak şekilde, tedavi edici ortam olarak düzenlenmesinin bir gereklilik olduğu açıktır.

Son 60 yılda ruh sağlığı hizmetleri, toplum içinde tedaviye odaklanmasına rağmen, hastanede bakım hala ruh sağlığı hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir (Papoulias, Csipke, Rose, McKellar ve Wykes, 2014). Dolayısıyla psikiyatri hastanesinde yatan hasta bakımı için servis ortamının önemine

yönelik farkındalık artmaya başlamıştır (Kuosmanen, Hätönen, Jyrkinen, Katajisto ve Välimäki, 2006). Servis atmosferi, bir ortamın “kişiliği” olarak ifade edilmekte ve birçok faktörden etkilenen bir dizi özellikten oluştuğu belirtilmektedir (Brunt ve Rask, 2005). Psikiyatri ve genel kliniklerde yatan hasta servislerinde, refahı en üst düzeye çıkarmak için, yaklaşımın hasta odaklı olması gerektiği belirtilmektedir (Papoulias ve ark., 2014; Shattell, Andes ve Thomas, 2008). Diğer taraftan psikiyatri servislerinde hastaların hastaneden ayrılması ile ilgili kısıtlamalar ya da hastanın izole edilmesi gibi uygulamalar hastaların kendilerini tutuklu gibi hissetmelerine yol açabilmektedir (Kuosmanen ve ark., 2006; Elsherif ve ark. 2016). Ayrıca psikiyatri servisine yatacak hastaların, psikiyatri servislerinin özellikli yapısı, tedavi ortamı, uygulanan tedaviler ve toplumdaki önyargılar gibi nedenlerle hastaneye yatacakları zaman daha fazla korku ve endişeye kapıldıkları ifade edilmektedir (Sabancıoğulları ve Doğan, 2002). Bu nedenle, psikiyatri servis ortamının hastalar için iyileştirici ya da iyileşmeyi engelleyici bir ortam olabileceği belirtilmektedir (Schweitzer, Gilpin ve Frampton, 2004).

Tedavi edici ortam, hastanede yatan hastaların en kısa zamanda sosyal yaşamlarına yeniden dönebilmelerini sağlayan, özgüvenlerini, benlik değerlerini, insanlarla olan ilişkilerini geliştiren, yeteneklerini arttıran ideal ve dinamik ortamdır (Çam, Akgün, Babacan Gümüş, Bilge ve Ünal Keskin, 2005). Ayrıca psikiyatri servis ortamının destekleyici, tedavi edici, hastaları topluma geri dönmeye hazırlayıcı, güvenli, kaybettikleri becerileri yeniden kazandırmaya yönelik ve ev ortamında olduğunu hissettirme gibi bir çok gereksinimi karşılaması gerektiği belirtilmektedir. Ortamın tedavi edici ortam özelliği taşımasının hem sağlık ekibi hem de hasta yararına olduğu ifade edilmektedir (Papoulias ve ark. 2014). Rossberg ve Friss (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, servis ortamının tedavi edici ortam açısından yapılandırılmış olması ile hasta memnuniyetinin bağlantılı olduğu belirlenmiştir. Psikiyatri hastalarının tedavi olmak için buldukları ortamdan memnun olmaları, hastaların çevresiyle daha iyi bir şekilde etkileşim kurmalarına, davranışsal ve sosyal becerilerini geliştirmelerine yardımcı olarak, tedavinin etkinliğinin artmasına ve sonuç olarak tedavi sürecinin hızlanmasına neden olmaktadır (Caesar, 2015). Tersine ise, Mion'un (2009) belirttiğine göre, yapılan çalışmalarda, stresli ortamların anksiyete, öfke, uykusuzluk, depresyon, kan

basıncında ve kortizol düzeylerinde artma gibi sorunlara neden olabileceği saptanmıştır. Ayrıca psikiyatri servisinde, hastalar ortam koşullarının olumsuz olması nedeniyle de, hastanede kalmak istemeyebilmekte ve tedaviyi bırakma davranışında bulunabilmektedirler (Savaşan, 2010). Bu nedenle, uluslararası düzeyde, hastaların sağlık durumlarını öznel olarak değerlendirme (Lavikainen, Lahtinen ve Lehtinen, 2000), tedavi deneyimlerini ortaya koyma ve genel memnuniyetlerini belirlemeye olan ilgi artmıştır (Kuosmanen ve ark., 2006; Picker Institute Europe, 2004).

Hasta deneyimi, sağlık hizmetlerinde mükemmelliğin geliştirilmesi ve sunulmasında önemli bir faktör olarak artan bir şekilde kabul edilmekte (Gilbert, Rose ve Slade, 2008; Aiken ve ark., 2011; McTiernan ve McDonald, 2015; Elsherif ve ark. 2016, AL-Sagarat, Moxham, Curtis ve Crooke, 2014; Jørgensen, Rømma ve Rundmo, 2009) ve hastaların tedavi ortamını nasıl değerlendirdiklerinin sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Jørgensen ve ark., 2009; AL-Sagarat ve ark., 2014; Elsherif ve ark., 2016).

Bu sonuçlar, tedavi edici ortamın, hastalar tarafından nasıl algılandığı konusunda bilgi edinilmesinin ve bu bilgilerin ortamın hasta yararına geliştirilmesinde ve değiştirilmesinde kullanılmasının tedaviyi sürdürme açısından önemini göstermektedir (Savaşan, 2010; Öztürk, 2018). Psikiyatri servisinde yatan hastaların birbirinden farklı gereksinimleri olması nedeniyle, hastaların servis ortamını tedavi edici olarak algılamalarında da farklılıklar olacağı söylenebilir. Psikiyatri servisinde yatan hastaların servis ortamı algılarını etkileyebilecek faktörlerin birlikte belirlenmesi, yatarak tedavi gören hastalara yönelik hemşirelik uygulamalarına yön verecektir (Caesar, 2015). Ortam koşullarının düzenlenmesi ile hastaların servise ilk yatışta yaşadıkları stres azaltılabilir ve tedavisi tamamlanana kadar serviste kalması sağlanabilir.

Literatürde dünyada (Rossberg ve Friis, 2004; Rossberg, Melle, Opjordsmoen ve Friis, 2008; Middelboe, Schjødt, Byrting ve Gjerris, 2001; Brunt ve Rask, 2005; Schjødt, Middelboe, Mortensen ve Gjerris, 2003; Zamir, Beyraghi, Pour ve Farzaneh, 2016) ve Türkiye’de (Öztürk, 2011; Akhan ve ark., 2013; Öztürk, 2018; Bozkurt, 1998) psikiyatri servisinde yatan hastaların tedavi gördükleri ortamı algılamaları ile ilgili yapılan çalışmalarda, sonuçlarının birbirinden farklı olduğu

saptanmıştır. Bu çalışmaların bazılarında (Rossberg, Melle, Opjordsmoen ve Friis, 2008; Schjødt, Middelboe, Mortensen ve Gjerris, 2003; Zamir, Beyraghi, Pour ve Farzaneh, 2016; Rossberg ve Friis, 2004; Öztürk 2011 ve Öztürk 2018) hasta ve personelin servis ortamı hakkındaki görüşleri karşılaştırılmıştır. Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda (Savaşan, 2010; Akhan ve ark. 2013; Öztürk 2018) Servis Ortamı Ölçeği Çalışan Kontrolü alt ölçek puan ortalamalarının yüksek, diğer ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda ise (Rossberg ve Friis, 2004; Alexander, 2006; Schjødt ve ark., 2003) düşük olduğu saptanmıştır. Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda (Savaşan, 2011; Akhan ve ark., 2013; Öztürk, 2018) hastaların Servis Ortamı Ölçeği Programın Açıklığı alt ölçeği puan ortalamaları yüksek iken, yurt dışında yapılan bir çalışmada (Alexander, 2006) hastaların daha düşük puan aldıkları, ortam kurallarını daha az anlaşılır olarak algıladıkları bulunmuştur. Middelboe ve ark. (2001) tarafından yapılan çalışmada, hastaların servis ortamı hakkında olumlu düşüncelerinin olduğu, Brunt ve Rask (2005) tarafından yapılan çalışmada ise, hastaların kendi kararlarını alma ve özgüven konusunda eksiklik hissettikleri fakat servisin düzen ve işleyişi konusunda olumlu düşündükleri sonucuna varılmıştır. Türkiyede yapılan bir çalışmada (Öztürk, 2011) erkek hastaların servisin düzen ve işleyişini daha iyi gördükleri, kadın hastaların ise personeli erkek hastalara göre daha kontrolcü ve kuralcı gördükleri sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan diğer bir çalışmada da (Akhan ve ark., 2013) erkek hastaların kadın hastalara göre, çalışanları daha kontrolcü gördükleri belirlenmiştir.

Hastaların tedavi ortamını nasıl değerlendirdikleri hastaların klinik, sosyoekonomik ve kültürel özellikleri, beklentileri, yaşam koşulları ve önceki hizmet deneyimleri gibi birçok faktörden etkilenebileceği ifade edilmektedir (AL-Sagarat ve ark., 2014). Bu nedenle bu konuda yapılan çalışmaların yetersiz ve sonuçlarının farklı olduğu da düşünüldüğünde, hastaların tedavi ortamını nasıl değerlendirdiklerinin ortaya konması, klinik ortamın tedavi edici özellikle ilgili nasıl bir düzenleme yapılması gerektiği konusunda yol gösterici olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, psikiyatri servisinde yatan hastaların bazı sosyodemografik, hastaneye yatma ve hastalık özelliklerinin servis ortamı algılarına etkisini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda, aşağıda bu çalışmada yanıt aranan sorular yer almaktadır.

1. Psikiyatri servisinde yatan hastaların servis ortamı ölçeği alt ölçek puan ortalamaları nedir?

2. Bazı sosyodemografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum, çalışma durumu, evde kiminle yaşadığı) özellikler ile psikiyatri servisinde yatan hastaların servis ortamı alt ölçekleri (**katılım, destek, spontanlık, otonomi, pratik yönelim, kişisel sorun yönelimi, öfke ve saldırganlık, düzen ve organizasyon, programın açıklığı ve çalışan kontrolü**) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

3. Hastaneye yatma (hastaneye yatış şekli, hastanede yatış süresi, hastanede yatış sayısı, daha önce başka bir hastanede yatıp yatmadığı) ile ilgili özelliklerle psikiyatri servisinde yatan hastaların servis ortamı alt ölçekleri (**katılım, destek, spontanlık, otonomi, pratik yönelim, kişisel sorun yönelimi, öfke ve saldırganlık, düzen ve organizasyon, programın açıklığı ve çalışan kontrolü**) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

4. Hastalık (tıbbi tanı) ile ilgili özelliklerle psikiyatri servisinde yatan hastaların servis ortamı alt ölçekleri (**katılım, destek, spontanlık, otonomi, pratik yönelim, kişisel sorun yönelimi, öfke ve saldırganlık, düzen ve organizasyon, programın açıklığı ve çalışan kontrolü**) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çevrenin Birey Üzerine Etkileri

İnsan çevresi ile devamlı etkileşim halindedir ve çevre iyileşme sürecini olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir (Bahar ve Gördes Aydoğdu, 2015; Boz, 2018). İnsan ve çevre etkileşimi bazı kuramcılarının da önem verdiği konulardan biridir. Boz'un (2018) belirttiğine göre, iyileştirici bakım çevresi, Nightingale başta olmak üzere, Roger, Leninger, Swanson ve Watson gibi bir çok kuramcı tarafından ele alınmıştır. Öztürk'e (2018) göre bireysel psikoloji kuramını geliştiren Adler, bireyin çocukluğunda yaşadıkları ve çevre, bireyin algısının ve eylemlerinin oluşmasında etkili olduğunu belirtmiştir. Boz'a (2018) göre, Watson; bakımın, bireyin hemşirenin varoluşsal alanına girmesiyle oluştuğunu savunur. Varoluşçu psikiyatride birey dışsal olaylardan ayrı düşünülemez ve çevre, beden, bilinç bir bütündür (Öztürk, 2018). Galton, Pearson, Sutherland, Donovan ve Lewis'e (2001) göre çevre psikolojisi, çevrenin insanlar için önemini, bireylerin tercihleriyle, eylem planlarıyla, duygusal tepkileriyle, psiko-iyilik halleriyle nasıl ilişkili olduğunu anlatır.

Nightingale'den günümüze kadar hemşirelerin, çevre ve sağlık arasındaki etkileşim üzerinde durdukları ifade edilmektedir. Nightingale'in, hijyenik su ve temiz hava ile tedavi sürecinde hızlanma ve sağlığın artırılması konusuna önem verdiği, çevresel etkenlerin düzeltilmesinde hemşirelik girişimlerinin çok etkili olduğunu savunduğu belirtilmektedir (Bahar, Gördes Aydoğdu, 2015). Alan kuramında (Field theory) da bireylerin eylemlerinin sadece kişisel özelliklerine bağlı olmadığı, aynı zamanda bireyin bulunduğu ortam ve koşullara da bağlı olduğu söylenmektedir (Öztürk, 2018). Bireyin, dış çevresi ile olan etkileşimden sağladığı bilgi ve yaşadıkları bireyin bakış açısını oluşturmakta ve bu bakış açısı da kişiliğin temelini oluşturarak bireye önüne çıkan problemleri çözmesi için yardım etmektedir (Ünal, 2000). Bireyin kendi içsel süreçleri ve ortam koşullarını sentezlemesi ile davranış oluşur. Öztürk'ün (2018) belirttiğine göre Lewin, fiziksel ortam ve içsel sürecin bütünleşmesini psikolojik çevre olarak belirtmiş, ortam ile etkileşme arttıkça da psikolojik çevrenin büyüyebileceğinden söz etmiştir. Tedavi ortamında da bazı davranışların iyileştirilmesi gerektiğinde psikolojik çevre üzerinde değişiklik

yapılması hastada tedavi edici etkiyi sağlayabilmektedir (Öztürk, 2018). İyi düzenlenmemiş mekan ve hijyenik olmayan ortamlar, bireylerin hastaneyi hapishane olarak algılamalarına katkıda bulunabileceği ifade edilmektedir (Gilburt ve ark., 2008).

2.2.Tedavi Edici Ortam Nedir?

Psikiyatri servisinde yatan hastalar için tedavi edici ortam, iyileşme sürecinde en önemli unsurlardan biridir (Öztürk, 2011). Tedavi edici ortam; hastaların özgüvenlerini arttıran, yeteneklerini fark etmesini sağlayan, iletişim becerilerini arttıran, hastaların psikososyal ve fiziksel gereksinimlerini karşılayan bir ortamdır. Tedavi edici ortam, aynı zamanda hastaya sadece insan olduğu için değer verilen, güvenli, bakım ve tedavi anlamında doyum sağlayıcı, ev atmosferinde, yapıcı ve iyileştirici bir ortamdır (Bozkurt, 1998; Akhan ve ark., 2013; Koç, 2010). Bu ortamda hastalar kendilerine değer verildiğini, güvende olduklarını anlayabilmeli ve duygularını çekinmeden ifade edebilmelidirler (Kocaman Yıldırım, 2010).

Tedavi edici ortam, sosyal ve fiziksel çevrenin düzenlenmesi ile hastaya etkin öğrenme yoluyla sağlıklı davranış becerileri kazandırır ve bireyin hem kendisine hem de çevresine yönelik farkındalıklarını arttırarak stresli durumlarla başetmelerini kolaylaştırır. Aynı zamanda tedavi edici ortam, bireyin olumsuz davranışlarının yerine daha olumlu davranış biçimlerini kazanmalarına katkı sağlar (Öztürk, 2018). Bu doğrultuda psikiyatri birimlerinde kısa süreli yatışlarda tedavi amaçları (LeCuyer, 1992; Öztürk, 2018):

- Bireyin taburculuk sonrası sosyal yaşamı için amaçları ve umudunun olması,
- Etkili başedebilmesi,
- Sağlık ekibine güven duyması,
- Bireyin topluma uyumunu zorlaştıran semptomların azalması,
- Bireyin taburcu olduktan sonra sağlığı konusunda güvenilir kaynakları bilmesi olabilir.

2.3. Tedavi Edici Ortamın Tarihçesi

Eski çağlarda insanların hastalıkları anlayabilme ve iyileştirebilme konusunda yeterli bilgi birikimi olmadığından, hastalıklarla başa çıkabilmek ve çözüm bulmak için çoğunlukla tedavi, kötü ruh ve büyücülük gibi inanışlar ile yapılıyordu (Öztürk, 2018).

Ergün, Işık ve Dikeç'e (2017) göre tedavi edici ortam kavramını 1953 yılında ilk kez kullanan ve yararlarını anlatan Maxwell Jones'tur. Jones "tedavi edici ortam" kavramını ve hemşirelerin bu tedavideki görev ve sorumluluklarını anlatan "*The Therapeutic Community*" adında bir kitap yazmıştır (Özbaş ve Buzlu 2011). Öztürk'e (2018) göre, hastalarda fizyolojik dayanağı olmayan nefes almada zorluk, baş dönmesi, bayılma, çarpıntı gibi yakınmaları olduğu dönemde Jones, 100 hasta ile yaptığı bir çalışmada, bu semptomların strese karşı verilen tepkiler olduğunu belirtmiş ve yeni bir yapılanmanın gerekliliğini savunmuştur. Bunun üzerine "terapötik toplum" adı verilen yeni bir yapılanma oluşmuştur (Öztürk, 2018).

Philippe Pinel'in, 18. yüzyılda psikiyatri hastalarının insanlık dışı davranışlar, kötü koşul ve zincirlerden kurtarılıp toplumun içine katılıp saygı ve anlayış gösterilmesi gerektiğini savunarak "Traitement Moral" isimli eserini ortaya çıkardığı belirtilmiştir (Doğan, 2016; Öztük, 2016).

2.4. Tedavi Edici Ortamda Hemşirenin Roller ve Uygulamaları

Hemşireler, tedavi edici ortamda en önemli role sahip sağlık profesyonelidir. Bu nedenle, hemşirelik girişimleri ve tedavi edici ortam ayrı olarak düşünülemez (Öztürk, 2018). Hemşireler sürekli olarak tedavi ortamında bulunmaları ile; tedavi ortamının yapılandırılması ve yönetiminde yeri doldurulmaz, aktif ve aranan sağlık profesyoneli olmuşlardır (Aştı ve Çetinkaya, 2000). Ortam terapisi, temel olarak psikiyatri hemşireliği uygulama standartlarının bir bileşenini oluşturmaktadır (Delaney, 1997).

Jones'un "terapötik toplum" ismini verdiği kavramın gelişmesinde hemşireler, önemli katkılar sağlamışlardır. 1990'lı yıllarda psikiyatri servislerinde kriz durumunda ortam yönetimi ile ilgili güçlükler yaşanmıştır. O dönemde hemşireler tedavi edici uğraşlara katılmamış, sadece servis ortamını idare etmişlerdir.

2000'li yıllarda ise, terapötik toplum unsurlarının uygulanması ile hasta bakım kalitesi ve iletişim açısından olumlu gelişmeler olmuş, hastalara uygulanan tespitler de azalmıştır (Öztürk, 2018).

Hemşireler, artık hekimlerle birlikte çalışarak hastanın ilaçlarını uygulama ve bazı durumlarda gerekli olan ilaçların yapılması kararını verme, servis ortamında yapılan sosyal toplantılara katılma, taburculuk organizasyonunu yapma, aileleri de bakıma katma ve etkin tedavi ve bakımın sağlanması için ortamda yönetici rolünü üstlenme gibi pek çok sorumluluğu yerine getirmektedirler (Öztürk, 2011).

Tedavi edici ortam için gerekli olan bütün bu koşulların sağlanmasında psikiyatri hemşiresinin çok önemli sorumlulukları vardır. Bunu yapabilmek için tedavi edici ortamda psikiyatri hemşiresinin tedavi edici iletişimi benimsemesi gerekir. Tedavi edici iletişimde hemşireden, ilgili olma, saygı duyma, dürüst davranma, destek olma ve güven verme gibi davranışlar beklenmektedir (Kocaman Yıldırım, 2010). İyileşme ortamı oluşturmada kişiler arası ilişki büyük önem taşımaktadır ve hemşireler de bunda önemli bir role sahiptirler (Boz, 2018). Bunlara ilave olarak tedavi edici iletişimde hemşire, empati kurar (Hasta ve Hasta Yakınlarıyla Terapötik İletişim [Editoryal] (2012). Acıbadem Hemşirelik, 43). Ayrıca hemşire tedavi edici ortamda bütüncül yaklaşımı benimser ve hastanın fiziksel gereksinimlerine de önem verilir. Hastanın psikiyatrik rahatsızlığı dışında başka bir rahatsızlığı olduğunda hemşire bunun için de bakım verir, gerekli ise konsültasyon istenir (Karşıdağ, Aksoy, Yüksel, Alpay ve Uysal, 2013). Özet olarak, tedavi edici ortamda psikiyatri hemşiresi, hastanın sağlığının korunması ve iyileştirilmesinin yanı sıra kendini ev ortamında gibi rahat ve güvende hissetmesi, sosyal ortamda daha aktif ve kendini doğru ifade edebilen bir birey olmasını sağlamaktan sorumludur (Bozkurt, 1998) ve tedavi edici girişimler kapsamında hemşire (LeCuyer, 1992):

- Yapılandırılmış aktiviteleri, kuralları, sınırları ve kontrolleri olması gerektiği gibi uygular ve koordine eder.
- Hastalar için uygun tedavi ve bakımı verir.
- Tedavi edici uygulamaların/aktivitelerin devamlılığını sağlar.

- Ortamda hastalarla açık iletişimi sağlar.

2.5. Tedavi Edici Ortamın Unsurları

2.5.1. Fiziksel Çevre

Hastalar, buldukları çevreden etkilenmektedirler ve tedaviyi hızlandırıcı bir fiziksel çevre oluşturulması ile tedavi edici etki artırılmış olur (Öztürk, 2011; Bilgin, Özcan, 2012). Papoulias ve ark., (2014) tedavi edici ortam ile fiziksel çevre arasında etkileşim olduğunu belirtmiştir. Gralton ve ark.,'na (2001) göre, ortamdaki renkler, bireylerin ruhsal durumlarında değişiklikler oluşturmaktadır. Bu nedenle psikiyatri servislerinde, duvar renginin bireyde pozitif duyguları destekleyen açık ve yumuşak tonlar olması gerektiği, siyah, kahverengi gibi koyu renklerin olmaması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca hastaların rahat hissetmesini etkileyen etkenlerden bazılarının, hasta odalarının güneş alıp-almaması ve havalandırmaya uygunluğunun olduğu ifade edilmektedir (Ergün ve ark., 2017). Hasta odalarının; her hastanın tanımlanmış kendi yatağı olması, en çok iki kişilik olması, kişisel kullanım için duvara monteli birer dolap ve komodinin bulunması, özel eşyalarını koyabilecekleri kendi dolaplarının olması gibi fiziki koşulları sağlaması gerektiği belirtilmektedir (Altuntaş Turasan, 2010). Ayrıca, hastanın kendini evinde, aile ortamında hissetmesinin sağlanması ve bireysel ve sosyal aktivitelerin planlanması önerilmektedir. Hasta odalarının mahremiyeti sağlayacak şekilde olması, tedavi odalarında otomatik kilit sisteminin bulunması, hemşire odalarının tüm servisi göreceği şekilde düzenlenmesi ve tedavi edici ortamda temel oluşturan kuralların yazılmış olduğu bir belgenin bulunması gerektiği savunulmaktadır (Oflaz, 2006).

2.5.2. Güvenlik

Tedavi ortamının güvenliğini sağlamak hasta ve personel açısından önemli bir unsur olmakla birlikte, psikiyatri hizmeti veren birimlerde şiddete uğrama olasılığının fazla olması nedeniyle güvenliğe daha çok önem verilmektedir (Coşkun ve Öztürk, 2010). Hastalar ve personel tarafından algılanan şiddet riski, ortamdaki tüm bireyler için psikolojik anlamda sıkıntıya sebep olabilmekte ve bakım kalitesini olumsuz etkilemektedir (Huyen ve ark., 2018). Hasta ve personelin güvenliğini sağlamak için alınabilecek önlemler arasında ; psikiyatri servisinde pencerelerin

demir parmaklıklı olması, camların kırılıp dağılmayan özellikte olması, odalarda delici-kesici alet ve yanıcı maddeler olmaması, kapıların kilitli, alarm sistemlerinin, gözlem odalarının olması ve güvenlik biriminin olması, aynaların paslanmaz çelikten yapılması, televizyon ünitesinin sabit olması, odalardaki etajer, masa, dolap gibi eşyaların ahşap malzemelerden yapılması ve hastaların kendilerine zarar vermelerini önlemek amacıyla köşelerinin keskin olmaması yer almaktadır (Altuntaş Turasan, 2010; Ergün ve ark., 2017; Coşkun ve Öztürk, 2010).

Psikiyatri servislerinde kullanılan tedavi yöntemlerinden biri olan Elektro Konvülsiv Tedavi (EKT) hastalarda anksiyete ve korkuya sebep olmaktadır ve hasta güvenliği için önemli bir uygulamadır. Bu gibi uygulamalarda hastanın anksiyetesini ve korkusunu önlemek amacıyla bireyin yanında olma, destek olma ve tedavi edici iletişimi kullanma gibi yöntemler uygulanabilir (Aştı, 1994). Güvenlik açısından önemli olan diğer konular; istemsiz yatışlar, psikotrop ilaçların varlığı, kısıtlama ve hasta tespiti, psikiyatri hastalarının ihmal ve istismarı, hastaların kendilerini ifade edememeleri, haklarını koruyamamaları ve stigmadır (Özkan ve Çoban, 2010). İstemsiz yatış ve kısıtlamada hasta agresifleşebilir ve bunu tehdit olarak algılayabilir. Psikotrop ilaçların ise, hastanın kendine zarar verme amacıyla kullanmak istemesi gibi nedenlerden dolayı hastaların ulaşamayacağı şekilde kilitli dolapta tutulması gerekir (Özkan ve Çoban, 2010). Hastaların ilaçları düzenli ve kontrollü bir şekilde verilmeli, hastalar uzun süre tek başına bırakılmamalıdır (Temel, 2009).

2.5.3. Kurallar

Servis ortamındaki kurallar, akut psikiyatrik hastaların yattığı servis ortamı için temel oluşturmaktadır. Kurallar sadece emir olarak değil, onları uygulama şeklinde algılanmalıdır (Alexander, 2006). Kuralların, ortamda nelere izin verilip yapılabileceğini ve nelerin yapılamayacağını açık olarak belirtmesi gerekir (Haigh, 2013). Hastalara, servis kuralları ile ilgili bilgilendirme servise ilk yattığında sözlü ve yazılı olarak yapılmalıdır. Hemşireler, kuralların anlaşılabilmesi ve kabul edilebilmesi için hastaların sadece kuralları değil, aynı zamanda onların mantığını da anlamalarına yardımcı olmalıdırlar. Hemşireler servis kurallarının uygulanması yoluyla, bireylerin sorumluluklarını anlamalarına ve kabul etmeleri ile serviste güvenli ve tedavi edici bir ortam oluşturulmasını sağlayabilirler (Alexander, 2006).

2.5.4. Normlar

Normlar, bireyler arasındaki ilişkinin ne şekilde, nasıl yapılması ve devam etmesi gerektiğini belirleyen, amaçlara ulaşmayı sağlayan, sosyal değerleri koruyup sağlamlaştıran, toplumda yaşamı kolaylaştırma hedefi olan, düzeni sağlayan ve davranışları şekillendiren ortak kurallardır (Avcıkurt, B. Şahin, S. Şahin, 2010; Öztürk, 2011). Psikiyatri servislerinde bulunması gereken belli başlı normlar; güvenliğin sağlanması, mahremiyetin korunması, şiddet olmayan davranış, saygı, kişiyi bir birey olarak benimsemek ve sorumluluk sahibi olma olarak sayılabilir (Öztürk, 2011).

2.5.5. Sorumluluk

Psikiyatri servislerinde yapılan uğraşlarla ilgili kararları hastanın kendisi değil de bir başkasının alması hastaların bağımlı davranışlarını desteklemektedir. Hastalara servis ortamında ne zaman ne yapacağı (günlük yaşam aktiviteleri gibi) söylenmesi de bağımlı davranışı arttırmaktadır. Bu nedenle personel kontrolünün azaltılması ile bireyin sorumluluk alma davranışını kazanması desteklenmiş olur (Oflaz, 2006). Ayrıca servis ortamında hastalara sorumluluk verilmesi hastaların özgüvenlerini arttırmaktadır (Koovisto, Janhonen ve Vaisanen, 2004).

Bireyin sosyalleşmesi yoluyla da sorumluluk alma davranışı desteklenebilir. Bunun için psikiyatri hemşiresi grup terapileri, sosyal toplantılar, psikoeğitim grupları gibi düzenlemeler yapılabilirler (Öztürk, 2011).

2.5.6. Sınırlar

Sınırları koyma, tedavi edici ortam oluşturmanın temel faktörüdür (Bozkurt, 1998). Servis ortamında sınırları oluşturma, servis ortamında onaylanan ve onaylanmayan eylemleri açıklar ve kendine zarar verme, saldırganlık, sigara içme, cinsel davranışlar, tedaviye uyumsuz davranışlar sınır konulması gereken davranışlardır (Alexander ve Bowers, 2004; Of laz, 2006). Hasta, bağımlılık ve bağımsızlık konusunda da sınırlanmalı ve desteklenmelidir (Of laz, 2006). Ayrıca tedavi edici ortamda kontrolü sağlamak, servis ortamında güvenliği ve sakinliği sağlamak için de sınırlamalar gerekmektedir (Alexander ve Bowers, 2004; Koovisto

ve ark., 2004). Psikiyatri hemşiresi servis ortamında hastaların sınırlarını oluşturmak amacıyla kuralları kullanmaktadır ve kuralların anlaşılır olması, gerektiğinde kurallar, normlar ve sınırların esnekliğe sahip olması gerekir (Alexander ve Bowers, 2004). Psikiyatri servislerinde hastaların gereksinimlerine yönelik bakım verilmesi ve esneklik sağlanması ile, hasta bir konuda katı kurallar yerine, kendisine tolerans gösterildiğinde kendisine değer verildiğini anlar ve tedavi edici ortamın geliştirilmesine katkı sağlamış olur (Oflaz, 2006; Alexander ve Bowers, 2004).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma; psikiyatri servisinde yatan hastaların bazı sosyodemografik, hastaneye yatma ve hastalık özelliklerinin servis ortamı algılarına etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Hastanede, açık erkek servisinin olduğu A1 binası, kapalı erkek servisinin olduğu E1 binası, açık ve kapalı kadın servislerinin olduğu K1 binası, Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM), Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Eğitim ve Destek Merkezi (ÇEMATEM) ve nöroloji servisleri bulunmaktadır. Hastanede aktif çalışan hemşire sayısı 131'dir.

K1 açık servisi 44 yataklı olup, kapalı servisi 35 yataklıdır. K1 servisinde hafta içi dört gün günaydın toplantısı, haftada üç gün spor aktivitesi, Cuma günleri sinema etkinliği, haftada üç kez resim etkinliği ve Çarşamba günleri Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) bilgilendirme toplantısı yapılmaktadır.

A1 servisi 48 yataklıdır. A1 servisinde hafta içi her gün sabah günaydın toplantısı yapılmaktadır ve sabah 10.00–10.30 arası hastalar için çay saatidir.

Serviste pazartesi, Cuma günleri doktor viziti yapılmakta ve aynı günler müzik hocası gelmektedir. Hafta içi her gün resim ve spor etkinliği yapılmakta, yine hafta içi her gün 11.00 –12.00 arası hemşireler tarafından kitap okuma saati yapılmaktadır.

E1 binası ise toplam 65 yataklıdır. AMATEM servisinde ceza puanı uygulaması vardır ve 100 puan dolunca zorunlu taburculuk yapılmaktadır. AMATEM, ek bir psikiyatrik hastalığı olmayan, sadece bağımlılığı olan hastaların yattığı bir servistir.

Hastane ziyaret saatleri 13.30–15.30 arası, hafta sonu ek olarak 10.00 – 12.00 arası da ziyaret saati olarak belirlenmiştir.

Araştırma, Eylül 2016 – Ocak 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri yetişkin hasta servislerinde en az 10 gündür yatan hastalar oluşturmaktadır. G*Power programı kullanılarak yapılan Power analizi sonucunda ilişki boyutu alt ölçeği olan spontanlık parametresi için etki büyüklüğü (effect size) 0.2581 ve SD: 2.13 alındığında Power:0.80 ve α :0.05 için örneklem sayısı minimum N: 150 olarak saptanmıştır. Araştırma, toplam 150 hasta üzerinde tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum) ve hastaneye yatma (hastaneye yatış şekli, hastanede yatış süresi, hastanede yatış sayısı) ve hastalıkla ilgili özellikler (tıbbi tanı) oluşturmaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkenlerini; servis ortamı alt ölçekleri puan ortalamaları oluşturmaktadır.

3.5. Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

3.5.1. Dahil Etme Kriterleri

Örnekleme dahil etme kriterleri:

- Türkçe konuşabiliyor ve anlayabiliyor olmak,
- Erişkin hasta olmak (18 yaş ve üzeri),
- Psikiyatri erkek açık servisi (A1) ve kadın açık servisinde (K1) en az on gündür yatıyor olmak,
- Bilişsel fonksiyonlarının, anket sorularını doğru anlayıp yanıt verebiliyor düzeyde olması.

3.5.2. Dışlama Kriterleri

- AMATEM, ÇEMATEM ve kapalı erkek (E1) servislerinde yatıyor olmak.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, kişisel bilgi formu ve Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ) ile toplanmıştır (EK-1).

Kişisel Bilgi Formu: Kişisel bilgi formunda, araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan bazı sosyodemografik (*yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, kiminle yaşadığı, çalışma durumu*), hastaneye yatma ve hastalık ile ilgili özellikler (*hastaneye yatış şekli, hastaneye kaçınıcı yatışı olduğu, daha önce başka bir hastanede yatıp yatmadığı, ne kadar süredir hastanede yattığı ve hangi hastalık nedeniyle hastanede yattığı*) gibi bilgiler yer almakta ve toplam 12 sorudan oluşmaktadır.

Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ): R.H. Moss (1974) tarafından psikiyatri servis ortamını değerlendirmek amacıyla geliştirilen “the Ward Atmosphere Scale- Form R isimli ölçek, toplam 100 maddeden oluşmaktadır. Ancak 3 madde (93, 96 ve 97. maddeler) değerlendirmeye alınmadığı için 97 madde üzerinden puan hesabı yapılmaktadır (Bozkurt, 1998). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Bozkurt (1998) tarafından yapılan ölçeğin on altı ölçeği bulunmaktadır. Bunlar; katılım, destek, spontanlık, otonomi, pratik yönelim, kişisel sorun yönelimi, öfke ve saldırganlık, düzen ve organizasyon, programın açıklığı ve çalışan kontrolüdür. Bu on altı ölçek ilişki, kişilik gelişimi ve sistemin işleyişi olmak üzere üç ana boyuttan oluşmaktadır. “İLİŞKİ” boyutu katılım, destek ve spontanlık alt ölçeklerini içermektedir. “KİŞİLİK GELİŞİM” boyutu, otonomi (özerklik), pratik yönelim, kişisel sorun yönelimi ve öfke ve saldırganlık alt ölçeklerini içermektedir. “SİSTEMİN İŞLEYİŞİ” boyutu, düzen ve organizasyon, programın açıklığı ve çalışan kontrolü alt ölçeklerini içermektedir. SOÖ’nün üç formu bulunmaktadır (Bozkurt 1998). Bunlar:

- Real Form (Form R): Hasta ve çalışanların var olan tedavi programına bakışını ölçmektedir.

- Ideal Form (Form I): Hasta ve çalışanların ideal tedavi ortamları hakkındaki tercihlerini ölçmektedir.
- Expectations Form (Form E): Kişilerin dahil oldukları bir tedavi programı hakkında tercihlerini ölçmektedir.

İki nokta (yanlış-doğru) cevap formatlı ölçekte, Doğru cevap (1) , yanlış cevap (0) puan şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçeğin toplam puanı yoktur.

Servis Ortamı Ölçeğindeki boyutların ve alt ölçeklerin tanımı şu şekildedir (Bozkurt 1998):

- İlişki Boyutu: Programdaki kişiler arası ilişkilerin yoğunluğuna ve doğasına odaklanmaktadır.
1. *Katılım (KA)*: Hastaların birbirleri ile ilişkisi dahilinde kişisel ve ortamın bir üyesi olarak günlük sürdürdükleri sosyal fonksiyonlarda ne kadar aktif ve enerjik olduklarının ölçümüdür. Genel heyecan, istek, ekip ruhu ve ortamdaki özgüvenleri saptanmaktadır. KA alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 1,11,21,31,41,51,61,71,81,91'dir. KA alt ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, hastalar için $\alpha = 0,70$ 'dir. Çalışmamızda Kuder Richardson-20 değerine bakılmış ve KR-20: 0,552 olduğu belirlenmiştir. Katılım alt ölçeğinden elde edilecek en düşük puan: 0 ve en yüksek puan ise, 10'dur (min: 0- max: 10). Bu alt ölçek puan ortalamasının yüksek olması, serviste hastaların aktivitelere katılımda gösterdikleri isteğin fazla ve özgüvenin de yüksek olduğunu göstermektedir (Bozkurt 1998).
 2. *Destek (DE)*: Hastaların birbirlerine karşı ne kadar destekleyici ve yardımcı oldukları, çalışanların hasta gereksinimlerini ne kadar anladıkları, hastayı cesaretlendirmeyi ne kadar istediklerini ölçmektedir. DE alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 2,12,22,32,42,52,62,72,82,92'dir. DE alt ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı; hastalar için $\alpha = 0,66$ 'dir. Çalışmamızda, KR-20: 0,447 olduğu belirlenmiştir. Destek alt ölçeğinden elde edilecek en düşük puan: 0 ve en yüksek puan ise; 10'dur (min: 0- max: 10). Bu alt ölçekte puan ortalamasının

yüksek olması, hastaların birbirlerini desteklediği ve çalışanların da hastaları destekleyip yardımcı olduklarını göstermektedir (Bozkurt 1998).

3. *Spontanlık (SP)*: Ortamın hastaları ve çalışanları ne kadar açık davranmaya yönelttiği ve diğer hastalara ve çalışanlara duygularını ne kadar özgürce ifade edebildiklerini ölçer. SP alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 3,13,23,33,43,53,63,73,83,93'dür. SP alt ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı, hastalar için $\alpha = 0,29$ olarak saptanmıştır. Çalışmamızda KR-20: 0,292 olarak belirlenmiştir. Spontanlık alt ölçeğinden elde edilecek en düşük puan: 0 ve en yüksek puan ise, 9'dur (min: 0- max: 9). Bu alt ölçek puan ortalamasının yüksek olması, hastaların özgürce konuşup duygularını ifade edebildiklerini göstermektedir (Bozkurt 1998).

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

4. *Otonomi (özerklik) (OT)*: Hastaların kendi kararlarını almada ne kadar özgüvenli ve bağımsız olduklarını, hastaların sorumluluklarını ve kendi yönetimini ne kadar istediklerini ölçer. OT alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 4,14,24,34,44,54,64,74,84,94'dür. OT alt ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı; hastalar için $\alpha = 0,01$ olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ise, KR-20: 0,351 olarak belirlenmiştir. Otonomi alt ölçeğinden elde edilecek en düşük puan: 0 ve en yüksek puan ise, 10'dur (min: 0- max: 10). Bu alt ölçekte puan ortalamasının yüksek olması, hastaların kendi işlerini yapmada daha istekli oldukları ve sorumluluk alabildiklerini göstermektedir (Bozkurt 1998).

5. *Pratik Yönelim (PY)*: Hastaların programdan ayrılmaya ve toplumsal yaşama ne kadar hazır olduklarını ölçer. PY alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 5,15,25,35,45,55,65,75,85,95'dir. PY alt ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı, hastalar için $\alpha = 0,60$ olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ise, KR-20: 0,500 olarak belirlenmiştir. Pratik yönelim alt ölçeğinden elde edilecek en düşük puan: 0 ve en yüksek puan ise, 10'dur (min: 0- max: 10). Bu alt ölçek puan ortalamasının yüksek olması, hastaların taburculuğa ve toplumsal hayata daha hazır olduklarını göstermektedir (Bozkurt 1998).

6. *Kişisel Sorun Yönelimi (KSY)*: Hastaların duygularını ve kişisel problemlerini anlama çabaları ve bunları diğer hastalarla ve çalışanlarla konuşmaya ne kadar cesaretli olduklarını ölçer KSY alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 6,16,26,36,46,56,66,76,86,96'dır. KSY alt ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı; hastalar için $\alpha = 0,49$ olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda ise, KR-20: 0,408 olarak saptanmıştır. Kişisel sorun yönelimi alt ölçeğinden elde edilecek en düşük puan, 0 ve en yüksek puan ise, 9'dur (min: 0- max: 9). Bu alt ölçek puan ortalamasının yüksek olması, hastaların kendi sorunlarını daha iyi anlayabildiklerini ve bunu diğer hastalarla rahatça paylaşabildiklerini göstermektedir (Bozkurt 1998).

7. *Öfke ve Saldırganlık (ÖS)*: Hastaların başka hastalarla ve ekiple tartışmaları, öfkelerini açıkça ifade etmeleri ve saldırganlık gösterme düzeylerini ölçer ÖS alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 7,17,27,37,47,57,67,77,87,97'dir. ÖS alt ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı; hastalar için $\alpha = 0,15$ olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ise, KR-20: 0,386 olarak belirlenmiştir. Öfke ve saldırganlık alt ölçeğinden elde edilebilecek en düşük puan, 0 ve en yüksek puan ise, 9'dur (min: 0- max: 9). Bu alt ölçek puan ortalamasının yüksek olması, ortamda öfkeli ve saldırgan davranışların fazla olduğunu göstermektedir. Öfke ve saldırganlık tedavi edici değildir ve bu puanın düşük olması önerilmektedir (Alexander, 2006; Middelboe ve ark. 2001).

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

8. *Düzen ve Organizasyon (DO)*: Ortamda düzen ve organizasyona ne kadar önem verildiğinin hasta ve çalışanlarca ifadesidir. DO alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 8,18,28,38,48,58,68,78,88,98'dir. DO alt ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı; hastalar için $\alpha = 0,72$ olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda ise, KR-20: 0,656 olarak saptanmıştır. Düzen ve organizasyon alt ölçeğinden elde edilecek en düşük puan, 0 ve en yüksek puan ise, 10'dur (min: 0-max: 10). Bu alt ölçek puan ortalamasının yüksek olması, hastaların ortamı daha düzenli algıladıklarını göstermektedir (Bozkurt 1998).

9. *Programın Açıklığı (PA)*: Hastaların programın günlük işleyişini, bundan neler bekleyeceğini bilme düzeylerini ve ortamdaki kuralların ve işleyişin nasıl uygulanacağını anlama düzeylerini ölçer. PA alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 9,19,29,39,49,59,69,79,89,99'dur. PA alt ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı; hastalar için $\alpha = 0,64$ olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ise, KR-20: 0,444 olarak belirlenmiştir. Programın açıklığı alt ölçeğinden elde edilecek en düşük puan, 0 ve en yüksek puan ise, 10'dur (min: 0- max: 10). Bu alt ölçekte puan ortalamasının yüksek olması, hastaların ortam kuralları ve işleyişini daha iyi anladıklarını göstermektedir (Bozkurt 1998).

10. *Çalışan Kontrolü (ÇK)*: Servis çalışanlarının hastaları gerekli kontrol altında tutmakta kullandıkları ölçütlerin derecesidir. ÇK alt ölçeğinin SOÖ'deki madde numaraları; 10,20,30,40,50,60,70,80,90,100'dür. ÇK alt ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı; hastalar için $\alpha = 0,13$ olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ise, KR-20: 0,116 olarak belirlenmiştir. Çalışan kontrolü alt ölçeğinden elde edilecek en düşük puan, 0 ve en yüksek puan ise, 10'dur (min: 0- max: 10). Bu alt ölçek puan ortalamasının yüksek olması, çalışanların hastaları kontrol altında tutmak için daha fazla yöntem ve yaptırım uyguladıklarını gösterir. Bu alt ölçek puan ortalamasının düşük olması önerilmektedir (Middelboe ve ark. 2001).

3.7.Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapıldığı hastanenin, İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli kurum izni alındıktan sonra (EK 2), hemşirelerden en az 10 gündür serviste yatmakta olan hastalar öğrenilmiştir. Veriler, en az 10 gündür yatan hastalardan sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Hastaların tıbbi tanıları, hasta dosyası ve hastanın doktorundan elde edilmiştir. Anket ve ölçeklerin doldurulması ortalama 35- 40 dakika sürmüştür, hastalara istedikleri zaman ara verebilecekleri söylenmiştir. Üç hasta bir kez, bir hasta ise, iki kez ara vermiş olup, diğer hastalar ise, hiç ara vermeden anketleri tamamlamıştır. Araştırmada veriler, Mayıs- Eylül 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen parametrelerin (eğitim düzeyi, ekonomik durum, hastanın kiminle yaşadığı ve tıbbi tanı) gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin (cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, hastaneye yatış şekli, daha önce başka bir bölüme yatma durumu) iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk gösteren parametreler (yaş) arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi, normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler (hastaneye yatış sayısı, hastanede kalma süresi) arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Bunlar; bu çalışma sadece İstanbul'da bir psikiyatri hastanesinde yapılmıştır. Bu nedenle bu bulgular, Türkiye'deki tüm psikiyatri hastanelerinde ya da psikiyatri servislerinde yatan hastalara genellenemez. Bu nedenle çok merkezli ve daha geniş örnekleme bu çalışmanın tekrarlanması sonuçların genellenmesini kolaylaştıracaktır. Ayrıca bu çalışma sadece ilgili hastanenin açık servislerinde yatan hastalar üzerinde yapılmıştır. Bu nedenle hastanelerin kapalı servislerinde ve AMATEM'de yatan hastalar üzerinde de yapılması, bu hastalardaki servis ortamı algıları ile ilgili mevcut durumu ortaya koyacaktır. Ayrıca kapalı servislerde yatan hastalar üzerinde yapılacak çalışmada, daha kısa ve o hastalara yönelik geliştirilen bir ölçme aracının kullanılması, verilerin güvenilirliğini artıracaktır. Bu çalışmadan elde edilen veriler sadece hasta ifadelerine dayalıdır. Bu nedenle hastalar servis ortamını değerlendirirken daha olumlu ya da olumsuz değerlendirmiş olabilirler.

3.10. Etik Kurul İzni

Araştırmaya başlamadan önce, Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (2018.001.IRB3.001 nolu karar) onay alınmıştır (Ek 3). Araştırmanın ilgili kurumda yapılabilmesi için yazılı başvuru yapılmış, yazılı onay alınmıştır (Ek 2). Araştırmaya katılan hastalara yazılı ve szli bilgilendirme yapıldıktan sonra aydınlatılmış onamları alınmıştır.



4. BULGULAR

Tablo 4. 1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Min-Max	Ort±SS
<i>Yaş</i>	18-68	35,97±11,2
<i>Cinsiyet</i>	<u>N</u>	<u>%</u>
Kadın	83	55,3
Erkek	67	44,7
<i>Medeni durum</i>		
Evli	52	34,7
Bekar	98	65,3
<i>Eğitim durumu</i>		
Okur yazar değil	6	4,0
İlkokul	34	22,7
Ortaokul	29	19,3
Lise	43	28,7
Üniversite	38	25,3
<i>Ekonomik durum</i>		
Düşük	45	30,0
Orta	94	62,7
Yüksek	11	7,3
<i>Çalışma durumu</i>		
Evet	35	23,3
Hayır	115	76,7
<i>Kiminle yaşadığı</i>		
Anne-baba	73	48,7
Eş	41	27,3
Yalnız	12	8,0
Akraba	11	7,3
Diğer*	13	8,7
Toplam	150	100,0

* Yurt, kardeş, arkadaş

Tablo 4.1.'de çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan hastaların, yaşlarının 18 ile 68 arasında değiştiği ve ortalama $35,97 \pm 11,2$ olduğu, % 55,3'ünün kadın ve % 44,7'sinin erkek olduğu saptanmıştır. Hastaların % 34,7'sinin evli, % 28,7'inin lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Hastaların % 62,7'sinin orta gelirli olduğu, %76,7'sinin çalışmadığı ve hastaların en fazla (% 48,7) evde anne-baba ile yaşadıkları saptanmıştır.

Tablo 4. 2. Hastaların Hastaneye Yatma ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

	Min-Max	Ort±SS
<i>Hastaneye yatış sayısı</i>	1-40	4,02±5,5
<i>Hastanede kalma süresi (gün)</i>	10-55	18,07±8,2
<u>Yatış şekli</u>	N	%
Kendi isteği ile	94	62,7
Kendi isteği dışında	56	37,3
<u>Daha önce psikiyatri dışında bir bölüme yatış durumu</u>		
Evet	69	46,0
Hayır	81	54,0
<u>Tıbbi tanı</u>		
Şizofreni	63	42,0
Bipolar bozukluk	44	29,3
Mojo depresif bozukluk	26	17,3
Diğer*	17	11,4
Toplam	150	100,0

* Anksiyete bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, disosiyatif bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, uyum bozuklukları

Tablo 4.2'de Hastaların Hastaneye Yatma ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı görülmektedir. Hastaların ortalama hastaneye yatış sayısının $4,02 \pm 5,5$ olduğu, ortalama yatış gün sayısının $18,07 \pm 8,22$ olduğu ve hastaların % 62,7'sinin hastaneye kendi istekleri ile yattıkları ve %54'ünün daha önce başka bir bölüme yatmadığı belirlenmiştir. Hastaların en fazla (%42,0) şizofreni tanısı ile yattıkları, bunu bipolar bozukluk (%29,3) tanısının izlediği, %17,3'ünün major depresif

bozukluk tanısı ve %11,4'ünün ise diğer tanı grubundaki bir tanı nedeniyle yattıkları görülmektedir.

Tablo 4.3'de Hastaların Servis Ortamı Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı görülmektedir. Hastaların Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ) İlişki Boyutu'ndaki alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında; Katılım alt ölçek puan ortalamasının $5,37\pm 2,09$; Destek alt ölçeği puan ortalamasının $6,36\pm 1,86$ ve Spontanlık alt ölçeği puan ortalamasının $4,59\pm 1,64$ olduğu saptanmıştır. Kişilik Gelişim Boyutu'ndaki alt ölçeklere bakıldığında da; Otonomi alt ölçek puan ortalamasının $3,65\pm 1,78$; Pratik yönelim alt ölçeği puan ortalamasının $5,65\pm 2,00$; Kişisel sorun yönelimi alt ölçeği puan ortalamasının $4,73\pm 1,72$ ve Öfke ve saldırganlık alt ölçek puan ortalamasının $4,09\pm 1,83$ olduğu belirlenmiştir. Sistemin İşleyişi Boyutu'ndaki alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise; Düzen ve organizasyon alt ölçek puan ortalamasının $6,80\pm 2,24$, Programın açıklığı alt ölçeği puan ortalamasının $6,23\pm 1,83$, Çalışan kontrolü alt ölçeği puan ortalamasının $6,13\pm 1,47$ olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. 3. Hastaların Servis Ortamı Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=150)

Boyutlar	Alt Ölçekler	Min-Max	Ort±SS
İlişki Boyutu	Katılım	0-10	$5,37\pm 2,09$
	Destek	1-10	$6,36\pm 1,86$
	Spontanlık	0-9	$4,59\pm 1,64$
Kişilik Gelişim	Otonomi	0-8	$3,65\pm 1,78$
	Pratik yönelim	0-10	$5,65\pm 2,00$
Boyutu	Kişisel sorun yönelimi	0-8	$4,73\pm 1,72$
	Öfke ve saldırganlık	0-8	$4,09\pm 1,83$
Sistemin İşleyişi	Düzen ve organizasyon	1-10	$6,80\pm 2,24$
Boyutu	Programın açıklığı	1-10	$6,23\pm 1,83$
	Çalışan kontrolü	1-9	$6,13\pm 1,47$

Tablo 4. 4. Hastaların Cinsiyetine Göre Servis Ortamı Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Alt Ölçekler	Cinsiyet		U	P
	Kadın	Erkek		
	Ort±SS	Ort±SS		
Katılım	5,20±2,03	5,58±2,15	2407,5	0,154
Destek	6,22±1,85	6,54±1,87	2472,5	0,237
Spontanlık	4,83±1,79	4,30±1,38	2253,0	0,042*
Otonomi	3,59±1,80	3,73±1,77	2653,5	0,626
Pratik yönelim	5,80±1,90	5,48±2,11	2670,0	0,672
Kişisel sorun yönelimi	4,95±1,67	4,45±1,75	2330,5	0,083
Öfke ve saldırganlık	4,24±1,87	3,90±1,78	2460,0	0,220
Düzen ve organizasyon	6,39±2,44	7,31±1,85	2215,0	0,030*
Programın açıklığı	6,06±1,93	6,45±1,69	2515,0	0,308
Çalışan kontrolü	5,99±1,48	6,30±1,45	2467,5	0,225

Mann whitney U Test * $p < 0,05$

Hastaların cinsiyetine göre SOÖ alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.4); iki alt ölçek (Spontanlık ve Düzen ve Organizasyon) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu; kadınların Spontanlık alt ölçek puan ortalamalarının (4,83±1,79) erkeklerden (4,30±1,38) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu (U:2253,0; P=0,042), erkeklerin Düzen ve Organizasyon alt ölçek puan ortalamalarının (7,31±1,85) ise kadınlardan (6,39±2,44) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (U: 2215,0; P=0,030).

Katılım, Destek, Otonomi, Pratik Yönelim, Kişisel Sorun Yönelimi, Öfke ve Saldırganlık, Program Açıklığı ve Çalışan Kontrolü alt ölçek puan ortalamaları açısından kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4. 5. Hastaların Medeni Durumuna Göre Servis Ortamı Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Medeni durum		U	P
	Evli	Bekar		
	Ort±SS	Ort±SS		
Katılım	5,71±1,94	5,19±2,15	2152,5	0,114
Destek	6,69±1,70	6,18±1,92	2214,5	0,181
Spontanlık	4,58±1,71	4,60±1,61	2506,5	0,867
Otonomi	3,85±1,75	3,55±1,80	2307,0	0,335
Pratik yönelim	5,73±2,00	5,61±2,00	2502,0	0,854
Kişisel sorun yönelimi	4,92±1,41	4,62±1,86	2302,0	0,322
Öfke ve saldırganlık	3,92±1,83	4,17±1,83	2346,0	0,419
Düzen ve organizasyon	7,17±2,06	6,60±2,31	2159,0	0,120
Programın açıklığı	6,62±1,93	6,03±1,76	2031,5	0,038*
Çalışan kontrolü	6,19±1,53	6,09±1,44	2454,0	0,704

Mann whitney U Test * $p < 0,05$

Hastaların medeni durumlarına göre SOÖ alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında (Tablo 4.5); Programın Açıklığı alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu, evli hastaların Programın Açıklığı alt ölçek puan ortalamalarının (6,62±1,93), bekar hastalardan (6,03±1,76) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (U: 2031,5; P=0,038).

Katılım, Destek, Spontanlık, Otonomi, Pratik Yönelim, Kişisel Sorun Yönelimi, Öfke ve Saldırganlık, Düzen ve Organizasyon ve Çalışan Kontrolü alt ölçek puan ortalamaları açısından evli ve bekar hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4. 6. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Servis Ortamı Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Alt Ölçekler	Eğitim durumu				KW	P
	İlkokul Ort±SS	Ortaokul Ort±SS	Lise Ort±SS	Üniversite Ort±SS		
Katılım	5,94±1,46	5,69±2,30	4,88±2,10	5,11±2,41	6,243	0,100
Destek	6,68±1,53	6,10±2,32	6,37±1,76	6,24±1,92	1,220	0,748
Spontanlık	4,74±1,40	4,72±1,69	4,67±1,70	4,29±1,83	1,367	0,713
Otonomi	4,47±1,48	3,38±1,84	3,53±1,67	3,13±1,91	10,830	0,013*
Pratik yönelim	5,91±1,78	6,41±1,78	5,37±2,16	5,05±1,99	9,260	0,026*
Kişisel sorun yönelimi	5,06±1,39	4,41±2,04	4,63±1,48	4,66±2,02	2,725	0,436
Öfke ve saldırganlık	4,03±1,68	3,48±1,94	4,44±1,64	4,08±2,07	5,335	0,149
Düzen ve organizasyon	7,24±1,62	7,00±2,43	6,67±2,41	6,37±2,47	2,052	0,562
Programın açıklığı	6,62±1,52	6,31±1,71	5,63±1,88	6,61±2,02	6,915	0,075
Çalışan kontrolü	6,50±1,40	5,93±1,46	6,21±1,46	5,89±1,61	3,341	0,342

Kruskal wallis testi * $p < 0,05$

Hastaların eğitim durumlarına göre SOÖ alt ölçek puan ortalamaları Tablo 4.6'da yer almaktadır. Tablo 4.6'daki verilere bakıldığında; ilkokul mezunu olan hastaların Otonomi alt ölçek puan ortalamalarının (4,47±1,48), ortaokul (3,38±1,84), lise (3,53±1,67) ve üniversite (3,13±1,91) mezunu olan hastalardan daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (KW: 10,830; P=0,013). Yapılan Mann Whitney U testinde, farkın ilkokul mezunu olan hastalardan kaynaklandığı ve ilkokul ile diğer eğitim düzeyleri [ilkokul-ortaokul (U=317,500; P=0,014), ilkokul-lise (U=514,000; P=0,024), ilkokul-üniversite (U=380,000; P=0,002)] arasında olduğu saptanmıştır.

Ortaokul mezunu hastaların Pratik Yönelim alt ölçek puan ortalamalarının (6,41±1,78), ilkokul (5,91±1,78), lise (5,37±2,16) ve üniversite (5,05±1,99) mezunu olan hastalardan daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (KW: 9,260; P=0,026). Yapılan Mann Whitney U testinde, farkın ortaokul mezunu olan hastalardan kaynaklandığı ve ortaokul ile lise (u=439,500; P=0,032) ve ortaokul ile üniversite (u=337,500;

P=0,006) mezunu hastalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu; ortaokul ile ilköğretim mezunu hastalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Hastaların eğitim düzeyleri ile Katılım, Destek, Spontanlık, Kişisel Sorun Yönelimi, Öfke ve Saldırganlık, Düzen ve Organizasyon, Programın Açıklığı ve Çalışan Kontrolü alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4. 7. Hastaların Ekonomik Durumuna Göre Servis Ortamı Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Alt Ölçekler	Ekonomik durum			KW	P
	Az	Orta	Yüksek		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Katılım	5,58±2,04	5,23±2,15	5,73±1,74	1,160	0,560
Destek	6,33±2,02	6,40±1,80	6,09±1,81	0,365	0,833
Spontanlık	4,76±1,54	4,54±1,70	4,36±1,63	0,961	0,618
Otonomi	3,64±1,71	3,54±1,72	4,64±2,42	2,909	0,234
Pratik yönelim	5,82±2,09	5,65±1,97	5,00±1,84	2,413	0,299
Kişisel sorun yönelimi	4,44±1,56	4,87±1,74	4,64±2,16	2,791	0,248
Öfke ve saldırganlık	4,11±1,94	4,02±1,77	4,55±2,02	0,612	0,736
Düzen ve organizasyon	6,91±2,43	6,83±2,09	6,09±2,70	0,898	0,638
Programın açıklığı	5,91±1,90	6,43±1,76	5,91±2,12	2,681	0,262
Çalışan kontrolü	6,04±1,35	6,21±1,51	5,73±1,62	1,917	0,383

Kruskal wallis testi

Hastaların ekonomik durumlarına göre SOÖ alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.7) eğitim düzeyi ile SOÖ alt ölçekleri (Katılım, Destek, Spontanlık, Otonomi, Pratik Yönelim, Kişisel Sorun Yönelimi, Öfke ve Saldırganlık, Düzen ve Organizasyon, Programın Açıklığı ve Çalışan Kontrolü) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 4.8’de hastaların çalışma durumlarına göre SOÖ alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; çalışma durumu ile SOÖ alt ölçekleri (Katılım, Destek, Spontanlık, Otonomi, Pratik Yönelim, Kişisel Sorun Yönelimi, Öfke ve Saldırganlık,

Düzen ve Organizasyon, Programın Açıklığı ve Çalışan Kontrolü) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Hastaların kiminle yaşadığına göre SOÖ alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında (Tablo 4.9) hastaların yaşadığı kişi ile SOÖ alt ölçekleri (Katılım, Destek, Spontanlık, Otonomi, Pratik Yönelim, Kişisel Sorun Yönelimi, Öfke ve Saldırganlık, Düzen ve Organizasyon, Programın Açıklığı ve Çalışan Kontrolü) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 8. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Servis Ortamı Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Alt Ölçekler	Çalışma durumu		U	P
	Evet	Hayır		
	Ort±SS	Ort±SS		
Katılım	5,86±2,29	5,23±2,01	1696,0	0,155
Destek	6,54±1,69	6,30±1,91	1913,0	0,654
Spontanlık	4,37±1,80	4,66±1,59	1834,5	0,419
Otonomi	3,43±1,67	3,72±1,82	1834,0	0,421
Pratik yönelim	5,51±2,16	5,70±1,95	2002,0	0,962
Kişisel sorun yönelimi	4,37±1,68	4,83±1,72	1678,5	0,130
Öfke ve saldırganlık	4,00±1,68	4,11±1,88	1920,0	0,677
Düzen ve organizasyon	7,06±2,27	6,72±2,23	1826,0	0,401
Programın açıklığı	6,14±1,77	6,26±1,86	1886,5	0,570
Çalışan kontrolü	6,20±1,69	6,10±1,40	1919,0	0,670

Mann whitney U test

Tablo 4. 9. Hastaların Kiminle Yaşadığına Göre Servis Ortamı Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Alt Ölçekler	Kiminle yaşadığı					KW	P
	Anne-baba	Eş	Yalnız	Akraba	Diğer		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Katılım	5,23±2,07	5,80±2,03	5,17±2,37	5,45±2,02	4,92±2,29	3,613	0,461
Destek	6,22±1,80	6,71±1,76	6,58±2,27	6,18±1,54	6,00±2,38	2,710	0,608
Spontanlık	4,51±1,43	4,44±1,73	4,58±1,31	4,82±2,23	5,38±2,10	2,858	0,582
Otonomi	3,81±1,91	3,68±1,71	3,50±1,62	3,09±1,64	3,31±1,60	2,569	0,632
Pratik yönelim	5,41±2,11	5,76±1,92	6,08±1,68	6,00±1,73	6,00±2,16	2,414	0,660
Kişisel sorun yönelimi	4,45±1,81	5,15±1,35	4,67±1,97	5,27±1,27	4,54±2,15	5,661	0,226
Öfke ve saldırganlık	4,26±1,80	3,80±1,89	4,75±1,48	4,36±1,75	3,15±1,95	5,631	0,228
Düzen ve organizasyon	6,59±2,28	7,17±1,87	7,33±1,97	6,18±2,64	6,85±2,94	3,288	0,511
Programın açıklığı	6,01±1,83	6,59±1,90	6,75±1,22	5,64±1,86	6,38±2,02	4,494	0,343
Çalışan kontrolü	6,12±1,41	6,27±1,53	5,67±1,78	6,36±1,50	5,92±1,32	1,964	0,742

Kruskal wallis testi

Tablo 4. 10. Hastaların Hastaneye Yatış Şekline Göre Servis Ortamı Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Alt Ölçekler	Yatış şekli		U	p
	Kendi isteği ile	Kendi isteği dışında		
	Ort±SS	Ort±SS		
Katılım	5,63±2,01	4,95±2,17	2153,0	0,060
Destek	6,32±1,89	6,43±1,82	2505,5	0,618
Spontanlık	4,79±1,65	4,27±1,58	2197,5	0,085
Otonomi	3,68±1,75	3,61±1,86	2594,5	0,883
Pratik yönelim	5,74±1,98	5,50±2,04	2536,0	0,705
Kişisel sorun yönelimi	4,86±1,69	4,50±1,76	2355,5	0,274
Öfke ve saldırganlık	3,90±1,75	4,39±1,93	2244,0	0,127
Düzen ve organizasyon	6,85±2,03	6,71±2,57	2630,5	0,995
Programın açıklığı	6,48±1,88	5,82±1,70	1986,5	0,011*
Çalışan kontrolü	6,17±1,53	6,05±1,37	2456,5	0,485

Mann whitney U test

**p<0.05*

Tablo 4.10’da hastaların hastaneye yatış şekline göre SOÖ alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde; kendi isteği ile hastaneye yatan hastaların Programın Açıklığı alt ölçek puan ortalamalarının (6,48±1,88) kendi isteği dışında yatan hastaların puan ortalamalarından (5,82±1,70) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (U:1986,5; P=0,011).

Hastaların hastaneye yatış şekli ile Katılım, Destek, Spontanlık, Kişisel Sorun Yönelimi, Öfke ve Saldırganlık, Düzen ve Organizasyon ve Çalışan Kontrolü alt ölçek puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Hastaların daha önce başka bir bölüme yatışlarının olma durumuna göre SOÖ alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.11), daha önce başka bir bölüme yatışı olan hastalar ile daha önce başka bir bölüme yatışı olmayan hastaların SOÖ alt ölçekleri (Katılım, Destek, Spontanlık, Otonomi, Pratik Yönelim, Kişisel Sorun Yönelimi, Öfke ve Saldırganlık, Düzen ve Organizasyon, Program Açıklığı ve Çalışan Kontrolü) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Hastaların tıbbi tanılarına göre SOÖ alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.12), şizofreni tanısı olan hastaların Otonomi alt ölçek puan ortalamalarının (4,30±1,77), bipolar bozukluk (3,36±1,64), major depresif bozukluk (3,12±1,51) ve diğer tıbbi tanılarına (2,82±1,88) sahip hastalardan daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (KW:16,508; P=0,001). Yapılan Mann Whitney U testinde, farkın şizofreni tanısı konulan hastalardan kaynaklandığı ve şizofreni ile bipolar bozukluk (U=925,500; P=0,003), şizofreni ile major depresif bozukluk (U=486,000; P=0,002) ve şizofreni ile diğer tanı grubundaki hastalar (U=301,000; P=0,005) arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.

Bipolar bozukluk tanısı olan hastaların öfke ve saldırganlık alt ölçek puan ortalamalarının (4,75±1,57), şizofreni (3,70±1,82), majör depresif bozukluk (3,96±2,14) ve diğer tıbbi tanılarına sahip olan hastalardan (4,00±1,66) daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (KW: 8,876; P=0,031). Yapılan Mann Whitney U testinde, farkın bipolar bozukluk tanısı konulan hastalardan kaynaklandığı ve bipolar bozukluk tanısı

ile şizofreni tanısı konulan hastalar arasındaki farkın anlamlı olduğu ($U=925,000$; $P=0,003$) ancak majör depresif bozukluk ve diğer tanı grupları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Hastaların tıbbi tanıları ile katılım, destek, spontanlık, pratik yönelim, kişisel sorun yönelimi, düzen ve organizasyon, programın açıklığı ve çalışan kontrolü alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 11. Hastaların Daha Önce Başka Bir Bölüme Yatışı Olma Durumuna Göre Servis Ortamı Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Alt Ölçekler	Daha önce başka bir bölüme yatışı olma durumu		U	P
	Evet	Hayır		
	Ort±SS	Ort±SS		
Katılım	5,36±1,99	5,38±2,18	2752,0	0,871
Destek	6,52±1,78	6,22±1,92	2580,5	0,413
Spontanlık	4,58±1,62	4,60±1,66	2755,0	0,879
Otonomi	3,51±1,75	3,78±1,81	2489,0	0,243
Pratik yönelim	5,59±1,95	5,70±2,05	2660,0	0,607
Kişisel sorun yönelimi	4,96±1,74	4,53±1,69	2429,0	0,161
Öfke ve saldırganlık	3,81±1,70	4,32±1,92	2398,0	0,130
Düzen ve organizasyon	7,03±2,13	6,60±2,32	2506,0	0,270
Programın açıklığı	6,32±1,73	6,16±1,93	2680,5	0,663
Çalışan kontrolü	5,99±1,59	6,25±1,36	2593,5	0,437

Mann whitney U test

Tablo 4. 12. Hastaların Tıbbi Tanıya Göre Servis Ortamı Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Alt Ölçekler	Tıbbi tanı				KW	P
	Şizofreni	Bipolar bozukluk	Major depresif bozukluk	Diğer		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Katılım	5,84±2,02	5,09±1,84	4,77±2,30	5,29±2,39	6,337	0,096
Destek	6,51±1,88	6,23±1,74	6,31±1,64	6,24±2,44	0,641	0,887
Spontanlık	4,75±1,56	4,36±1,54	4,38±1,39	4,94±2,41	2,642	0,450
Otonomi	4,30±1,77	3,36±1,64	3,12±1,51	2,82±1,88	16,508	0,001*
Pratik yönelim	5,81±1,90	5,59±2,16	5,38±2,14	5,65±1,80	0,912	0,822
Kişisel sorun yönelimi	4,75±1,72	4,80±1,46	5,04±1,51	4,00±2,45	2,294	0,514
Öfke ve saldırganlık	3,70±1,82	4,75±1,57	3,96±2,14	4,00±1,66	8,876	0,031*
Düzen ve organizasyon	7,22±2,04	6,61±2,36	6,42±2,25	6,29±2,52	3,823	0,281
Programın açıklığı	6,25±1,69	6,05±1,92	6,50±2,00	6,24±1,95	1,120	0,772
Çalışan kontrolü	6,22±1,53	5,82±1,43	6,50±1,30	6,00±1,50	4,389	0,222

Kruskal wallis testi

**p<0,05*

Tablo 4.13’de hastaların yaş gruplarına göre SOÖ alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde; yaş ile düzen ve organizasyon alt ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, %19,6 düzeyinde zayıf ($r: 0,196$; $P=0,016$), yaş ile programın açıklığı alt ölçek puan ortalamaları arasında da pozitif yönlü, %19,6 düzeyinde zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r: 0,196$; $P=0,016$). Yaş ile Katılım, Destek, Spontanlık, Otonomi, Pratik Yönelim, Kişisel Sorun Yönelimi, Öfke ve Saldırganlık ve Çalışan Kontrolü alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastanaeye yatış sayısı ile Öfke ve Saldırganlık alt ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, %33,3 düzeyinde orta güçlükte ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r: 0,333$; $P=0,000$). Hastaneye yatış sayısı ile Katılım, Destek, Spontanlık, Otonomi, Pratik Yönelim, Kişisel Sorun Yönelimi, Düzen ve

Organizasyon, Programın Açıklığı ve Çalışan Kontrolü alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Hastaların hastanede kalma süreleri ile Katılım, Destek, Spontanlık, Otonomi, Pratik Yönelim, Kişisel Sorun Yönelimi, Öfke ve Saldırganlık, Düzen ve Organizasyon, Programın Açıklığı ve Çalışan Kontrolü alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4. 13. Yaş, Hastaneye Yatış Sayısı, Hastanede Kalma Süresi Parametreleri ile Servis Ortamı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının İlişkisi (N=150)

Alt Ölçekler		Yaş	Hastaneye yatış sayısı ⁺	Hastanede kalma süresi (gün) ⁺
Katılım	r	0,102	0,020	0,043
	p	0,212	0,807	0,604
Destek	r	0,103	0,024	0,078
	p	0,211	0,768	0,340
Spontanlık	r	-0,038	-0,050	0,067
	P	0,647	0,544	0,419
Otonomi	R	0,085	0,055	0,149
	P	0,299	0,503	0,068
Pratik yönelim	R	0,050	-0,054	-0,029
	P	0,544	0,515	0,723
Kişisel sorun yönelimi	R	0,069	0,018	0,076
	P	0,400	0,824	0,357
Öfke ve saldırganlık	R	-0,055	0,333	0,015
	P	0,503	0,000*	0,860
Düzen ve organizasyon	R	0,196	-0,147	-0,027
	P	0,016*	0,073	0,746
Programın açıklığı	R	0,196	0,013	0,030
	P	0,016*	0,879	0,717
Çalışan kontrolü	R	-0,044	-0,036	-0,080
	P	0,591	0,661	0,333

Pearson korelasyon analizi

⁺*Spearman Rho korelasyon analizi*

**p<0,05*

5. TARTIŞMA

Psikiyatri servisinde yatan hastaların servis ortamı algıları ve bunu etkileyen faktörlerin incelendiği bu çalışmada bazı önemli bulgular elde edilmiştir.

5.1. SOÖ Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları

Çalışmamızda hastaların, sistemin işleyişi alt boyutunda yer alan alt ölçek (Düzen ve organizasyon: $6,80\pm 2,4$, Programın açıklığı: $6,23\pm 1,83$, Çalışan kontrolü: $6,13\pm 1,47$) ve ilişki boyutu Destek alt ölçek ($6,36\pm 1,86$) puan ortalamalarına bakıldığında, servis ortamını bu boyutlarda orta düzeyden biraz daha iyi algıladıkları ancak diğer alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında ise (Otonomi: $3,65\pm 1,78$ -Pratik yönelim: $5,65\pm 2,00$), genellikle servis ortamından orta ya da ortanın altında olumlu algıladıkları görülmektedir. Bu sonuç, hastaların tedavi gördükleri servis ortamını çok fazla olumlu algılamadıklarını, dolayısı ile tedavi edici olarak görmediklerini göstermektedir.

Destek, tedavi edici ortam ve hasta ile tedavi edici iletişim kurmak için temel unsurdur (Kocaman Yıldırım 2010, Kelleci ve Ata 2012). Çalışmamızda, hastaların SOÖ İlişki Boyutunda yer alan Destek ($6,36\pm 1,86$) alt ölçek puan ortalamalarının Katılım ($5,37\pm 2,09$) ve Spontanlık ($4,59\pm 1,64$) alt ölçek puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, daha önce yapılan bir çok çalışma ile benzerlik gösterirken (Bozkurt, 1998; Öztürk, 2011; Savaşan, 2010; Schjødt ve ark., 2003; Rossberg ve Friis, 2004; Alexander, 2006), bazı çalışmalardan ise (Öztürk 2018; Akhan ve ark. 2013) farklı olduğu ve bu iki çalışmada İlişki boyutunda yer alan Spontanlık alt ölçek puan ortalamasının en yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda, İlişki Boyutunda hastaların destek alt ölçek puan ortalamasının en yüksek olması, hastaların birbirlerinden ve personelden aldıkları desteği ve personel tarafından gereksinimlerinin anlaşılma düzeyini daha iyi algıladıklarını göstermektedir. Diğer taraftan hastaların Katılım ve Spontanlık alt ölçek puan ortalamalarının daha düşük olması, hastaların servis etkinliklerine aktif katılım ve paylaşımlarının yeterli olmadığı biçiminde algıladıklarını göstermektedir. Diğer bir ifade ile, çalışmamızda hastaların kişisel ve ortamın bir üyesi olarak sosyal aktivitelerde aktif ve enerjik hissetmedikleri; ortamın hastaları ve çalışanları açık

davranmaya yöneltmediği ve diğer hastalara ve çalışanlara duygularını özgürce ifade edemedikleri biçiminde algıladıkları söylenebilir.

SOÖ Kişilik Gelişim Boyutunda hastaların Pratik yönelim alt ölçek puan ortalamalarının (5,65±2,00), Otonomi (3,65±1,78), Kişisel Sorun Yönelimi (4,73±1,72) ve Öfke ve Saldırganlık (4,09±1,83) alt ölçek puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç yapılan bir çok çalışma ile benzerlik gösterirken (Bozkurt, 1998; Öztürk, 2011; Schjødt ve ark., 2003; Savaşan, 2010; Rossberg ve Friis, 2004; Alexander, 2006) iki çalışmadan (Öztürk 2018, Akhan ve ark. 2013) farklı olduğu ve bu iki çalışmada Kişisel Sorun Yönelimi' alt ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda, Pratik Yönelim alt ölçek puan ortalamasının daha yüksek çıkması hastaların hastaneden taburcu olmaya ve toplumsal yaşama dönmeye daha hazır hissettiklerini göstermektedir. Bunun bir nedeni, bu çalışmanın en az 10 gündür psikiyatri servisinde yatan hastalar ile yapılmasından kaynaklanabilir. Bu çalışmada, hastaların aktif sorumluluk almalarını gerektiren alt ölçeklerden (Otonomi, Kişisel Sorun Yönelimi) daha düşük puan almaları, hastaların daha aktif olmalarını sağlayacak rol ve sorumlulukların verilmesi ve hastaların bu yönlerden desteklenmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, hastaların otonomi alt ölçek puan ortalamalarının en düşük olduğu (3,65±1,78) saptanmıştır. Bu sonuç yapılan bazı çalışmalarla (Bozkurt, 1998; Öztürk, 2018; Akhan ve ark., 2013; Brunt ve Rask, 2005; Zamir ve ark., 2016) benzerlik göstermektedir. Bu bulguya göre, hastaların servis ortamında kendi kararlarını almada özgüvenleri olmadığı ve bağımsız hissetmedikleri, diğer taraftan sorumluluk alma konusunda da istekli olmadıkları söylenebilir. Bunun bir nedeni, psikiyatri hastalarının daha bağımlı olmaları ve yaşamlarında da kararları daha çok aileler tarafından verilmesi ile açıklanabilir. Aynı şekilde hastanede yatış sırasında da personelin benzer bir tutum göstermesi de bu sonuca katkıda bulunmuş olabilir.

Çalışmamızda hastaların Sistemin İşleyişi Boyutunda yer alan alt ölçek [Düzen ve Organizasyon (6,80±2,24), Programın Açıklığı (6,23±1,83), Çalışan Kontrolü (6,13±1,47)] puan ortalamalarının diğer boyutlarda yer alan alt ölçek puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Düzen ve Organizasyon alt ölçek puan ortalamalarının, bu boyutta ve diğer boyutlarda yer alan bütün alt ölçek puan

ortalamlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç yapılan bazı çalışmalarla (Bozkurt, 1998; Öztürk, 2011; Savaşan, 2010; Zamir ve ark., 2016; Rossberg ve Friis 2004) tutarlı iken, bazı çalışmalarla (Öztürk, 2018; Schjødt ve ark., 2003; Akhan ve ark., 2013) tutarlılık göstermediği ve bu üç çalışmada Programın açıklığı alt ölçek puan ortalamasının en yüksek olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda çıkan bu sonucun bir nedeni, gözlemlerimizle de tutarlı olarak personelin servis düzenine, diğer tedavi edici ortam özelliklerinden daha fazla önem vermesi olabilir.

Çalışmamızda, hastaların Programın açıklığı alt ölçek puan ortalamalarının $6,23\pm 1,83$ olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de bu konuda yapılan diğer çalışmalarda Programın açıklığı alt ölçek puan ortalamasının $6,35\pm 2,13$ (Bozkurt, 1998) ile $7,14\pm 2,15$ (Öztürk, 2018)’arasında değiştiği; uluslararası çalışmalara bakıldığında ise $3,58$ (Alexander, 2006) ile $6,4\pm 2,2$ (Schjødt ve ark., 2003) arasında değiştiği belirlenmiştir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda uluslararası yapılan benzer çalışmalara göre, Programın Açıklığı alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgu, Türk hastaların servis kuralları ve işleyişi ile ilgili beklentilerinin daha düşük olması ile ilgili olabilir. Sistemin işleyişi boyutunda ortaya çıkan farklılıkların bir nedeni de, sağlık sistemi ve uygulamalarının ülkeden ülkeye farklılık göstermesi nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda, Çalışan kontrolü alt ölçek puan ortalamasının $6,13\pm 1,47$ olduğu ve Türkiyede yapılan diğer çalışmalarda da Çalışan kontrolü alt ölçek puan ortalamalarının $5,73\pm 1,54$ (Bozkurt, 1998) ile $7,34\pm 1,13$ (Savaşan, 2010) arasında değiştiği belirlenmiştir. Çalışan Kontrolü alt ölçek puan ortalamasının en yüksek Savaşan’ın (2010) çalışmasında çıkmasının bir nedeni, bu çalışmanın bağımlı hastalarla yapılması ile ilgili olabilir. Uluslararası literatüre bakıldığında ise, Çalışan Kontrolü alt ölçek puan ortalamalarının $3,9\pm 1,8$ (Schjødt ve ark. 2003) ile $5,12\pm 2,8$ (Brunt ve Rask 2005) arasında değiştiği ve Türkiye’de yapılan çalışmalardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışan Kontrolü alt ölçek puan ortalamasının Türkiye’de yapılan çalışmalarda daha yüksek olması, Türk hastaların çalışanları daha fazla kontrolcü ve kuralcı olarak algıladıklarını düşündürmektedir. Bu sonucun kültürel bir boyutu olduğunu da göstermektedir. Batı toplumunun daha bireysel

olması ve dolayısı ile hastaları daha özgür bırakmaları nedeniyle hastalar çalışanların kontrolünü daha düşük algılamış olabilirler.

5.2. Sosyodemografik, Hastaneye Yatma ve Hastalık Özellikleri ve Servis Ortamı Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamaları

5.2.1. Yaş

Çalışma bulgularına bakıldığında, yaş ile Düzen ve Organizasyon ve Programın Açıklığı alt ölçekleri arasında pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmuş, hastaların yaşı arttıkça Düzen ve Organizasyon ve Programın Açıklığı alt ölçekleri puan ortalamalarının da arttığı saptanmıştır ($r:0,196$; $P=0.016$). Bu bulgu, hastaların yaşı arttıkça yattıkları servis ortamında hasta ve çalışanlar tarafından düzen ve organizasyona verilen önemi daha olumlu algıladıkları ve yattıkları serviste uygulanan programın günlük işleyişini, programın amaçlarını, servis ortamındaki kuralları ve kuralların işleyişini daha anlaşılır olarak algıladıklarını göstermektedir. Bozkurt'un (1998) çalışmasında da Düzen ve Organizasyon alt ölçek puan ortalamasının 35-49 yaş grubundaki hastalarda 19-34 yaş grubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer taraftan Öztürk (2018) ve Middelboe ve ark., (2001) tarafından yapılan çalışmalarda ise, yaşa göre hastaların SOÖ alt ölçekleri puan ortalamaları arasında fark olmadığı görülmüştür. Bu sonuç, yaş ile birlikte insanların düzen ve kurallara uyumunun daha iyi olması ile açıklanabilir. Ancak çalışma sonuçlarının birbirinden farklı olması nedeniyle, bu konuda yeni çalışmalar yapılması sonucu daha iyi ortaya koyabilir.

5.2.2. Cinsiyet

Cinsiyete göre SOÖ alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, Spontanlık puan ortalaması kadın hastalarda ($4,83\pm1,79$), erkek hastalara ($4,30\pm1,38$) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile, kadın hastaların erkek hastalara göre, yattıkları servis ortamının hastaları ve çalışanları açık davranmaya yönelttiği ve diğer hastalara ve çalışanlara duygularını daha özgürce ifade edebildikleri biçiminde algıladıkları söylenebilir. Bozkurt'un (1998) çalışması da bu çalışma ile tutarlılık göstermekte ve kadın hastaların

Spontanlık alt ölçek puan ortalamaları (6,11±1,6368) erkek hastalardan (5,1157±1,6237) daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum kadınların genellikle duygu ve düşüncelerini erkeklerden daha iyi ifade edebilmeleri ve ifade etmeye daha eğilimli olmaları ile açıklanabilir.

Düzen ve Organizasyon alt ölçek puan ortalamalarının erkek hastalarda (7,31±1,85) kadın hastalara göre (6,39±2,44) daha yüksek olması bu çalışmanın diğer önemli bulgularından biridir. Çalışmamızın bu bulgusu, erkek hastaların kadın hastalara göre, yattıkları servis ortamında hasta ve çalışanlar tarafından düzen ve organizasyona verilen önemi daha olumlu algıladıklarını göstermektedir. Öztürk'ün (2011) çalışmasında da benzer şekilde erkek hastaların Düzen ve Organizasyon alt ölçek puan ortalamaları (7,14±2,14) kadın hastalardan (6,13±2,17) daha yüksek bulunurken; Bozkurt (1998)'un çalışmasında ise, kadın ve erkek hastalar arasında Düzen ve Organizasyon alt ölçek puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızdaki bu bulgunun bir açıklaması, Türk kültüründe kadın ve erkek rollerinden beklentilerin farklı olması ve evde, düzen ve organizasyondan kadınların daha fazla sorumlu tutulmaları olabilir. Bu algı, kadın hastaların, servis ortamının düzen ve organizasyonu ile ilgili beklentilerinin daha yüksek olması ve beklentilerinin karşılanmaması nedeniyle daha az memnun olmalarını açıklayabilir.

5.2.3. Medeni Durum

Bu çalışmada, evli olan hastaların (6,62±1,93) Programın Açıklığı alt ölçek puan ortalamaları bekar olan hastalardan (6,03±1,76) daha yüksek bulunmuştur (U:2031,5; P=0.038). Çalışmamızdaki bu sonuç, evli olan hastaların yattıkları serviste uygulanan programın günlük işleyişini, programın amaçlarını, servis ortamındaki kuralları ve kuralların işleyişini daha anlaşılır olarak algıladıklarını göstermektedir. Yapılan bir çalışmada (Öztürk, 2011) ise medeni duruma göre Programın Açıklığı alt ölçek puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızdaki bu sonucun, evli olan hastaların daha düzenli bir yaşamlarının olması ile ilgili olduğu düşünülebilir. Ancak yapılacak yeni çalışmalar bu konuyu daha net ortaya koyabilir.

5.2.4. Eğitim Durumu

Eğitim durumu incelendiğinde, ilkokul mezunu olan hastaların Otonomi alt ölçek puan ortalamasının en yüksek olduğu ve ilkokul mezunu ($4,47\pm 1,48$) olan hastaların puan ortalamalarının ortaokul ($3,38\pm 1,84$), lise ($3,53\pm 1,67$) ve üniversite ($3,13\pm 1,91$) mezunu olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile, ilkokul mezunu olan hastaların yattıkları serviste kendi kararlarını almada daha özgüvenli ve bağımsız hissettikleri görülmektedir. Öztürk (2011) tarafından yapılan çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde hastaların eğitim düzeyi arttıkça Otonomi alt ölçek puan ortalamalarının düştüğü görülmüştür. Çalışmamızdaki bu sonuç, eğitim düzeyi daha düşük olan hastaların kararlara katılım ve bağımsız olma ile ilgili beklentilerinin eğitim düzeyi daha yüksek olan hastalardan daha düşük olması ile açıklanabilir.

Ortaokul mezunu olan hastaların ($6,41\pm 1,78$) Pratik Yönelim alt ölçek puan ortalamaları, lise ($5,37\pm 2,16$) ve üniversite ($5,05\pm 1,99$) mezunu olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Diğer bir ifade ile, ortaokul mezunu hastaların hastaneden taburcu olmaya ve topluma dönmeye daha hazır oldukları görülmektedir. Çalışmamızdaki bu sonuç, eğitim düzeyi arttıkça hastaların kendi ve hastalıkları ile ilgili beklentilerinin daha fazla olması, dolayısı ile durumlarını daha olumsuz algılamaları ile açıklanabilir. Yapılan iki çalışmada (Öztürk, 2011; Öztürk, 2018) ise eğitim durumuna göre Pratik Yönelim alt ölçek puan ortalamaları arasında fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle, bu konuda yeni çalışmaların yapılması gerektiği söylenebilir.

5.2.5. Hastaneye Yatış Sayısı

Hastaların hastaneye yatış sayısı ile Öfke ve Saldırganlık alt ölçek puan ortalamaları arasında orta güçlükte pozitif yönlü ilişki bulunmuş, hastaneye yatış sayısı arttıkça öfke ve saldırganlık puan ortalamasının yani saldırganlık düzeyinin de arttığı saptanmıştır ($r:0,333$; $P=0,000$). Çalışmamızda, hastaların hastaneye yatış sayısı arttıkça, başka hastalarla ve ekiple daha fazla tartıştıkları, öfkelerini daha açık bir şekilde ifade ettikleri ve saldırganlık gösterme düzeylerinin de arttığı görülmektedir. Öztürk'ün (2018) çalışmasında ise, psikiyatri servisine yatma deneyimine göre hastaların SOÖ alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir

fark olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızın bu sonucu, hastaneye yatış sayısı daha fazla olan hastaların, tedaviye uyumlarının da daha iyi olmaması ve dolayısı ile semptom kontrollerinin daha kötü olması ile açıklanabilir. Ancak bu konuda yapılacak yeni çalışmalar bu durumu daha net ortaya koyabilir.

5.2.6. Hastaneye Yatış Şekli

Kendi isteği ile hastaneye yatan hastaların ($6,48 \pm 1,88$) Programın Açıklığı alt ölçek puan ortalamalarının, kendi isteği dışında yatan hastaların ($5,82 \pm 1,70$) puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($U:1986,5$; $P= 0,011$). Diğer bir ifade ile, hastaneye kendi isteği ile yatan hastaların yattıkları serviste uygulanan programın günlük işleyişini, programın amaçlarını, servis ortamındaki kuralları ve kuralların işleyişini daha anlaşılır olarak algıladıkları görülmektedir. Bu sonuca göre ortam kurallarını anlama ve uyum sağlamada hastaların hastaneye yatışının kendi isteği ile olmasının etkili olduğu ve bu anlamda hastaların ortamı daha olumlu algıladıkları düşünülebilir. Bu konuda yapılan başka çalışmaların olmaması bu sonucu karşılaştırmayı güçleştirmektedir. Bu nedenle bu konuda yapılacak yeni çalışmalar bu konuya ışık tutacaktır.

5.2.7. Tıbbi Tanı

Bipolar bozukluk tanısı olan hastaların ($4,75 \pm 1,57$) Öfke ve Saldırganlık alt ölçek puan ortalamalarının, Şizofreni ($3,70 \pm 1,82$), majör depresif bozukluk ($3,96 \pm 2,14$) ve diğer tıbbi tanı grubuna giren hastaların ($4,00 \pm 1,66$) puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($KW:8,876$; $P=0,031$). Çalışmamızda bipolar bozukluğu olan hastaların diğer tanımlara sahip hastalara göre, başka hastalarla ve ekiple daha fazla tartıştıkları, öfkelerini daha açık bir şekilde ifade ettikleri ve saldırganlık gösterme düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgu, bipolar bozukluğu hastalığının doğası ile açıklanabilir. Bu sonuca göre, bipolar tanısı olan hastaların özellikle öfke ve saldırganlık konusunda daha fazla dikkate ve desteğe gereksinim duydukları söylenebilir. Bu çalışma ile benzer tanımlara sahip hastalarla (Öztürk, 2018) ve farklı tanımlara sahip hastalarla yapılan (Öztürk, 2011) iki çalışmada ise, hastaların tıbbi

tanısına göre SOÖ alt ölçekleri puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır. Yine bu konuda yeni çalışmaların yapılması gerektiği açıktır.

5.2.8. Ekonomik Durum, Çalışma Durumu, Evde Kiminle Yaşadığı, Başka Bir Bölüme Yatışının Olması ve Hastanede Kalma Süresi

Çalışmamızda, hastaların ekonomik durumu, çalışma durumu, evde kiminle yaşadıkları, daha önce başka bir bölüme yatışlarının olma durumu ve hastanede kalma süresi ile SOÖ alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmada olduğu gibi bazı çalışmalarda da (Öztürk, 2018; Bozkurt, 1998) hastanede kalış süresinin hastaların SOÖ alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmezken, Savaşan'ın (2010) bağımlı hastalarla yaptığı çalışmada hastanede kalma süresi arttıkça destek alt ölçek puan ortalamalarının da arttığı belirlenmiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Psikiyatri servisinde yatan hastaların bazı sosyodemografik, hastaneye yatma ve hastalık özelliklerinin servis ortamı algılarına etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Hastaların SOÖ alt ölçek puan ortalamalarının $3,65\pm 1,78$ (Otonomi) ile $6,80\pm 2,24$ (Düzen ve Organizasyon) arasında değiştiği, otonomi alt ölçek puan ortalamasının en düşük, düzen ve organizasyon alt ölçek puan ortalamasının ise en yüksek olduğu saptanmıştır.
- Kadın hastaların Spontanlık alt ölçek puan ortalamaları, erkek hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, kadın hastaların duygularını daha rahat ifade edebildikleri saptanmıştır.
- Erkek hastaların Düzen ve Organizasyon alt ölçek puan ortalamaları, kadın hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Yaş ile Düzen ve Organizasyon alt ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
- Evli hastaların Programın Açıklığı alt ölçek puan ortalamaları, bekar hastalardan ve kendi isteği ile hastaneye yatan hastaların, kendi isteği dışında hastaneye yatan hastalardan Programın Açıklığı alt ölçek puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca yaş ile Programın Açıklığı alt ölçek puan ortalamaları arasında da pozitif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
- İlkokul mezunu olan hastaların Otonomi alt ölçek puan ortalamalarının, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan hastalardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca Şizofreni tanısı olan hastaların Otonomi alt ölçek puan ortalamaları, Bipolar bozukluk, Major depresif bozukluk ve Diğer tanı grubuna giren hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

- Ortaokul mezunu olan hastaların Pratik Yönelim alt ölçek puan ortalamaları, lise ve üniversite mezunu olan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.
- Bipolar bozukluk tanısı olan hastaların Öfke ve Saldırganlık alt ölçek puan ortalamaları, Şizofreni tanısı konulan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca hastaneye yatış sayısı ile Öfke ve Saldırganlık alt ölçek puan ortalamaları arasında da pozitif yönlü orta şiddette istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, hastaların servis ortamını daha tedavi edici ortam olarak algılamalarını sağlamak amacıyla aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Hastaların otonomilerini artırmaya yönelik olarak psikiyatri kliniklerinde servis ortamı, sağlık profesyonelleri tarafından hastaların bağımsızlıklarını (özerklik) daha fazla artıracak şekilde düzenlenebilir. Servis ortamında hastaların kararlara katılımlarını artıracak ve bakımları ile ilgili daha fazla sorumluluk almalarına yol açacak tutum davranış gösterilebilir ve bu yönde uygulamalara yer verilebilir. Sağlık profesyonellerinin bu yöndeki uygulamalarda özellikle eğitim düzeyi yüksek olan hastalara daha dikkat göstermeleri uygun olabilir.
- Psikiyatri servislerinde ortamın daha güvenilir olması yönünde yeni düzenlemeler yapılabilir. Böylece hastaların duygu ve düşüncelerini daha özgür bir şekilde ifade etmeleri artırılabilir. Bu yönde yapılacak uygulamalarda Spontanlık alt ölçek puan ortalamaları kadın hastalara göre daha düşük olan erkek hastalara daha dikkat gösterilebilir. Ayrıca servis ortamı düzeni ve organizasyonuna yönelik yapılacak iyileştirmelerde yaşı daha genç olan ve kadın olan hastalara yönelik girişimler planlanabilir.
- Psikiyatri servislerinde, sağlık profesyonelleri özellikle bekar, yaşı daha genç olan ve kendi isteği dışında hastaneye yatan hastaların serviste uygulanan programın açıklığını daha olumsuz algılamaları nedeniyle, özellikle bu hasta

grubuna yönelik olmak üzere servis kuralları ve hastalardan beklentilerle ilgili sözlü ve yazılı olmak üzere çeşitli materyaller hazırlayabilirler.

- Hastaneye tekrarlı yatışları olan ve bipolar bozukluk tanısı ile yatan hastalarda, özellikle öfke kontrolüne yönelik eğitim programları ya da fiziksel egzersizler gibi programlar geliştirilebilir ve sağlık profesyonelleri saldırgan hastalara yönelik tutum ve davranışları konusunda bilinçlendirilebilir.
- Psikiyatri hastalarının servis ortamı algısı alt ölçek puan ortalamaları ve etkileyen faktörlerle ilgili yapılan çalışmaların tutarlı olmaması nedeniyle, bu konuda var olan ya da yeni geliştirilecek farklı ölçme araçları ile, çok merkezli ve yeni çalışmaların yapılması, hastaların servis ortamı algısı ve etkileyen faktörler daha net ortaya konabilir.

7. KAYNAKÇA

1. Acıbadem Hemşirelik. (2012, Şubat). *Hasta Ve Hasta Yakınlarıyla Terapötik İletişim*. 10 12, 2018 tarihinde Acıbadem Hemşirelik Web sitesi: <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/43/docs/hasta-ve-hasta-yakinlariyla-terapotik-iletisim.pdf> adresinden erişildi.
2. Aiken, L.H., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., Finlayson, M., Kanai-Pak, M., Aunguroch, Y. (2011). Importance of Work Environments on Hospital Outcomes in Nine Countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23.(4), s:357-364.
3. Akhan, L.U., Beytekin, E., Aydın, Y.G., Özgür, H., Küçükvural, G., Acar, H., Darıkuşu, M.E. (2013). Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Terapötik Ortam Algılamaları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4.(4), s:194-199.
4. Alexander, J., Bowers, L. (2004). Acute psychiatric ward rules: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11. s: 623-631.
5. Alexander, J. (2006). Patients' feelings about ward Nursing Regimes and Involvement in Rule Construction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13. s:543-553.
6. AL-Sagarat, A., Moxham, L., Curtis, J., Crooke, P. (2014). The Perceptions of the Ward Atmosphere in Four Jordanian Psychiatric Hospitals From the Perspective of Patients' Relatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50. s: 287-293. doi: 10.1111/ppc.12057
7. Altuntaş Turasan, B. (2010). Psikiyatri Klinikleri ve Hastanelerinde Kalitenin Ortak Dili. *IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi*, (s. 35-36). Samsun.
8. Aştı, N. (1994). Elektro Konvülsif Tedavi Uygulanacak Psikiyatri Hastalarında Gözlenen Korku ve Anksiyetenin Giderilmesinde Terapötik Hemşirelik Yaklaşımının Etkisini Araştırmak. *Düşünen Adam*, 7.(3), s:59-64.
9. Aştı, N., Çetinkaya, Z. (2000). Yataklı Psikiyatri Ünitelerinde Hemşirelerin Yürüttüğü Yatan Hasta Grupları. *Düşünen Adam*, 13.(3), s:185-192.
10. Avcıkurt, C., Şahin, B., Şahin, S. (2010). Turistlere Yönelik Suçlar: Antalya'ya Gelen Turistler Üzerinde Bir Araştırma. O.E. Çolakoğlu (Ed.), *11. Ulusal Turizm Kongresi* içinde (s. 602-619). Ankara: Detay Yayıncılık.
11. Bahar, Z., Gördes Aydoğdu, N. (2015). Çevre, Sağlık, Araştırma ve Hemşirelik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8.(2), s:19-122.
12. Bilgin, H., Keser Özcan, N. (2012). Psikiyatri Servislerinde Agresyon. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3.(1), s:42-47.
13. Boz, İ. (2018). İyileştirici Bakım Çevresi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7.(1), s:56-61.

14. Bozkurt, S. (1998). "Servis Ortamı Ölçeği" (SOÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
15. Brunt, D., Rask, M. (2005). Patient And Staff Perceptions of The Ward Atmosphere İn a Swedish Maximum-security Forensic Psychiatric Hospital. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 16.(2), s:263-276.
16. Caesar, L.G. (2015). *The İmportance of a Psychiatric Milieu in İnpatient Settings*. Doktora Tezi, Capella University, Minneapolis. Erişim adresi: https://sigma.nursingrepository.org/bitstream/handle/10755/550535/DNP_802_0_Capstone_Project_Milestone12.pdf;jsessionid=009248461B0AA9A33B1346D70647803D?sequence=6 (Erişim tarihi:14,11,2018).
17. Coşkun, S. ve Tuna Öztürk, A. (2010). Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3.(3), s:16-23.
18. Çam, O. ve Çuhadar, D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2.(3), s:136-140.
19. Çam, O., Akgün, E., Babacan Gümüş, A., Bilge, A., Ünal Keskin, G. (2005). Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Klinik Ortamlarını Değerlendirmeleri ile İş Doyumları arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6. s:213-220.
20. Çetinkaya Duman, Z., Bademli, K. (2013). Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistematik Bir İnceleme. *Current Approaches İn Psychiatry*, 5.(1), s:78-94.
21. Delaney, K.R. (1997). Milieu Therapy: A Therapeutic Loophole. *Perspectives in Psychiatric Care*, 33.(2), s:19-28.
22. Doğan, O. (2016). Dünden Bugüne Türkiye'de Sosyal Psikiyatri Uygulamaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17.(2), s:136-142.
23. Elsherif, Z.A.E., Elsayes, H.A., Mohammed, S.A. (2016). Evaluating Psychiatric Patients' Awareness of and Satisfaction With Psychiatric Outpatient Services. *Journal of Nursing and Health Science*, 5.(2), s:35-43. DOI: 10.9790/1959-05223543
24. Ergün, G., Işık, I., Dikeç, G., (2017). Roles of Psychiatry Nurses Within a Therapeutic Environment of Psychiatry Clinics in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31. s:248-255.
25. Gilbert, H., Rose, D., Slade, M. (2008). The İmportance of Relationships in Mental Health Care: a Qualitative Study of service Users' Experiences of Psychiatric Hospital Admission in The UK. *BMC Health Services Research*, 8.(92), s:1-12. doi:10.1186/1472-6963-8-92
26. Gralton, E., Pearson, S., Sutherland, A., Donovan, M., Lewis, G. (2001). The Environment Psychiatric Patients Create for Themselves: The Varying Perceptions of Professional Staff. *Psychiatric Bulletin*, 25. s:134-137.

27. Gültekin, B.K., Güler, J., Kesebir, S., Gülücü, A., Ergelen, M. (2013). Şizofreni Hastalarında Tekrarlayan Yatış Sıklığı ve Öngörücüleri. *Klinik Psikiyatri*, 16. s:225-231.
28. Haigh, R. (2013). The Quintessence of a Therapeutic Environment. *The International Journal of Therapeutic Communities*, 34.(1), s:6-16. doi:10.1186/1472-6963-8-92
29. Hylen, U., Kjellin, L., Pelto-Piri, V., Warg, L.E. (2018). Psychosocial Work Environment Within Psychiatric Inpatient Care in Sweden: Violence, Stress and Value incongruence among nursing staff . *International Journal of Mental Health Nursing*, 27. s:1086-1098. doi: 10.1111/inm.12421
30. Jörgensen, K.N., Römme, V., Rundmo, T. (2009). Associations between ward atmosphere, patient satisfaction and outcome. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16. s:113-120.
31. Karşıdağ, Ç., Aksoy, U.M., Yüksel, G., Alpay, N., Uysal, A. (2013). Yataklı Tedavi Hizmeti Sunan Psikiyatri Kliniklerinde Etkanlar. *Klinik Psikiyatri*, 16. s:47-52.
32. Kelleci, M., Ata, E.E. (2012). Psikiyatri Kliniği'nde Yatan Hastaların İlaç Uyumluları ve Sosyal Destekle İlişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2.(3), s:105-110.
33. Kocaman Yıldırım, N. (2010). Sağlık Bakım Profesyonelleri ile Hasta İletişimi. N. Sabuncu, F. Akça Ay (der.). *Klinik Beceriler: Sağlıkın değerlendirilmesi, Hasta Bakımı ve Takibi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s: 161-195.
34. Koç, Z. (2010, Haziran). *Akut Psikiyatri Kliniklerinde Terapötik Ortam Oluşturmak*. [Öz], IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresinde sunulan bildiri. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun. Erişim adresi: <http://docplayer.biz.tr/2409284-iv-ulusal-psikiyatri-hemshireligi-kongresi-uluslararası-katılımlı-ozet-kitabı.html>. Erişim tarihi: 11.07.2018
35. Koivisto, K., Janhonen, S., Vaisanen, L. (2004). Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11. s: 268-275.
36. Kuosmanen, L., Hätönen, H., Jyrkinen, A.R., Katajisto, J., Välimäki, M. (2006). Patient Satisfaction With Psychiatric Inpatient Care. *Journal of Advanced Nursing*, 55.(6), s:655-663. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03957.x
37. Lavikainen, J., Lahtinen, E., Lehtinen, V. (2000). Public Health Approach on Mental Health in Europe. *European Commission*. Finlandiya: National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES. 09.11.2018 tarihinde <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75893/public2.pdf?sequence> adresinden erişildi.
38. Lecuyer, E.A. (1992). Milieu Therapy for Short Stay Units: A Transformed Practice Theory. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6.(2), s:108-116.

39. McTiernen, K., McDonald, N. (2015). Occupational Stressors, Burnout and Coping Strategies Between Hospital and Community Psychiatric Nurses in a Dublin Region. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22. s:208-218. doi: 10.1111/jpm.12170
40. Mental Health Foundation. (2016). Fundamental Facts About Mental Health 2016. Mental Health Foundation: London. <https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/fundamental-facts-about-mental-health-2016.pdf> (Erişim tarihi: 10 Aralık 2018).
41. Middelboe, T., Schjødtt, T., Byrstring, K., Gjerris, A. (2001). Ward Atmosphere in Acute Psychiatric in-Patient Care: Patients' Perceptions, İdeals And Satisfaction. *Acta Psychiatr Scand*, 103. s: 212-219.
42. Mion, L.C. (2009). Establishing a Therapeutic Hospital Environment: The Patient Perspective. *Geriatric Nursing*, 30.(4), s:268-271. doi:10.1016/j.gerinurse.2009.06.004
43. Oflaz, F. (2006). Psikiyatri Kliniğinde Tedavi Edici Ortam Kavramı ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7. s:55-61.
44. Özbaş, D., Buzlu, S. (2011). Geçmişten Günümüze Psikiyatri Hemşireliği. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19.(3), s:187-193.
45. Özkan, B., Çoban, S. (2010, Haziran). Psikiyatride Hasta Güvenliği. IV. *Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Ortak Dil Oluşturmak*, (s. 160-161). Samsun. <http://docplayer.biz.tr/2409284-Iv-ulusal-psikiyatri-hemsireligi-kongresi-uluslararasi-katilimli-ozet-kitabi.html> adresinden alınmıştır Erişim tarihi: 05.07.2018.
46. Öztürk, E. (2011). *Hastaların ve Çalışan Hemşirelerin Psikiyatri Servis Ortam Algılarının ve Etmenlerinin Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
47. Öztürk, M.O. (2016). Kavramlar ve Kuramlar. M.O. Öztürk (Ed.), *Psikanaliz ve Psikoterapi* (s. XVII-2). içinde. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
48. Öztürk, S. (2018). *Psikiyatri Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Terapötik Ortam Algıları*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
49. Papoulias, C., Csipke, E., Rose, D., McKellar, S., Wykes, T. (2014). The Psychiatric Ward as a Therapeutic Space: Systematic Review. *The British Journal of Psychiatry*, 205. s:171-176. doi: 10.1192/bjp.bp.114.144873
50. Picker Institute Europe (2004). Listening to Patients' Views. Improving Patients' Experience sharing good practice. http://www.nhssurveys.org/Filestore/documents/listen_to_patients_May04.pdf (Erişim tarihi: 10 Aralık 2018)
51. Rossberg, J. I., Friis, S. (2004). Patients' and Staff's Perceptions of The Psychiatric Ward Environment. *Psychiatric Services*, 55.(7), s:798-803.

52. Rossberg, J. I., Melle, I., Opjordsmoen, S., Friis, S. (2008). The Relationship Between Staff Members' Working Conditions and Patients' Perceptions of the Treatment Environment. *International Journal of Social Psychiatry*, 54.(5), s:437-446.
53. Sabancıoğulları, S., Doğan, S. (2002). Psikiyatri Hastalarının Psikiyatrik Hastalık ve Hastaneye Yatış İle İlgili Duygu ve Düşüncelerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5.(1), s:28-37.
54. Savaşan, A. (2010). Bağımlılığı Olan Hastalarda Servis Ortamı ve Tedavi Motivasyonu İlişkisinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 13. s:119-126.
55. Schjødt, T., Middelboe, T., Mortensen, E. L., Gjerris, A. (2003). Ward Atmosphere in Acute Psychiatric Inpatient Care: Differences and Similarities Between Patient and Staff Perceptions. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57.(3), s:215-220. DOI: 10.1080/08039480310001382
56. Schofield, D. J., Shrestha, R. N., Percival, R., Passey, M. E., Callander, E. J., & Kelly, S. J. (2011). The Personal and National Costs of Mental Health Conditions: Impacts on Income, Taxes, Government Support Payments Due to Lost Labour Force Participation. *BMC Psychiatry*, 11.(72), s:1-7. doi:10.1186/1471-244X-11-72
57. Schweitzer, M., Gilpin, L., Frampton, S. (2004). Healing Spaces: Elements of Environmental Design That Make an Impact on Health. *The Journal of ALternative and Complementary Medicine*, 10.(1), s:71-83.
58. Shattell, M. M., Andes, M., Thomas, S. P. (2008). How Patients and Nurses Experience the Acute Care Psychiatric Environment. *Nursing Inquiry*, 15.(3), s:242-250.
59. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, ... The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and metaanalysis 1980–2013. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):476–93.
60. Şen, N., Süzer Özkan, F. (2017). Psikiyatri Hastalarında Zorunlu Yatış ve Zorla Tedaviye Bir Bakış Açısı. *Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7.(3), s:176-181.
61. Temel, M. (2009). İntiharların Önlenmesinde Hemşirenin Sorumlulukları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12.(2), s:78-83.
62. Trautmann, S., Rehm, J., Wittchen, H.-U. (2016). The Economic Costs of Mental Disorders. *EMBO reports*, 17.(9), s:1245-1249. DOI 10.15252/embr.201642951
63. Ünal, S. (2000). Psikiyatrik Uygulamalarda Sosyokültürel Duyarlılık. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1.(4), s:225-230.
64. Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J. L., Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382. s:1575-1586.

65. World Health Organization. (2003). *Investing In Mental Health*. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, Cenevre. 10 11, 2018 tarihinde https://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf adresinden alındı
66. World Health Organization (2013). Mental Health Action Plan 2013–2020. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf(Erişim: 28.11.2018)
67. Wozney, L., Newton, A. S., Gehring, N. D., Bennett, K., Huguet, A., Hartling, L., . . . McGrath, P. (2017). Implementation of a Mental Health Care: Viewpoints From Key Informants From Organizations and Agencies With a Health Mandates. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 1-15. DOI 10.1186/s12911-017-0474-9
68. Zamir, S. M., Beyraghi, N., Pour, Y. M., Farzaneh, N. (2016). Perception and Satisfaction of Patients Versus Staffs in Three Psychiatric Wards in Tehran in 2010 and 2011. *Shiraz E-Medical Journal*, 17.(11), s:1-6. doi: 10.17795/semj31829

8. EKLER

EK-1: Veri Toplama Formu

Bölüm 1 - Kişisel Bilgi Formu

Sosyodemografik Özellikler

- 1 Yaşınız?
- 2 Cinsiyetiniz?
 - 1) Kadın
 - 2) Erkek
- 3 Medeni durumunuz?
 - 1) Evli
 - 2) Bekar
- 4 Eğitim durumunuz?
 - 1) Okuryazar değil
 - 2) İlkokul
 - 3) Ortaokul
 - 4) Lise
 - 5) Üniversite
- 5 Ekonomik durumunuz nasıldır?
 - 1) Düşük
 - 2) Orta
 - 3) Yüksek
- 6 Çalışıyor musunuz?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
- 7 Evde kiminle yaşıyorsunuz?
 - 1) Anne baba
 - 2) Eş
 - 3) Yalnız
 - 4) Akraba
 - 5) Diğer
- 8 Hastaneye yatış şekliniz nasıldır?
 - 1) Kendi isteğim ile
 - 2) Kendi isteğim dışında
- 9 Hastaneye kaçınıcı yatışınız?
- 10 Hastanede kaç gündür yatıyorsunuz?
- 11 Tıbbi tanınız nedir?.
 - 1) Şizofreni
 - 2) Bipolar Bozukluk
 - 3) Major Depresif Bozukluk
 - 4) Anksiyete Bozukluğu
 - 5) Obsesif Kompulsif Bozukluk
 - 6) Travma Sonrası Stres Bozukluğu
 - 7) Madde ile İlişkili Bozukluk
 - 8) Diğer (Açıklayınız)
- 12 Daha önce psikiyatri hastanesi/servisi dışında hastanenin başka bir bölümünde yattınız mı?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır

Bölüm 2 - Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ)

Aşağıda yer alan 100 ifade tedavi ortamı hakkındadır. Lütfen size verilen formda ilgili sorunun karşısındaki cevap bölümüne sizin ortamınız için ‘doğru’ ya da ‘çoğunlukla doğru’ olduğunu düşündüğünüz ifadeler için ‘D’; ‘yanlış’ ya da ‘çoğunlukla yanlış’ olduğunu düşündüğünüz ifadeler için ‘Y’ koyunuz. Her ifadeyi cevaplandırdığınızdan emin olunuz.

SORU SAYISI	SORULAR	D / Y	SORU SAYISI
1	Burada, hastalar servisteki işlerini yapmak için çok istekli ve gayretlidir		1
2	Doktorların hastaları desteklemek için çok az zamanları vardır.		2
3	Burada hastalar, duygularını birbirinden saklamaya gayret ederler.		3
4	Burada çalışanlar, hastaların önerileri doğrultusunda davranırlar.		4
5	Bu serviste sık sık yeni tedavi yöntemleri denenir.		5
6	Buradaki hastalar cinsel yaşamlarından çok az söz ederler.		6
7	Burada hastalar genellikle sızlanıp dururlar.		7
8	Burada hastaların faaliyetleri düzenlenmiştir.		8
9	Hastalar, doktorların ne zaman serviste bulunacaklarını bilirler.		9
10	Çalışanlar, hastaları nadiren kısıtlamak yoluyla cezalandırırlar.		10
11	Bu servis canlı ve hareketlidir.		11
12	Burada çalışanlar, hastaların ne istediklerini bilirler.		12
13	Hastalar, doktorlara söylemek istedikleri herhangi bir şeyi rahatlıkla söyleyebilirler.		13
14	Burada, çok az sayıda hasta sorumluluğa sahiptir.		14
15	Burada, hastaların, günlük yaşamda karşılaşılan sorunlara çözüm bulmaları için eğitilmelerine çok az önem verilir.		15
16	Burada hastalar kişisel sorunlarını, dertlerini, sıkıntılarını birbirlerine anlatırlar.		16

17	Burada hastalar, genellikle çalışanları eleştirirler veya onlarla ilgili şakalar yaparlar.	17
18	Bu tedavi programı çok iyi düzenlenmiştir.	18
19	Buradaki doktorlar, hastalarına tedavileri konusunda bilgi vermezler.	19
20	Burada hastalar, bir doktor konuşurken, sözünü kesebilirler.	20
21	Hastalar bu servisteki tedavi ve bakımdan memnundurlar.	21
22	Burada çalışanlar, hastaları tedaviyi bıraktıkları zaman bile onları izlemeye isteklidir.	22
23	Burada hastaların, kendilerini nasıl hissettiklerini ifade etmek zordur.	23
24	Burada hastalardan lider olmaları beklenir	24
25	Burada hastalar geleceğe yönelik plan yapma konusunda desteklenirler.	25
26	Burada kişisel sorunlar hakkında açıkça konuşulur.	26
27	Bu tedavi programında hastalar nadiren tartışılır.	27
28	Burada çalışanlar, servisin daima temiz ve düzenli olduğundan emindir.	28
29	Hastanın kullandığı ilaçlarda bir değişiklik yapıldığında hemşire ya da doktor bunun nedenini hastaya her zaman açıklar.	29
30	Servisin kurallarını bozan hastalar cezalandırılır.	30
31	Bu serviste hastaların, birlikte bir şey yapmalarına çok az rastlanır.	31
32	Burada çalışan hemşirelerin hastaları desteklemek için çok az zamanları vardır.	32
33	Hastalar, çalışanların yanında konuştukları şeylere dikkat ederler.	33
34	Burada hastalar bağımsız davranma konusunda desteklenir.	34
35	Burada hastaların, taburu olduktan sonra neler yapacakları konusuna, çok az önem verilir.	35
36	Burada hastaların kişisel sorunlarını, dertlerini, sıkıntılarını birbirleriyle paylaşması beklenir.	36
37	Çalışanlar bazen birbirleriyle tartışırlar.	37
38	Bu servis bazen çok fazla düzensiz ve pis oluyor.	38

39	Bu servisin kuralları hastalar tarafından açıkça anlaşılabilir.		39
40	Bir hasta, başka bir hastayla tartışacak olursa çalışanlarla başı derde girer.		40
41	Burada çok az hasta, bir işin yapılmasına gönüllü olarak katkıda bulunur.		41
42	Buradaki doktorlar, bazı hastalara diğerlerinden daha fazla zaman ayırır.		42
43	Burada hastalar kendi faaliyetlerini özgürce belirleyebilir.		43
44	Hastalar ne zaman isterlerse servisten ayrılabilirler.		44
45	Servisten taburcu olduktan sonra ne yapılacağına planlanmasına çok az önem verilir.		45
46	Buradaki hastalar geçmişleri hakkında çok az konuşurlar.		46
47	Hastalar bazen birbirlerine hoş olmayan şakalar yapabilirler.		47
48	Burada bir çok hasta her gün düzenli bir program izler.		48
49	Burada hastalar, çalışanların kendileri ile ne zaman görüşeceklerini bilemezler.		49
50	Burada çalışanlar hastalara emir vermezler.		50
51	Bu serviste hastalar her zaman oldukça faaldir.		51
52	Burada sağlık durumları daha iyi olanlar, daha az sağlıklı olanların bakımına yardım ederler.		52
53	Hastalar birbirleriyle aynı fikirde olmadıkları zaman bunu, birbirlerine belli etmezler.		53
54	Burada hastalar istedikleri gibi giyinebilirler.		54
55	Bu tedavi programında yeni meslekler öğrenmek için eğitime önem verilir.		55
56	Burada çalışanlar, hastalara nadiren kişisel soru sorarlar.		56
57	Bu servisteki kişilerin tartışmaları oldukça zordur.		57
58	Buradaki hastaların çoğu bakımsız görünmektedir.		58
59	Bu programda herkes, kimin sorumlu olduğunu bilir.		59

60	Buradaki hastalar kendileri için düzenlenen tedavi programlarına uymak zorundadır.		60
61	Bu serviste çok az sosyal faaliyet vardır.		61
62	Burada hastalar birbirlerine çok az yardım ederler.		62
63	Burada, alışılmadık şekilde davranmanın bir sakıncası yoktur.		63
64	Bu serviste, hataların yönetime katılması söz konusu değildir.		64
65	Buradaki hastaların çoğu geleceklerinden çok, geçmişleri ile ilgilenirler.		65
66	Burada çalışanlar hastaların duygularıyla ilgili konuşmaya daha fazla ilgilidirler.		66
67	Burada çalışanlar hiçbir zaman tartışma başlatmazlar.		67
68	Burada bazen, her şey, son derece düzensiz olur.		68
69	Burada kurallara uymayan hastalar kendilerine ne olabileceğini bilir.		69
70	Hastalar buradaki hemşireleri isimleriyle çağırabilirler.		70
71	Burada insanları heyecanlandıracak ve harekete geçirecek çok az şey vardır.		71
72	Burada çalışanlar, yeni gelen hastaların servisi tanımalarına yardım ederler.		72
73	Hastalar çalışanlardan duygularını saklamaya eğilimlidirler.		73
74	Hastalar nereye gittiklerini söylemeden servisten ayrılabilirler.		74
75	Burada hastalara bazı davranışlarını değiştirip, yenilerini kazanmaları konusunda yardımcı olunur.		75
76	Burada hastalar birbirlerine dertlerini ve sıkıntılarını nadiren anlatırlar.		76
77	Burada çalışanlar, tartışmanın sağlıklı bir şey olduğunu düşünürler.		77
78	Burada çalışanlar temizlik ve düzen konusunda örnek olurlar.		78
79	Burada insanlar her zaman fikir değiştirir.		79
80	Bu serviste hastalar kurallara uymazlarsa, başka yerlere gönderilir ya da taburcu edilebilirler.		80
81	Bu serviste grup tartışmaları oldukça ilgi çekicidir.		81

82	Burada çalışanlar, bazen, hastalarla yapılacak görüşmelerine gelmezler	82
83	Burada hastalar duygularını ifade etmek için desteklenir.	83
84	Çalışanlar hastaların baskıları karşısında nadiren pes ederler.	84
85	Burada çalışanlar, hastaların günlük sorunları yerine duygularına önem verirler.	85
86	Burada çalışanlar hastaları geçmişleri hakkında konuşmaya teşvik ederler.	86
87	Burada hastalar nadiren öfkelenir.	87
88	Hastaların görüşme istekleri olduğunda, çalışanlar onları nadiren bekletir.	88
89	Buradaki hastalar ne zaman taburcu olacaklarını hiçbir zaman bilemezler.	89
90	Burada, hastaların kişisel sorunlarını başkalarıyla paylaşmaları güvenli değildir.	90
91	Buradaki hastalar, hafta sonlarında genellikle birlikte bir şeyler yaparlar	91
92	Çalışanlar hastalara yardım etmek için esnek davranabilirler.	92
93	Bu tedavi programı her zaman aynıdır, değişmez.	93
94	Bu serviste çalışanlar, eleştiri yapılmasından yana değildir.	94
95	Buradaki hastalar taburcu olmadan önce, yaşamları ile ilgili belki planlar yapmak zorundadır.	95
96	Burada kağıt oynamak ya da başka faaliyetler için grup oluşturmak çok zordur.	96
97	Burada hastaların çoğu sadece zaman geçiriyor gibidir.	97
98	Oturma salonu genellikle dağınıktır.	98
99	Çalışanlar, bir hastanın durumu iyiye gittiği zaman, bunu ona söylerler.	99
100	Burada doktorlara, sorumlu olduklarını hissettirmek iyi bir düşüncedir.	100

Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ) Cevap Anahtarı

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

EK-2: Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
22.05.2018 08:22 - 16867222 - 604.01.01 - E.1585



Sayı : 16867222/604.01.01
Konu : Alime Nur UYGUN'un
Tez Çalışması Hk.

KOÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
(Rumelifeneri Mahallesi, Rumelifeneri Yolu 34450 Sarıyer / İstanbul)

İlgi : a) 12/04/2018 tarihli ve 71211201 sayılı yazı
b) 18/05/2018 tarihli ve 32900231-604.01.01-626 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programında öğrenim gören HSGN 599 numara ile kayıtlı öğrencisi Alime Nur UYGUN'un, Prof. Dr. Perihan GÜNER'in danışmanlığında yürütülen; "Psikiyatri Servisinde Yatan Hastaların Servis Ortamı Algılarının İncelenmesi" konulu tez çalışmasını kurumumuza bağlı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüş olup konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini ve bilgilerinize arz ederim.

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNI DİR
22.05.2018
Permisi GÖRECEK
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Geliştirilmesi Şubesi
Bilgi Sorumlusu

e-izmalıdır.
Dt. Şule TUYGUN
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

EKLER:

1-Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
(Görüş Yazısı, 1 Sayfa)

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Faks No:

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

Unvan: FIRMA

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 61e843e0-b45e-4410-8dd3-d025119008db kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3: Etik Kurul İzni

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**

ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	04.01.2018
Karar No:	2018.001.IRB3.001
Sorumlu Araştırmacı:	Alime Nur Uygun
Araştırma Başlığı:	Psikiyatri Servisinde Yatan Hastaların Servis Ortamı Algılarının İncelenmesi
Başlangıç tarihi:	05.01.2018
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz "**Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu**" tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin 6 aydan daha fazla gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Etik bakımdan sorun çıkması ya da şüpheli bir olay/beklenmeyen etki görülmesi durumunda derhal etik kurul bilgilendirilmelidir.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.

Saygılarımla,

Hakan S. Orer

Hakan S. Orer
Başkan

Koç Üniversitesi Etik Kurulunun Sekreteryası T: 0212 338 11 76 chr@ku.edu.tr

EK- 4: Kurum Değişikliği Formu

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



Toplantı Tarihi:	04.01.2018
Karar No:	2018.001.JRB3.001
Sorumlu Araştırmacı:	Alime Nur Uygun
Araştırma Başlığı:	Psikiyatri Servisinde Yatan Hastaların Servis Ortamı Algılarının İncelenmesi
Başlangıç tarihi:	05.01.2018

Sorumlu araştırmacının talebi üzerine 05.10.2018 tarihinden itibaren yeni kurum ekleme talebi uygun bulunmuştur.

Saygılarımla,


Hakan S. Ozer
Başkan

Koc Üniversitesi Etik Kurulan Sekreteryası T: 0212 338 11 76 etr@ku.edu.tr

Scanned with CamScanner