

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKIYATRİ SERVİSİNDE YATAN YETİŞKİN HASTALARIN TEDAVİ EDİCİ
ORTAMA İLİŞKİN ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ELİF DİRİĞ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Fahriye OFLAZ

İSTANBUL, 2016

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ SERVİSİNDE YATAN YETİŞKİN HASTALARIN
TEDAVİ EDİCİ ORTAMA İLİŞKİN ALGILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

ELİF DİRİĞ
142038003

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Fahriye OFLAZ

İSTANBUL, 2017

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ



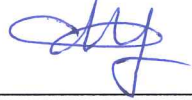
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Elif DİRİĞ Öğrenci No : 142038003
Anabilim/Bilim Dalı : HEMŞİRELİK Tez Savunma Tarihi : 20.01.2017
Danışman : Doç. Dr. Fahriye OFLAZ Tez Savunma Saati : 12.00

Tez Konusu : 'Psikiyatri Servisinde Yatan Yetişkin Hastaların Tedavi Edici Ortama İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi'

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL'ü'ne OYBİRLİĞİ / —
OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Doç. Dr. Fahriye OFLAZ (Koç Üni.)	Kabul	
Prof. Dr. Birsen YÜRÜĞEN	Kabul	
Yrd.Doç. Özlem YAZICI	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. K. Derya BEYDAĞ		

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	iii
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
ÖNSÖZ	xi
BEYAN	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tedavi Edici (Terapötik) Ortam Kavramı.....	3
2.2. Etkili Bir Tedavi Edici Ortamın Unsurları.....	5
2.2.1. Güvenlik	5
2.2.2. Yapılandırılmış Ortam.....	6
2.2.3. Normlar	11
2.2.4. Denge.....	14
2.2.5. Esneklik/Değişebilirlik	14
2.3. Tedavi Edici Ortam ve Psikiyatri Hemşireliği.....	15
2.4. Tedavi Edici Ortamın Hastalar Üzerindeki Etkileri.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Tipi.....	18
3.2. Araştırmanın Yeri	18
3.3. Evren ve Örneklem.....	18
3.4. Veri Toplama Araçları.....	20
3.5. Verilerin Toplanması	23
3.6. Verilerin Analizi	23
3.7. Etik Boyut.....	23
3.8. Sınırlılıklar	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	56

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
KAYNAKÇA.....	65
EKLER	75
EK-1. Kişisel Bilgi Formu.....	76
EK-2. Aydınlatılmış Onam Formu	77
EK-3. Servis Ortamı Ölçeği.....	78
EK-4. SOÖ FORM-R CEVAP KAĞIDI	83
EK-5. SOÖ FORM-R CEVAP ANAHTARI	84
EK-6. ETİK KURUL VE KURUM İZİNİ.....	85



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Servis Ortamı Ölçeği Soru Dağılımı	22
Tablo 2. Çalışmaya Katılan Olguların Demografik Özellikleri	25
Tablo 3. Çalışmaya Katılan Olguların Hastalık ve Tedavi ile İlgili Özellikleri..	26
Tablo 4. Hastalık Tanılarını Bilme Durumuna Göre Dağılımı	27
Tablo 5. Servis Ortamı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları	28
Tablo 6. Servis Ortamı Ölçeği Alt Boyut Ortalamaları ve Hastaların Yaşlarının Korelasyonu	29
Tablo 7. Cinsiyete Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 8. Öğrenim Durumuna Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması.....	33
Tablo 9. Medeni Duruma Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması.....	36
Tablo 10. Çalışma Durumuna Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması.....	37
Tablo 11. Sağlık Güvencesi Varlığına Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması.....	39
Tablo 12. Düzenli Gelir Durumuna Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması	40
Tablo 13. Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması.....	42
Tablo 14. Yaşadığı Yere Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması.....	43
Tablo 15. Yaşanılan Yere Göre Eğitim Durumunun Karşılaştırılması.....	44

Tablo 16. Yattığı Servise Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının	
Karşılaştırması.....	45
Tablo 17. Yatış Sıklığına Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının	
Karşılaştırması.....	47
Tablo 18. Daha Önce Farklı Hastanede Tedavi Varlığına Göre Servis Ortamı	
Ölçek Puanlarının Karşılaştırması	48
Tablo 19. Risk Faktörlerinin Otonomi Düzeyi Model Özeti	51
Tablo 20. Otonomi İçin Regresyon Modeli	51
Tablo 21. Risk Faktörlerinin Katılım Düzeyi Model Özeti	51
Tablo 22. Katılım İçin Regresyon Modeli	52
Tablo 23. Risk Faktörlerinin Pratik Yönelim Düzeyi Model Özeti	52
Tablo 24. Pratik Yönelim İçin Regresyon Modeli	53
Tablo 25. Hastalık Tanısına Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının	
Karşılaştırması.....	53
Tablo 26. Servis Ortamı Ölçeği Alt Boyutları İle Hastanede Yatış Süresi ve	
Yatış Sayısı İlişkisi.....	54

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Servis Ortamı Ölçeğinden elde edilen puanların dağılımı	29
Şekil 2. Cinsiyete göre servis ortamı ölçeği ilişki boyutu katılım ve destek puanları dağılımı	31
Şekil 3. Cinsiyete göre servis ortamı ölçeği sistemin işleyişi boyutu düzen ve organizasyon puanı dağılımı.....	32
Şekil 4. Öğrenim durumuna göre servis ortamı ölçeği ilişki boyutu katılım ve destek puanları dağılımı	34
Şekil 5. Öğrenim durumuna göre servis ortamı ölçeği sistemin işleyişi boyutu düzen ve organizasyon puanı dağılımı	35
Şekil 6. Çalışma durumuna göre servis ortamı ölçeği kişilik gelişim boyutu öfke ve saldırganlık puanı dağılımı.....	38
Şekil 7. Düzenli gelir durumuna göre servis ortamı ölçeği ilişki boyutu destek ve spontanlık puanları dağılımı.....	41
Şekil 8. Yaşadığı yere göre servis ortamı ölçeği kişilik gelişim boyutu pratik yönelim puanının dağılımı	44
Şekil 9. Yattıkları servislere göre servis ortamı ölçeği ilişki boyutu katılım ve destek puanları dağılımı	46
Şekil 10. Faklı hastanede tedavi varlığına göre servis ortamı ölçeği ilişki boyutu katılım ve destek puanları dağılımı	49
Şekil 11. Farklı hastanede tedavi varlığına göre servis ortamı ölçeği kişilik gelişim boyutu otonomi ve pratik yönelim puanları dağılımı	50

ÖZET

Bu araştırma, psikiyatri servisinde yatan yetişkin hastaların, tedavi edici ortamı nasıl algıladıkları konusunda bilgi sahibi olmak ve bu durumu etkileyebilecek faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel desende bir çalışmadır. Araştırma, 01.09.2016 ile 31.12.2016 tarihleri arasında, İstanbul'da bir Ruh ve Sinir Hastalıkları hastanesinde, açık kadın servisi, kapalı erkek servisi ve açık erkek servislerinde yatarak tedavi gören hastalarla yürütülmüştür. Bu çalışmanın verileri için, araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu ve Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ) kullanılmıştır. Araştırma bulguları doğrultusunda, hastanın hastalık süreci ile ilgili özelliklerinden ziyade demografik özelliklerinin servis ortamı algısı ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra kadın hastaların destek, katılım, düzen ve organizasyon puanlarının erkeklerden yüksek olduğu, yaş arttıkça hastaların spontanlık puanlarının arttığı, lise ve üniversite mezunu olan hastaların katılım, destek, düzen ve organizasyon puanlarının ortaöğretim mezunu hastalardan yüksek olduğu, çalışan hastaların, çalışmayan hastalara göre öfke ve saldırganlık puanlarının yüksek olduğu, düzenli geliri olan hastaların destek ve spontanlık puanlarının, düzenli geliri olmayanlardan yüksek olduğu, ilçe ve şehirde yaşayanların pratik yönelim puanları, köyde yaşayan hastalardan yüksek olduğu, açık serviste yatan hastaların katılım ve destek puanlarının kapalı serviste yatan hastalardan yüksek olduğu, daha önce farklı hastanede tedavi gören hastaların, daha önce farklı hastanede tedavi görmeyenlere göre, katılım, destek, otonomi ve pratik yönelim puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca medeni durum, sağlık güvencesi varlığı, birlikte yaşadığı kişiler, hastalık tanısı, yatış sıklığı ve hastanede yatış süresi gibi değişkenlerin hastaların servis ortamı algısı ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda, çalışanların, hastaların servis ortam algılarını etkileyen, kişisel özelliklerini göz önünde bulundurarak hizmet vermelerinin yararlı olacağı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tedavi edici ortam, psikiyatri hastanesi, psikiyatri hastası

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELEVANT PERCEPTIONS OF ADMINISTRATIVE ADMINISTRATION IN ADOLESCENTS IN PSYCHIATRY CLINIC

This research was conducted to know how adult patients in the psychiatric service perceive the therapeutic environment and to determine the factors that may affect this situation. This work is a descriptive and cross-sectional study. The study was carried out between 01.09.2016 and 31.12.2016 in a psychiatric and neurological disease hospital in Istanbul with patients undergoing open female services, closed male services and open male services. For the data of this study, the personal information form prepared by the researcher and the Service Environment Scale (SES) were used. Survey findings show that demographic characteristics are related to the perception of the service environment rather than to the disease process characteristics. The support, participation, order and organization scores of female patients are higher than men; It is observed that the scores of participation, support, organization and organization of high school and university graduates are higher than those of secondary school graduates and that the spontaneous scores of the patients increase as the age increases and the anger and aggression scores of the working patients, Higher than the non-income, that the practical orientation scores of the people living in the towns and cities are higher than those living in the villages, and the participation and support scores of the open service are higher than those of the closed-sided ones. Patients who were previously treated in different hospitals were found to have lower levels of participation, support, autonomy and practical orientation than those who were not previously treated in different hospitals. It was determined that variables such as marital status, health insurance status, cohabitation, disease diagnosis, hospitalization frequency and hospitalization duration were not related to the service environment perception.

In the light of the results of the study, it was evaluated that it would be useful for the employees to serve the patients considering their personal characteristics which affect the service environment perceptions.

Key words: Therapeutic milieu, psychiatric hospital, psychiatric patient

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca, bana yol gösteren, sabırla, ilgiyle bana yardımcı olan, bilgi, deneyim ve desteğini esirgemeyen, yoğun mesaisi içinde bana vakit ayıran, çok değerli danışman hocam Doç. Dr. Fahriye Oflaz'a,

Araştırma sürecim boyunca bana her türlü desteği sağlayan Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları hastanesi yönetici ve çalışanlarına,

Tez sürecim boyunca dostluklarını bana daha fazla hissettiren Şenay Şermet ve Fatma Kargıca'ya,

Tüm öğrenim hayatım boyunca, maddi ve manevi destekleri ile hep yanımda olan aileme,

Sevgi ve desteğini esirgemeyen, motive edici önerileriyle hep yanımda olan, sabır ve ilgiyle beni destekleyen, sevgili eşim Mücahid Diriğ'e ve biricik kızıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.



Elif DİRİĞ

1.GİRİŞ

Servis ortamı, diğer tedavi yöntemlerinin etkilerini azaltan ya da arttıran önemli bir faktördür (1). Tedavi edici ortam kavramı, çevrenin tüm yönlerini içeren, geniş, kavramsal bir yaklaşım ortaya koyar. Ortamın tedavi edici özellik taşımasının, hastaya yardımcı olacağı düşüncesi, kişi ve çevre arasındaki etkileşimin, davranışları etkilediği fikrine dayanır. Tedavi edici ortamın amacı; hastanın temel gereksinimlerini karşılamak, kendisini ifade etmesini sağlamak, sorun yaratan davranışlarını kontrol etmesini sağlayarak, stresle başa çıkmasına yardımcı olmaktır. Tedavi edici ortamda, hastanın, hasta-personel arasındaki iletişimden yüksek düzeyde fayda sağlanması ve diğer insanlarla ilişki kurma yeteneğinin gelişmesi sağlanır. (2, 3, 4).

Tedavi edici ortam sürecinin, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği önemle vurgulanmaktadır. Kendi tedavisi ve iyileşme sürecinde, aktif rol alması beklenen hasta, çevresiyle ne kadar sağlam ve yakın ilişki içerisinde olursa, kendisini o denli güvende ve güçlü hissedecektir (5, 6, 7, 8).

Başarılı ve etkin bir tedavi edici ortamın oluşturulabilmesi için, tedavi edici ortam kavram ve uygulamalarının bilinmesi, hastaların tedavi edici ortamla ilgili düşüncelerinin belirlenmesi, uygun girişimlerin belirlenmesi ve bakım programının oluşturulabilmesi için önem arz etmektedir (9).

Tedavi ortamının, ortamdaki kişiler tarafından nasıl algılandığı konusunda bilgi sağlanırsa, elde edilen bilgilerle, ortamın hasta yararına geliştirilmesi ve değiştirilmesi için planlamalar yapılabilir. Beklenti ve gereksinimlerinin neler olduğu bilinen hastaya yönelik girişimler yoluyla hastanın tedaviye uyumu kolaylaşır (5, 10).

Servis ortamı ile ilgili çalışmalarda, hastaların bireysel özelliklerinin, terapötik ortam algısını etkilediği; çalışanların terapötik ortam oluşturulması konusunda daha fazla bilgiye gereksinim duydukları; servis ortamı değerlendirmeleri ve düzenlemelerinin, hastanın en üst düzeyde yarar sağlanması ve en iyi tedavi sonuçlarına ulaşması üzerine odaklanması gerektiği ve servis ortamını etkileyen değerşkenlerin, daha kapsamlı ele alınması gerektiği belirtilmektedir (3, 5).

Bu nedenle bu araştırma, psikiyatri servisinde yatan yetişkin hastaların, tedavi edici ortamı nasıl algıladıkları konusunda bilgi sahibi olmak ve bu durumu etkileyebilecek faktörleri belirlemek amacıyla yapılmış olup, psikiyatri kliniğinde yatan hastaların, sosyo-demografik özellikleri ve hastalık süreci ile tedavi edici ortamı değerlendirmeleri arasındaki ilişki tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu çalışma ile psikiyatri kliniğinde yatan hastalara verilebilecek hemşirelik hizmetlerinin planlanması, geliştirilmesi ve desteklenmesi konusunda katkı sağlamak hedeflenmiştir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.TEDAVİ EDİCİ ORTAM KAVRAMI

Tedavi edici ortam, hastanın sağlığına yeniden kavuşmasını amaçlayan, bireyin sağlığını yükselterek, sosyal yaşantısına tekrar dönmesini sağlayan, yeteneklerini arttıran, korku ve soyutlanma duygusunu önleyen, ideal ve dinamik bir süreçtir. Tedavi edici ortam kavramı, ortam içerisinde bulunan bütün unsurların, en ideal bakımı sağlayacak şekilde, hasta için kullanıldığı atmosferi ifade etmek için kullanılmaktadır. Tedavi edici ortamın, hastanın kıyafeti, tedavisinde rol alan sağlık personelinin tutumu, servis içinde yaşanan ilişkiler, içinde yaşadığı oda ve hastanenin mimarisi gibi geniş bir kapsamı bulunmaktadır (2, 4, 5, 11).

Tedavi edici ortam kavramı ilk kez 1950'lerin başında Maxwell Jones tarafından tanımlanmıştır. Maxwell Jones, tedavi edici ortamı; değerler, davranışlar, aktiviteler ve kültürel normları içeren, yatan hasta ortamı olarak tanımlamıştır. Yine bu yıllarda tedavi edici ortam kavramını ve hemşirelerin bu ortamdaki rollerini anlatan “The Therapeutic Community” isimli bir kitap yayımlamıştır (12). Jones'dan neredeyse yüz yıl önce, hastanın içinde bulunduğu çevre ve hemşirelik arasındaki ilişkiyi vurgulayan Florence Nightingale (1854), “hastanın vücudundaki hastalıklı yerin çıkarılmasının, tıbbın işlevi olduğunu, hastanın bedeninin iyileşmesi için, gereken en iyi ortamın sağlanması ve gerekli düzenlemelerin yapılmasının ise, hemşirelerin sorumluluğunda olduğunu” ifade etmiştir. Amerikan Hemşireler Birliği de, tedavi edici ortamın oluşturulmasının ve sürdürülmesinin, psikiyatri hemşireliğinin uygulama standartları içerisinde yer aldığını belirtmiştir. Böylece, hastanın bulunduğu ortamın, tedavi edici olacak şekilde düzenlenmesi ve yönetilmesi, hemşirelerin önemli rollerinden biri olarak yerini almıştır (13).

Çevresiyle ve bulunduğu ortamlarla sürekli etkileşim içerisinde olan insan, içerisinde bulunduğu ortamın özelliklerinden etkilenir ve bulunduğu ortamı etkiler. Hastanın bulunduğu ortamda geçirdiği her saat, hastaların birbirleriyle ve görevlilerle kurdukları her ilişki, özetle servis yaşamının her yönü, hasta için oldukça önemlidir. Tedavi edici ortamın, hastanın benlik değerini yükseltme yanında, bedensel ihtiyaçlarını da karşılaması gerekir (5, 14, 15, 16, 17, 18).

Tedavi edici ortamın amaçları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (2, 5,19, 20).

- Hastanın temel gereksinimlerini karşılamak

- Hastanın hastaneye yatmasına neden olan psikiyatrik problemin farkına varmasını sağlamak
- Hastanın sorun yaratan davranışlarını kontrol etmesini sağlamak
- Hastanın stresli durumlara başa çıkmasını sağlamak
- Hasta-personel arasındaki iletişimden en yüksek düzeyde fayda sağlamak
- Hastaların birim yönetimine katılma imkanlarını arttırmak
- Hastanın kendine güveninin artmasını sağlayarak benlik değerini yükseltmek
- Hastanın kendisini ifade etmesini sağlayarak diğer insanlarla ilişki kurma yeteneğini geliştirmek

Psikiyatri kliniklerinin tedavi edici ortam yönünden belirlenmiş ölçütleri olmalıdır. Bunlar hasta ile birebir görüşme yapılabilecek odaların bulunması, hasta odalarının kalabalık olmaması, emniyetin ve güvenliğin sağlanması, sosyal aktivitelerin olması, duvar tonlarının pastel ve beyaz olması gibi özelliklerdir. Bunun yanında hizmet veren sağlık personellerinin eğitim düzeyi, psikiyatri hemşirelerinin servis içerisindeki aktif rolleri, hastanenin konumu, bahçesi ve mimari yapısı, tedavi edici ortamın sürdürülebilmesinin temelini oluşturur (16).

Hastaların işlevselliklerini arttıran tedavi edici uygulama ve yaklaşımlara son yıllarda önem vermeye başlanmıştır. Bu amaçla yatarak tedavi gören psikiyatri kliniklerinde uğraşı terapilerine, uğraşı salon ve odalarına önem verilmiş, tedavinin bir parçası olarak sunulmaya başlanmıştır. Ülkemizdeki psikiyatri kliniklerinde bu tip uygulamalar, mesleki eğitimi bulunan kişiler tarafından hemşire, psikolog ve psikiyatri uzmanı gözetiminde uygulanmaktadır. Buradaki temel amaç, kişilerin sosyal becerilerini arttırmak ve günlük yaşam aktivitelerine katılımlarını sağlamaktır. Böylelikle hasta bireyler, vakitlerini daha doyurucu ve üretken geçirebilmektedirler. Bu durum tedavi edici süreci daha olumlu, dinamik ve katlanılabilir kılmaktadır (21).

2.2.ETKİLİ BİR TEDAVİ EDİCİ ORTAMIN UNSURLARI

Tedavi edici ortamın etkili bir şekilde sürdürülebilmesi için bazı temel unsurlara dikkat etmek gerekir. Bu unsurlar aşağıda sıralanmıştır (2, 4, 22, 23);

2.2.1.Güvenlik

Güvenliğin sağlanması, tedavi edici ortamın oluşturulmasında, en önemli konudur. Fiziksel ve psikolojik zararlardan uzak olmayı kapsar. Psikolojik zararlardan uzak olmak, hasta bireyi gereksiz karşılaşmalardan korumaktır. Fiziksel zararlardan korumak ise, fiziksel şiddete izin vermeyen normlar oluşturularak ve ortamdaki kazalara neden olabilecek faktörlerin kontrolünü sağlayarak hastayı korumaktır (2, 4).

Fiziksel güvenliğin sağlanmasında bireyin kendisine ve çevresine zarar vermesine sebep olabilecek nesnelere ve malzemelerin, ortamda bulundurulmaması önemlidir. Örneğin; enjektörler kullanıldıktan sonra hemen atılmalı ve hastaların ulaşamayacağı yerlerde muhafaza edilmelidir. Kesici aletlerin, cam materyallerin, deterjan gibi toksik etkileri olabilecek malzemelerin ortada bırakılmaması ve hastalardan uzak tutulması gerekir. Hastaların, hasta odalarında, sigara içmesine izin verilmemelidir. Birimde hastaların tedavisi için kullanılan ilaçların, hastaların ulaşamayacağı yerlerde ve kilit altında bulunması sağlanmalıdır. Ayrıca, hastanın hastaneye yatışı sırasında eşyaları kontrol edilmelidir. Servis ortamında 24 saat aralıksız bakım sağlayan hemşireler, hasta güvenliğinin sağlanmasında, en önemli meslek grubunu oluşturmaktadır. Bu nedenle, tedavi edici ortam içerisindeki hemşireler, hasta güvenliğini oluşturan önlemler alması gerekir (4, 24, 25, 26). Güvenliği sağlamak amacıyla, kilitli kapılar, alarm sistemi, özel izolasyon, gözlem odaları ve güvenlik personelleri bulundurulmalıdır Çalışan personelin tutumu hastaya, iyi ve güvende olduğunu hissettirmelidir. Ayrıca çalışanlar, hastanın güvenli bir ortamda bulunduğunu, kendisine ve çevresine zarar vermesine hiçbir şekilde izin verilmeyeceğini hastaya hissettirmelidir. Olumsuz davranışlarının gelecekteki sonuçları hastaya uygun bir dille anlatılmalıdır (27, 28).

2.2.2.Yapılandırılmış Ortam

Yapılandırılmış ortam, fiziksel çevreyi, günlük grupların ve derslerin programını, birimle ilgili düzenlemeleri içerir. Amaç hastayı destekleyecek ve sakinleştirecek bir ortam sağlamaktır. Ortamın yapısı denildiğinde dört temel unsuru içermektedir (2, 4).

a. Birimin Fiziksel Planı

Hastaneler, hastalar için, kafa karıştırıcı ve stresli ortamlardır. Hasta birey kendisini güvende hissettiği evinden ayrılıp, hastane ortamına geldiğinde, kendisi ve çevresi ile ilgili kontrolünü kaybeder. Bu durum kişide gerginlik yaratır. Psikiyatri hastalarında bu durum daha yoğun yaşanır ve kişi tedaviden uzaklaşır. Hasta kendisini güvende ve rahat hissetmediğinde, hastanede kalmak istemeyecektir. Bu nedenle psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların içinde buldukları hastanenin ve birimin mimarisi, güven ve memnuniyet sağlayan, tedavi edici ortamı destekleyen nitelikte olmalıdır (23).

Akpınar 2004 yılında yaptığı çalışmasında, psikiyatri kliniğinde yatan hastaların, hastanede yatmaya bağlı olarak karşılaştıkları stresörlerin içerisinde, hastanenin fiziki koşullarının ve kliniğin mimari özelliklerinin yer aldığını belirtmiştir (29).

Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların, fiziksel ve psikososyal gereksinimleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır ve bu gereksinimlerin, hastanenin mimari tasarımında göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmektedir (22);

- Mahremiyet
- Huzur ve sessizlik
- Hasta odaları dışında dolaşmayı teşvik edecek alanlar
- Dışarıyı görebilme
- Güvenlik
- Estetik ve hoş giden ortam
- Doğru ve yeterli aydınlatma
- Gerekliğinde diğer hastalardan izolasyon
- Olumlu dikkat dağıtıcıların olması
- Ziyaretçiler için uygun ve yeterli alan

İlgili yayınlarda psikiyatri hastanelerinin kentin dışında büyük bir arazi ortasında yapılması önerilmektedir. Hastanenin etrafındaki alanın bir bölümü gezinti için ayrılırken, bir bölümü de bahçecilik ya da tarımsal aktivitelere ayrılabilir. Dış mekan düzenlenirken, hastanın hastalığını unutturan, düşüncelerini başka yöne çeviren ve boş vakitlerini değerlendirebileceği aktiviteleri de değerlendirmek gerekir. Örneğin kişi çiçek yetiştirebilir, spor yapabilir ve böylece kendisinde oluşan fazla enerjiyi boşaltabilir. Ayrıca hastane bahçelerinde, hastaların kendilerine ve başka hastalara zarar verme riski göz önünde bulundurularak özgürce hareket edebilecekleri ve rahatlatıcı etkiye sahip geniş çim alanlarına yer verilmelidir. Hastane mimarisi hapisaneyeye benzememeli bir çiftlik ya da pansiyon gibi düzenlenmelidir. Hastane bahçelerinde, hasta yakınlarının ziyaret edip oturabileceği, bir şeyler yiyip içebileceği mekanlar da tasarlanmalıdır. Hastalar her zaman bahçeyi aktif olarak kullanmasalar bile buldukları odanın penceresinden dışarıyı seyredebilmeleri hastalar için oldukça yararlıdır. Bu nedenle hasta odalarının pencereleri, olabildiğince bahçeye bakmalıdır. Yapılan bir araştırmada doğal manzaraları seyreden, pencereleri tabiata bakan hastalarla, pencereleri duvara bakan hastalar karşılaştırıldığında, penceresi manzaraya bakan hastaların, hastaneden daha erken taburcu oldukları belirlenmiştir. Bütün bunların yanı sıra bahçeler tasarlanırken, hastaları izlemekle görevli olan personellerin görüş alanını daraltmayacak şekilde planlanmalıdır (30, 31, 32).

Hastalar çoğu zamanını, iç mekanlarda geçirdiği için, dış mekan kadar iç mekanlar da önemlidir. Hastaneler kolay erişilebilen, kişiye kendisini güvende hissettiren, giriş ve çıkış noktalarında yeterli aydınlatması bulunan yapılar olmalıdır. Uygun aydınlatmanın olmaması, hasta bireylerde, ruh halinin değişimine ve strese neden olabilmektedir. Ayrıca, bina içinde ve dışında her mekana ulaşım kolaylıkla sağlanmalıdır (33, 34).

Psikiyatri hastanelerinde hasta odaları havalandırmaya müsait olmalı ve güneş almalıdır. Oda renkleri pozitif duyguları destekleyen pastel tonlarda olabilir. Renklerle ilgili olarak örneğin; anksiyete seviyesi yüksek hastalarda, sıcak mavi tonların, sedatize edici etkisi olduğundan, bu tonlar tercih edilebilir. Kendisine ve çevresine zarar verme riski olan saldırgan davranışlarda bulunan hastaların, hasta odalarında, sakinleşmeyi sağlayan, sedatize edici renkler kullanılabilir (35).

Diğer bir konu da mutfak, yemek salonu, çamaşırhane gibi hizmetlerin verildiği ortamların kişiyi rahatsız etmeyecek şekilde düzenlenmesidir. Hastalar için yüksek ses, olumsuz bir faktör olduğundan, gürültüyü azaltmak da önemlidir. 85 desibelin üzerine çıkan

sesler, kişide yorgunluk ve zihinsel aktivitelerde yavaşlamaya neden olur. Yaratıcılığı ve öğrenmeyi azaltır. Gürültünün etkisinde kalan hastalar, tedirgin, gergin ve rahatsız olmaktadır. Hatta bazen gürültü ortadan kalksa bile, tedirginlik ve gerginlik hissi devam edebilmektedir (17, 36, 37).

b. Temel Kuralların ve Günlük Planın Yazılı Olduğu Bir Doküman

Buradaki doküman hastaların sorumluluklarını, kuralları, kuralların çiğnenmesi durumunda olası yaptırımları, tanımları ve hedefleri içerir. Tedavi edici ortamda hastanın servise uyum sağlaması için servisin hemşire tarafından tanıtılması, servisin kurallarının açıklanması ve kuralların tüm hastaların görebileceği bir yere asılması gerekir. Hemen hemen bütün kliniklerde, servis kurallarının olduğu bir doküman vardır. Bu kuralların çoğu koridorlarda asılı iken pek azı hasta odalarında asılıdır. Ancak bazı durumlarda, kuralların, duvarda asılı olması yeterli olmayabilir. Adaptasyonun sağlanabilmesi için, sözlü açıklama yapmak da gerekebilir (16, 38).

c. Basamak sistemi

Basamak sistemi davranışçı yaklaşımın esaslarını kullanır ve ödüllendirilen davranışın pekişeceği ve devam edeceği fikrine dayanır. İstendik davranışlar geliştikçe, bazı imtiyazlara sahip olan hasta, davranış değiştirmeye motive olur ve iyileşme süresi kısalabilir. Bu, literatürde de belirtilen, bir tür davranış sözleşmesidir. Bu sistemde, hasta ve ekip üyeleri, bu basamakların nasıl ilerleyeceği konusunda, bir tür sözleşme içindedir. Bu çerçevede, hastanın olumlu davranışları ödüllendirilmiş olur ve hasta taburculuğa doğru ilerler. Bu ilerleme de kendisi de sorumluluk almış olur. Davranışların düzeltilmesi için kullanılan benzer diğer yöntemler, para, marka veya puanlama ile ödüllendirilmez. Psikiyatri kliniklerinde ödüllendirme motivasyonu artırır. Dikkatin, olumlu davranışlar üzerine yoğunlaşması sağlandığında, olumsuz davranışlar azalacaktır (39, 40).

Basamak sisteminde, hastanın, hastalık tablosunun olumlu seyrettiği durumlarda, bazı protokoller uygulanır. Saldırgan davranışlarda bulunan kişinin, yapılan gözlemler sonucu, şiddet riski azaldığında, kapalı servisten açık servise alınması veya öz bakımını karşılamaya başlayan kişinin sosyal faaliyetlerde rol alabilmesinin sağlanması, bu sisteme örnek olarak verilebilir (16).

d. Düzenli olarak yürütülen grup aktiviteleri

Psikiyatri servislerinde yürütülen grup aktiviteleri tedavi edici ortamın ayrılmaz parçasıdır. Yataklı tedavi hizmeti veren psikiyatri servislerinde, tedavi edici ortamı sağlayabilmek için, yatan hasta gruplarını düzenlemek ve hastaların bu gruplara katılmalarını sağlamak önemlidir. Hastalar bu gruplarda, başarılarını ve problemlerini paylaşırlar. Bu gruplar terapiye giriş niteliğini taşır ve tedavi edici yaklaşımlar içerir, hastanın iletişim örüntülerini fark etmesini sağlar. Bu gruplarda hastalar, birbirleriyle paylaşımda bulunarak, diğer hastaların kendilerini nasıl algıladıkları konusunda geribildirim alır ve verirler. Psikiyatri kliniklerinde günaydın toplantısı, iş uğraş terapileri ve sosyal aktivite toplantılarının en çok yürütülen aktiviteler olduğu belirlenmiştir (10, 41).

1. Sosyal Toplantılar

Tedavi edici ortamda sıkça yürütülen gruplardır. Bu toplantılar, hastalar içerisinde bir kişi tarafından veya personel tarafından yürütülür. Toplantıda, toplantıya yeni katılan kişilerle tanışılır ve kliniğin kuralları gözden geçirilir. Bu toplantılarda hastalara çevreyi temiz tutması gibi görevler verilebilir. Hastaların taburcu olduktan sonra kendilerini yaşama hazırlayacak konular konuşulabilir. Servis ortamındaki sorunların konuşulabilmesi için ortam sağlanır. Genellikle hastaların birbirleri ile veya hasta personel arasındaki çatışmalar konuşulur (4).

2. Fiziksel Egzersiz, Aktivite ve Sosyal Beceri Grupları

Aktivite ve sosyal beceri gruplarında amaç, hastanın bir şeyi yapma, kazanma, başarma duygusunu desteklemektir. Hasta, kendisi dışındaki diğer dünyayla ilgilenmeye başladığında, kendisine zarar veren olumsuz düşüncelere daha az enerji harcar. Sosyal beceri gruplarında ise hastaların, sosyal becerileri öğrenmesi ve uygulaması amaçlanır. Örneğin; kişinin giyinmesi, kendi yiyeceğini hazırlaması, alışveriş yapması, aldığı bir şeyi geri vermesi, fatura ödemesi, para ve ilaç yönetimi gibi pratik yaşam becerileri bu grup içine alınabilir. Ayrıca bu gruplarda yeni insanlarla tanışmak ve konuşmak, hastanın sözel iletişim becerilerini geliştirir. Güvenli bir ortamda becerilerin denenmesi, hataların fark edilmesini sağlar ve yeni becerilerin gelişmesine yardımcı olur (2, 4).

Fiziksel egzersizler, sağlığın iyileştirilmesi ve hastaların, hastalıkları sebebiyle oluşabilecek risk faktörlerinin azalmasına yardımcı olmaktadır. Ayrıca, zihinsel sağlığı iyileştirmede etkili olduğu gösterilmiştir. Fiziksel egzersizler, kişilerin ruhsal durumunu

iyileştirir. Yapılan çalışmalarda kişilerin ruhsal durumlarının iyileşmesinin ılımlı egzersiz sonrası oluştuğunu, yoğun bir egzersiz sonucu oluşmadığını gösterir. Bu nedenle kişiler kendilerine uygun düzeyde olan kondisyon hareketlerini yapmalıdırlar. Ayrıca fiziksel aktivitelerin, hastaların nöbet sıklığı üzerine olan pozitif etkileri olduğu da belirtilmektedir (42, 43, 44).

Açıl ve Doğan (2008), şizofreni tanılı hastalarda, fiziksel egzersizin ruhsal durum üzerine etkisi çalışmalarında, fiziksel egzersiz programının, hastaların ruhsal belirtilerinin azalmasında etkili olduğu belirtilmiştir (45).

3.Psikoeğitim Programları

Psikoeğitim gruplarında, hastanın hastalık belirtileri, nasıl tedavi edileceği ve kullanması gereken ilaçlar hakkında hasta ve ailelerine bilgi verilir. Psikoeğitim programı uygulamalarına başlamadan önce, kullanılacak içerik ve müdahaleler için hazırlık yapılmalıdır. Bu hazırlıklar katılımcıların gereksinimlerinin neler olduğu belirlendikten sonra yapılmalıdır. Oturumların nerede yapılacağı ve süresi önceden belirlenmelidir. Oturumların yapılacağı yer, herkesin rahatlıkla ulaşabileceği bir yer olmalıdır (46).

Psikoeğitim gruplarının temel amaçları şunlardır (47);

- Erken belirtileri tanımlamak, hastanın ilaç uyumunu arttırmak ve olası nükslerin önüne geçmek
- Kendi sorununun grup içerisinde de birçok insanda olduğunu göstererek, hastalık belirtilerinin genelleştirilebildiğini hastaya göstermek
- Yaşam kalitesini artırıcı baş etme yöntemlerini öğrenmesini sağlamak
- Hastalığının yaşamında neden olacağı engelleri anlamasını sağlamak, bununla birlikte yaşarken sosyal yaşamı için gerçekçi hedefler koyabilmesini sağlamak
- Hastanın grup içerisinde hastalığıyla ilgili düşüncelerini, duygularını, korkularını paylaşma cesaretini sağlamak
- Hastayı aile içi ve aile dışı stres faktörlerine karşı uyarmak ve hastayı hazırlamaktır

4. Meslek ve Geçiş Grupları

Meslek gruplarında psikiyatri hastalarının sosyal hayatta karşılaştıkları her türlü sorunların tanımlanması ve çözümlenmesi üzerine odaklanılır. Hasta bireyin sosyal ve mesleki alanda başarabileceği alanlarda en üst düzeyde yetenekler kazandırılarak, sosyal yaşamla bütünleşmesi hedeflenir. Hastaların yapabilecekleri bir işte eğitilmeleri sağlanır. Ayrıca kişilerin bireysel yetenek ve gelişimlerine uygun becerilerini geliştiren tedbirler alınır. Geçiş gruplarında ise yatan hastaların anksiyetelerini azaltarak, servis ortamına uyum sağlamaları hedeflenir (48).

Çakmak ve arkadaşları (2016) çalışmalarında, uğraşı terapisi gibi psikososyal tedavi yaklaşımlarının, psikoz ve psikoz dışı hastaların, bireysel ve sosyal performans değerlerini, anlamlı bir şekilde arttırdığını belirtmiştir. Ayrıca psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların tedavisinde, bu uğraşların, tedavinin önemli bir bileşeni olarak değerlendirilip, diğer tedavilerle birlikte yürütülmesinin, hasaların bireysel ve sosyal performans düzeylerinde iyileşme sağladığı ifade edilmiştir (21).

2.2.3. Normlar

Normların oluşması ve belirlenmesi, ortamın tedavi edici olmasını sağlayacak temel unsurlardan biridir. Klinik ortamla bütünleşen normlar, toplum içinde yaşamayı kolaylaştırma amacı taşır. Normlar; bireyi olduğu gibi kabullenme, mahremiyetin sağlanması, fiziksel ve duygusal güvenliğin sağlanması, bağımsızlık, kişisel kontrol, bireyselliğe saygı ve açıklıktır. Psikiyatri birimlerinde normların ortamda hissedilmesi kadar görünür kılınması önemlidir. Bu da kuralların ve sınırlamaların oluşturulması ve daha önce belirtilen şekilde, yazılı bir doküman haline getirilerek, hastaların görebileceği yerlere asılması ile sağlanabilir (2, 4).

Kişisel kontrol ve bağımsızlık normu, birbiriyle yakından ilişkilidir. Hastanın kendisi hakkında karar verebilme durumunu ifade eder. Ancak kliniklerdeki günlük programlar başkaları tarafından yapılmakta ve bu durum bağımlılığı arttırmaktadır. Hastalara ne zaman uyuyacağı, yemek yiyeceği ve nasıl sağlıklı olacağı tanımlanır ve bu durum hastanın bağımlılığının artmasına neden olur. Kişisel kontrol normunda, hastanın bağımsız davranış ve düşünceleri desteklenmeli ve kontrol bırakılabildiği ölçüde bırakılmalıdır. Böylelikle hasta, kendi düşüncelerini test etme olanağına kavuşacaktır. Bağımsızlık ve bireyselliğe saygı, başkalarının kendi kendine aldığı kararlara saygı göstermeyi içerir (2, 49).

Psikiyatri kliniklerinde sınır konulması gereken ve normların oluşması gereken durumlar şunlardır;

a. Mahremiyetin sağlanması; Mahremiyet, gizli olma/kişiyeye ait olan alan ve bilgilerin korunması anlamına gelmektedir. Hastaların mahremiyetine saygı gösterilmesi, sağlık hizmetinin temel normlarından biridir. Hastaya her türlü müdahale mahremiyetine saygı göstererek uygulanmalıdır. Mahremiyetine saygı gösterilen hastaların fonksiyonların öz değerleri korunur ve kararlara katılımı artar. Hastaların mahremiyetlerine saygı gösterilmemesi, kişinin kendisini değersiz hissetmesine ve toplumdaki geri çekilmesine neden olur (50, 51).

b. Açıklık; Duygu, düşünce ve fikirlerin alaya alınmadan korkulmadan ifade edilebildiği ortamı ifade eder (2, 4).

c. Kendine zarar vermeme; Kendine zarar verme davranışı, ortama uyamamanın ve hoşnutsuzluğun aynadaki yansıması olarak tanımlanabilir. Kendine zarar verme davranışının, tedavi ortamlarında bulaştığı ve yayıldığı tespit edilmiştir. Bir hastanın kendisine zarar verme davranışı, o ortamda bulunan diğer hastalar tarafından taklit edilebilir. Bu nedenle kişinin kendisine zarar verme davranışı bir belirti kabul edilerek, doğrudan uygun müdahalede bulunulmalı ve böylelikle hastanın görebileceği zarar azaltılmalıdır. Ayrıca, hastanın kendine zarar verme davranışını durdurmaya yönelik gereksinimler belirlenerek, bu davranış üzerinde, ısrarla durup, sabırla çalışılmalıdır. Kendisine veya çevresine zarar veren, intihar gibi riskli davranışları bulunan hastalar gözlemlenmeli ve değerlendirilmelidir (52, 53, 54, 55, 56).

d. Başkalarına zarar vermeme; Hastaların buldukları ortamdan beklentileri, ortamın kendilerine uyum sağlamasıdır. Bir çeşit annelik işlevi gibi iyileştiren, yatıştıran, acıları dindiren, bakım veren gibi iyileştirici özellikler atfedilen ortam içinde, bu eğilimlerin tam karşılık bulmaması durumunda, kişi hayal kırıklığı, mutsuzluk ve bakımın kendisinden esirgendiği duygusu yaşar. Bu durum hastanın çevresine karşı saldırganlaşmasına neden olur. Kişinin saldırgan davranmasına sebep olduğu düşünülen etkenler belirlenmeli ve düzeltilmelidir (28, 57).

e. Tedaviye uyum gösterme; Hasta bireylerin hastalıkları hakkında bilgilendirilmeleri yorumlama düzeylerini artırır. Hastalık hakkında bilgilenme, iç görüyü artırarak, hastanın tedaviye uyumu artırır. Klinik içerisinde bulunan hastaların sorunlarına duyarlı davranmak, hastaya iyi bir psikolojik eğitim vermek, hastanın uyumunu artıracaktır. Hastanın hastalığına

ve tedavisine ilişkin inanç ve düşüncelerinin üzerinde durulması uyumsuzluğu engelleyebilecek bir yöntemdir. İlaçların düzenli kullanılmaması, uyumsuzlukla ilgili sık karşılaşılan problemlerden biridir. Bu durumda hastaya ilacın başka birisi tarafından verilmesi, kullandığı ilaçların görülebilir bir yere konulması, kullanmadığı zaman, hastalığının kötüleşebileceği bilgisinin hastaya verilmesi, ilaç uyumunu arttıracaktır. Bunun yanında uyumsuzluk, kullanılan bazı ilaçların yan etkilerinin verdiği rahatsızlıktan dolayı da olabilir. İlaçların yan etkileri hastayı huzursuz eder ve uyumsuzluğa neden olur. Bu nedenle daha önce kullanıldığında yan etki gösteren ilaçların tekrar kullanılmasından kaçınılması gerekir (58, 59).

f. Alkol ve diğer maddelerin kullanılmaması; Psikiyatri hastalarında alkol ve madde kullanımı sıklıkla görülmektedir. Tedavinin daha etkili bir şekilde yürütülebilmesi için, kişinin tedavisine ilişkin daha gerçekçi beklentiler koymasına yardımcı olunmalıdır. Bunun için hastanın tedavi motivasyonunu arttıracak, eğitici, beceri geliştirici grup çalışmaları yapılabilir. Bunun yanında davranışsal beceri geliştiren çalışmalar yapılmalıdır. Kişinin alkol ve madde kullanıcılarıyla etkileşiminden kaçınması ve yasa dışı aktivitelerden uzak durmasının sağlanması önemlidir (60).

g. Sigara içme; Psikiyatri servisinde yatan hastalarda, sigara içme, çok sık görülen bir sorundur. Yapılan araştırmalarda hastaneye yattıktan sonra içilen sigara sayısının arttığı belirlenmiştir. Bu artışa klinikte zaman geçirememenin neden olduğu ifade edilmiştir. Bu nedenle, bu duruma çözüm olarak, klinik içi sosyal faaliyetlerin artırılması önerilmektedir. Sigaranın en fazla çay kahve yanında veya öfkeliyken içildiği belirlenmiştir. Bu sebeple servis ortamı içerisindeki hemşireler, hastaların sigara içme durumunu gözden geçirerek, sigara bırakma konusunda, hastalara eğitim ve danışmanlık vermelidir. Psikiyatri servisinde yatan hastaları 24 saat boyunca gözlemlene imkanı bulunan hemşireler, hastalara, bireysel baş etme yöntemlerini öğretmede etkili olabilirler. Ayrıca, servise zorla yatışı yapılan ve sigarayı bırakamayan hastalar için, ayrı bir bölüm açılması gerekmektedir (61, 62).

h. Uygunsuz cinsel davranışlar; Psikiyatri hastalarında görülen uygunsuz ve saldırgan cinsel davranışlar, cinsel amaçlı doyumdan ziyade öfke boşalımını amaçlayan davranışlardır. Yeterince üzerinde durulmayan, göz ardı edilen uygunsuz cinsel davranışlar, hastalığın gidişatını ve tedaviye uyumu etkilemesi nedeniyle önem taşımaktadır. Hastaların istenmeyen cinsel davranışlardan ve zararlardan korunabilmesi için cinsel davranış parametreleri konusunda açık ve anlaşılır kurallar konulmalıdır. (2, 4, 63).

1. Kaçma; Psikiyatri kliniğinde yatan hastanın kaçması, tedavisinin kesintiye uğramasına neden olur. Kaçmanın psikiyatri hastalarında çok çeşitli nedenleri vardır. Uygulanan tedavinin onun gereksinimlerini karşılamadığına yönelik düşünceleri veya tedaviye ihtiyacı olduğu gerçeğini kabul etmemesi en sık görülen kaçma nedenleridir. Böyle bir durumda, hastanın tedavi önerisi ile kişisel değerleri arasındaki uyumsuzlukları ifade edebilmesi sağlanabilir. Tedavisinin kendisi için olabilecek yararlarını tanımlayabilmesi için hasta desteklenebilir. Ayrıca hastanın tedavisine ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanarak, hastanın kendi tedavisini tanımlamasına yardımcı olunabilir (4, 64, 65).

2.2.4. Denge

Denge, bağımlı bir ortam içerisinde bulunan hastaların, kademeli olarak bağımsız davranmalarına izin verilmesi durumudur. Sağlık personelleri, hastaların kendi kararlarını vermesi ile kendilerinin hastayı tedavi etme gereksinimleri arasındaki dengeyi kurmaya çalışırlar. Ayrıca hastalar sağlık personellerinin kendilerine karşı olan tutumlarında da denge ararlar. Psikiyatri hastaları çoğunlukla bağımlı konumdadırlar ve problemlerin çözümünü hemşireye bırakarak, kendilerini daha rahat hissederler. Ancak bu bağımlılık tedavi edici değildir ve hemşireler hastaların tüm problemlerini çözemezler. Bu nedenle hemşireler, hastalardaki düzelmeyi ve iyileşmeyi gördükçe, hastayı, kendi kararlarını verebilmesi için desteklemelidir (2, 4, 13).

Yapılan bir araştırmada psikiyatri hastalarının, yaşam doyumu arttıkça bağımsızlaştıkları tespit edilmiştir. Bunun yanında yaş, hastanın hastalık tanısı tedavi gördüğü şehir gibi değişkenlerin yaşam doyumunu etkilediği belirtilmiştir. Bu sebeple psikiyatri hemşireleri tedavi edici ortamı düzenlerken, bu değişkenleri göz önünde bulundurmalıdır. Hastanın yaşam doyumunu ve bağımsızlık düzeyini arttıracak düzenlemeler yapılmalıdır (66).

2.2.5 Esneklik/Değişebilirlik

Psikiyatri kliniklerinde hemşireler, tedavi edici ortamın geliştirilmesi için esneklik sağlayarak hastaya değerli olduklarını hissettirebilir. Kliniğin kural ve normlarının zaman zaman gözden geçirilmesi değişebilirliğin sağlanması açısından önemlidir. Tedavi edici ortamın etkililiği 24 saatlik süre içerisinde değerlendirilir. Hemşireler bu süre içerisinde hastayla bire bir etkileşim içerisinde olan tek meslek grubudur. Bu nedenle tedavi edici ortamın niteliklerini anlama ve sürdürme sorumluluğunu hemşireler bire bir taşımaktadırlar (2, 4, 67).

2.3.TEDAVİ EDİCİ ORTAM VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

Psikiyatri servislerinde, ekip üyeleri içerisinde, hemşirenin rolü, diğer sağlık profesyonellerine göre daha fazladır. Tedavi edici ortamın oluşturulmasında ve hastanın davranışlarının istenilen şekilde yönlendirilmesinde anahtar görevi görmektedir (13). Hemşireler servisin yöneticisi, yürütücüsü ve kullanıcısı olan kişilerdir. Bu nedenle hemşireler, tedavi edici ortamın oluşturulması ve kontrol edilmesinden öncelikli olarak sorumludurlar. Hastaların bulunduğu ortamın, tedavi edici olması ya da olmaması, hemşirelerin ilgili ve becerili olmasına bağlıdır. Tedavi edici ortamda hemşireler 24 saat boyunca uzun süreli ve birebir hizmet verirler. Hastayı gözlerler, empati yaparlar ve girişimde bulunurlar ve hastanın bakımına katılımını sağlarlar. Ayrıca, tedavi edici ortam içerisinde, hastalarda gözlenen korku ve anksiyetenin giderilmesini sağlarlar (4, 68, 69).

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin, Hemşirelik yönetmeliğinde belirtilen görev ve sorumlulukları tedavi edici ortamın temel unsurlarına vurgu yaparak, hemşirenin yapacağı girişimleri belirlemektedir (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011);

- Hasta güvenliği için riskli olabilecek eşyaların kontrolünü yapar
- Hastaların öz bakımlarını yapabilmeleri için onları destekler, yapamadıkları durumda yardımcı olur
- Riskli davranışlara (şiddet, kendine veya çevresine zarar verme, intihar) ilişkin öykü alır, risk düzeyini belirler.
- Hastayla biyopsikososyal bütünlük içerisinde terapötik iletişim tekniklerini kullanır
- Güvenlik önlemlerinin kontrolünü sağlar. Yanıcı, yakıcı, kesici aletlerin ve madde girişinin engellenmesini sağlar.
- Hastanın en az kısıtlayıcı çevrede tedavi ve bakım almasını sağlar.
- Hastanın gelişim düzeyini, öğrenme istekliliğini, bilgilenme ihtiyacını, kültürel yapısını ve inançlarını göz önüne alarak, sağlık eğitimini ve hasta eğitimini planlar.
- Hastayı ve aileyi desteklemede, stresle baş etme, kişiler arası ilişkiler, farkındalık ve girişkenliği artırma, problem çözme becerisi, sosyal beceriler eğitimi gibi konularda psikoeğitim programlarını planlar ve uygular.
- Yararlı ve kullanabileceği destek sistemlerini ve toplum kaynaklarını değerlendirir, bireyi ve aileyi yönlendirir (70).

Psikiyatri kliniklerinde tedavi edici ortamın sağlanması için hemşireler tarafından yürütülen grup uygulamaları bulunmaktadır. Yapılan bir araştırmada hemşireler tarafından yürütülen grup uygulamalarının, hastaların günlük yaşantılarına olumlu etkilerinin olduğu belirlenmiştir. Hastalar bu aktiviteler sayesinde, boş vakitlerini değerlendirdiklerini, sorumluluk almaya başladıklarını, başkalarına yardım ettiklerini, bilgi edindiklerini, el işi becerilerini geliştirdiklerini ve başkalarına yardım ettiklerini ifade etmişlerdir (19).

Psikiyatri servis ortamlarında, tedavi edici ortam içerisinde hemşireler, hastalara sosyal destek sağlarlar. Hemşireler, hastaların ortama alışmalarına ve uyum sağlamalarına katkıda bulunurlar. Yapılan araştırmalarda, hastaların sosyal destekleri arttıkça, tedaviye uyumlarının arttığı belirlenmiştir (71, 72, 73, 74).

Araştırmalarda hemşirelerin, hastaların servise ilk kabul edildiklerinde yaptıkları uygulamalarla, hastanın fiziki ortamı tanınması ve daha çabuk alışmanın sağlanması, yabancılik duygusunda azalma, servis kurallarını tanıma ve kliniğe uyum sağlanması gibi olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir. Ayrıca, hastaların en fazla memnuniyet duyduğu hizmetlerin başında, servis ortamının tanıtılmasının geldiği belirtilmektedir (19, 75).

2.4.TEDAVİ EDİCİ ORTAMIN HASTALAR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Tedavi edici ortamın hastalar tarafından iyi algılandığı durumlarda hastalar, psikiyatri servis ortamını olumlu kabul ederler. Ortamın olumlu kabul edilmesi, sosyal adaptasyonu artırır ve psikiyatrik tedaviden daha iyi sonuç alınmasını sağlar. Yapılan araştırmalarda, servis ortamı algılamaları ile hastaların iyileşme düzeyleri arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Tedavi edici ortamı olumlu algılayan hastaların, olumsuz algılayan hastalardan daha fazla iyileşme gösterdikleri belirlenmiştir. Tedavi edici ortamın etkin bir şekilde sürdürülmesi, hastaya verilen bakımın kalitesini arttırmakta ve hastaların iyileşme sürecini hızlandırmaktadır (3, 13, 76).

Tedavi edici ortamın olumsuz olması, hastanın bilişsel, psikolojik, fizyolojik ve sosyal yapısını olumsuz etkilemektedir. Hasta rahatsızlık duyduğu çevre nedeniyle, çevresinde bulunan kişilere de rahatsızlık vermeye başlayabilmektedir. Birey kabiliyet ve yeteneklerini, içinde yaşadığı psikolojik ve sosyal ortamın etkileşimiyle kazanır. Bu sebeple, hasta bulunduğu ortamı ne kadar iyi ve olumlu algılayarsa, ruhsal ve sosyal yapısı da o oranda sağlıklı olur (17).

Tedavi edici ortamın sağlanmadığı durumlarda hastalar, huzursuz, uyumsuz davranabilir ve servis kurallarını bozma davranışı gösterebilir. Hastaların kuralları bozma davranışları, tedavi edici ortamın bozulmasına, çalışanlar ve hastalar arasında anlaşmazlıkların çıkmasına neden olur. Hastalar, tedaviyi reddetme davranışı gösterebilir. Tedaviyi reddetme, tedavi sürecini kesintiye uğrattığı gibi, aynı zamanda hastanede yatış süresini uzatır. Tedavi edici ortamın yürütücüsü olan hemşireler, hastalara olumlu tutum ve davranış göstermelidir. Olumlu tutum ve davranışlar, tedavi edici ortama zemin hazırlamaktadır (65, 77, 78).

Tedavi edici ortamın olumsuz algılandığı durumlarda, hastaların rahatsızlık duyduğu faktörlerin belirlenerek azaltılması veya ortadan kaldırılmasına yönelik tedbirlerin alınması ile hastada oluşabilecek duyuşal değişiklik, yer zaman oryantasyon bozukluğu ve uykusuzluk gibi faktörlerin önüne geçilmiş olur. Böylece, hastanın kendisini daha rahat ve güvende hissetmesi sağlanır ve bu durum iyileşme sürecini hızlandırır (79, 80).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma psikiyatri kliniğinde yatan hastaların, tedavi edici ortamı nasıl algıladıklarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın hipotezleri:

1. Psikiyatri kliniğinde yatan yetişkin hastaların, tedavi edici ortamı değerlendirmeleri ve sosyo-demografik özellikleri arasında ilişki vardır.

2. Psikiyatri kliniğinde yatan yetişkin hastaların, tedavi edici ortamı değerlendirmeleri ve hastanede kalma süreleri arasında ilişki vardır.

3. Psikiyatri kliniğinde yatan yetişkin hastaların, tedavi edici ortamlarını değerlendirmeleri hastaların tanı gruplarına göre farklılık gösterir.

3.2.Araştırmanın Yeri

Araştırma, gerekli etik kurul izinleri alındıktan sonra, İstanbul'da bir Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma hastanesinde, Ekim 2016 ile Aralık 2016 tarihleri arasında, yataklı psikiyatri servislerinde yapılmıştır. Hastanede toplam 250 yatak mevcuttur. Araştırmanın uygulandığı birinci servis, ilaç tedavilerinin uygulandığı, bununla birlikte, psikoterapi yöntemleri de uygulanarak hastaların tedavi edildiği, açık nitelikli bir servistir. Araştırmanın uygulandığı ikinci servis, açık ve kapalı servis olarak, iki bölümden oluşan, kadın servisidir. Buradaki hastalar, akut dönemde 3 ila 5 gün kapalı serviste ilk tedavileri yapıldıktan sonra, uygun olduğu takdirde, açık servise alınır ve tedavileri ortalama 1-2 hafta sürer. Araştırmanın uygulandığı üçüncü servis ise, acil servisten veya polikliniklerden sevk edilen, kapalı ortamda tedavi görmesi için yatırılan erkek hastaların bulunduğu servistir. Bu hastanede hastaların yaklaşık olarak kalma süresi 14 gündür.

3.3.Evren ve Örneklem

Araştırmanın yürütüldüğü Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde hizmet alan hastalar, araştırmanın hedef kitesini oluşturmaktadır. Hastanede 200 yatan hasta olduğu tespit edilmiştir. Araştırma evrenini temsil edecek örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde;

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değeri

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örneklem hatası

formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, \pm % 10 örneklem hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n = 96$ olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak araştırma bulgularının % 95 güven aralığında, \pm % 10 örneklem hatası ile kısmen de olsa genellenebileceği söylenebilir.

Bu alınması gereken en düşük örneklem sayısıdır, kayıplar göz önüne alındığında bu sayısının en az 110 olması gerektiğine karar verilmiştir. Sonuç olarak çalışma süresince aşağıda belirtilen kriterlere uyan 125 hastaya ulaşılmıştır. Bu hastalardan on biri ölçeği tam dolduramadıkları için araştırma dışında bırakılmıştır. Son olarak, 114 hastadan toplanan verilerle analizler yapılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri şunlardır:

- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Sorulara yanıt verebilecek bilişsel yeterlilikte olmak
- Çalışmaya katılmaya istekli olmak
- En az 3 gündür hastanede yatıyor olmak

3.4. Veri Toplama Araçları:

Araştırmada katılımcılara, tanıtıcı bilgilerini saptayabilmek amacıyla, araştırmacı tarafından hazırlanmış, sosyo-demografik özellikler ve hastalık süreci ile ilgili soru içeren kişisel bilgi formu (Ek-1) ve Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ) uygulanmıştır.

Servis Ortamı Ölçeği (Ek-2): Tedavi ortamının hastalar ve çalışanlar tarafından nasıl algılandığını ölçmek, servis ortamını değerlendirmek amacıyla, 1976 yılında R.H. Moss tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği 1998 yılında Bozkurt tarafından yapılmıştır. Ölçek, ilişki, kişilik gelişimi ve sistemin işleyişi olmak üzere 3 boyuttan ve bu boyutları oluşturan 10 alt ölçek içinde yer alan 100 maddeden oluşmaktadır (5, 81).

1. İlişki Boyutu: İlişki boyutu kendi içerisinde 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Kişilerarası ilişkilerin yoğunluğuna odaklanır.

- Katılım: Hastaların birbirleriyle olan ilişkileri içerisinde, ne kadar aktif ve enerjik olduklarının ölçümüdür. Ortamdaki, heyecan, istek, ekip ruhu ve özgüven saptanır. Katılım puanının yüksek çıkması, hastalar için olumlu bir durumdur.

- Destek: Hastaların diğer hastalara karşı ne kadar yardımcı ve destekleyici olduğunu, çalışanların hasta ihtiyaçlarını ne kadar anladığını ve çalışanların, hastayı ne kadar cesaretlendirdiğine dair ölçüttür. Destek puanının yüksek çıkması, hastaların, desteği olumlu algıladıkları anlamına gelir. Düşük olması desteklenmeleri gerektiğini gösterir.

- Spontanlık: Ortamın hastayı ve çalışanları ne kadar açık davranmaya yönelttiği ve diğer hastalara ve çalışanlara karşı duygularını ne kadar özgürce ifade edebildiklerinin ölçütüdür. Spontanlık puanının yüksek çıkması hastalar için olumlu bir durumdur.

2. Kişilik Gelişim Boyutu: Programda kişisel gelişimin ne kadar cesaretlendirildiğine odaklanır. Dört alt ölçekten oluşur.

- Otonomi(özerklik): Hastaların kendi kararlarını almada ne kadar bağımsız olduğu ve kendine güvendiğini, hastaların sorumluluk ve kendi yönetimini ele almayı ne kadar

istediklerini, çalışanların ise bu durumdan ne kadar etkilendiklerini ölçer. Otonominin yüksek çıkması, hastalar için olumlu, düşük çıkması olumsuz bir durumdur.

- Pratik Yönelim: Hastanın programdan ayrılmaya ve toplumsal yaşama ne kadar hazırlandığını saptar. Pratik yönelimin yüksek çıkması, hastaların, toplumsal hayata hazırlanmalarının olumlu algılandığı anlamına gelir.

- Kişisel Sorun Yönelimi: Hastaların duygularını ve kişisel problemlerini anlama çabalarıyla beraber, diğer hasta ve çalışanlarla, kendileri ve geçmişleri hakkında konuşmaya ne kadar cesaretli olduklarının ölçütüdür. Kişisel sorun yöneliminin yüksek çıkması, hastalar için olumlu bir durumdur.

- Öfke ve Agresyon: Hastaların başka hastalar ve ekiple tartışmalarını, öfkelerini ifade etmelerini ve agresyon gösterme derecelerini belirtir. Öfke ve agresyonun yüksek çıkması hastalar için olumsuz iken, düşük çıkması olumlu bir durumdur.

3. Sistemin İşleyişi Boyutu: Programın düzenliliği, beklentilerin açıklığı, işleyişin kontrolü ve değişikliğe duyarlılığına odaklanır. 3 alt ölçekten oluşur.

- Düzen ve Organizasyon: Ortamda düzen ve organizasyona ne kadar önem veriliyor olduğunun, hasta ve çalışanlar tarafından ifade edilmesidir. Düzen ve organizasyonun yüksek çıkması, ortamın, hastalar tarafından olumlu algılandığını gösterir.

- Programın Açıklığı: Hastaların programın günlük işleyişinde, neler olabileceğini bilme düzeyini ve bu durumdan ne bekleyeceğini bilmesi, ortamdaki kuralların ve işleyişin nasıl uygulanacağını anlamasının ölçütüdür. Programın açıklığının yüksek çıkması, ortamdaki günlük işleyişin olumlu algılandığı anlamına gelir.

- Çalışanların Kontrolü: Çalışanların, hastaları, gerekli kontrol altında tutmakta kullandıkları ölçülerin, derecesini ifade eder. Kuralların ve şemaların, hasta ve çalışanlar arasında ne sıklıkta uygulandığını ve hastaları ne kadar etkin kontrol altında tutabileceğinin ölçütüdür. Çalışanların kontrolünün yüksek çıkması, hastalar için olumsuz bir durumdur. Hastalar üzerindeki denetimliliğin yüksek olduğu anlamına gelir.

Servis ortamı ölçeği 10 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyut puanları hesaplanırken soruların doğru cevap anahtarı kullanılarak, alt boyut puanları elde edilmiştir. Her hastaya ait 10 adet alt boyut puanı bulunmaktadır.

Spontanlık, kişisel sorun yönelimi ve öfke saldırganlık soruları 9 sorudan oluşurken, diğer alt boyutlar 10 adet sorudan oluşmaktadır. Doğru cevaplar 1 puan, yanlış cevaplar 0 puan sayılmaktadır. Her alt boyuttaki doğru cevap sayıları toplanarak, alt boyutlara ait ham puanlar elde edilmiştir.

Tablo 1. Servis Ortamı Ölçeği Soru Dağılımı

n=114	Soru sayısı	Soru numaraları
İlişki Boyutu		
<i>Katılım (KA)</i>	10	1, 11, 21, 31(T), 41(T), 51,61(T),71, 81, 91
<i>Destek (DE)</i>	10	2 (T), 12, 22, 32 (T), 42, 52,62(T), 72, 82(T), 92
<i>Spontanlık (SP)</i>	9	3(T), 13, 23(T), 33(T), 43,53 (T), 63, 73,83
Kişilik Gelişim Boyutu		
<i>Otonomi (OT)</i>	10	4,14(T), 24, 34, 44, 54, 64(T), 74, 84(T), 94 (T)
<i>Pratik Yönelim (PY)</i>	10	5, 15(T), 25, 35, 45(T), 55, 65(T), 75, 85 (T), 95
<i>Kişisel Sorun Yönelimi (KSY)</i>	9	6 (T), 16, 26, 36, 46(T), 56 (T), 66, 76(T), 86
<i>Öfke ve Saldırganlık (OS)</i>	9	7, 17, 27(T), 37, 47, 57(T), 67(T), 77, 87 (T)
Sistemin İşleyişi Boyutu		
<i>Düzen ve organizasyon (DO)</i>	10	8, 18, 28,38(T), 48, 58(T), 68(T), 78, 88, 98 (T)
<i>Program Açıklığı (PA)</i>	10	9, 19 (T), 29, 39, 49(T), 59, 69, 79 (T), 89, 99
<i>Çalışanların Kontrolü (ÇK)</i>	10	10(T), 20(T), 30, 40, 50(T), 60, 70(T), 80, 90, 100

T: Ters soru

Tablo 1 servis ortamı ölçeğinde yer alan düz ve ters soruların, dağılımını göstermektedir.

Ölçeklerin güvenilirliğinin test edilmesinde Alfa Katsayısından (Cronbach Alpha= α) yararlanılmıştır. Bu çalışmada, Servis Ortamı Ölçeği iç tutarlılığının incelenmesi sonrasında, tüm sorulara verilen cevaplara göre, Cronbach alfa= 0,854 güvenilirlik değeri elde edilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Hazırlanan soru formu ve ölçek, araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Hastaların anket ve ölçeği, hastane içerisindeki oturma odalarında ve bahçedeki oturma bölümlerinde, birbirinden bağımsız, hastanın rahatça doldurabileceği, gürültüsüz mekanlar tercih edilerek doldurmaları sağlanmıştır. Hastalara sorular okunmamıştır, tüm soruları kendileri okuyarak, ortalama 25 dakikada doldurmuşlardır.

3.6. Verilerin Analizi:

İstatistiksel analizler için, NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise, Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway Anova Test ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Bonferroni test kullanıldı; normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Pearson Korelasyon Analizi ve Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Fisher Freeman Halton test kullanıldı. Servis ortamı ölçeği değişkenleri üzerine etki eden risk faktörlerinin multivariate değerlendirmelerinde ise Lineer Regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.01$ ve $p < 0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

3.7. Etik Boyut:

Araştırmanın yürütülebilmesi için Okan Üniversitesi Etik Kurulundan 09.04.2015 tarihli etik kurul onayı alınmıştır (Ek-3). Ayrıca çalışmanın yürütüldüğü hastanenin Anabilim Dalı Başkanlığından 32900231-770- sayı ve 08.06.2015 tarihli idari izin alınmıştır (Ek-4). Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan yazılı onam alındıktan sonra ölçek uygulanmıştır. Hastalara, bilgilerin gizli tutulacağı, hiçbir şekilde isimlerinin açıklanmayacağı, bu bilgilerin sadece araştırma amaçlı kullanılacağı, farklı bir araştırmada

kullanılmayacağı söylenmiştir. Ayrıca hastalara devam etmek istemediklerinde, bırakabilecekleri önceden belirtilmiştir.

3.8. Sınırlılıklar

Tek merkezde yapılmış olması nedeniyle genelleme yapılmayabilir.

Öz bildirim ölçekleri kullanıldığı için, kişilerin algılarıyla sınırlıdır.

Araştırma gönüllülük esasına dayandığı için, sadece araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara uygulanabilmiştir.



4. BULGULAR

Çalışma, Eylül-Aralık 2016 tarihleri arasında bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde açık erkek servisi, açık kadın servisi ve kapalı erkek servislerinde yürütülmüştür. Tablo 2 çalışmaya katılan olguların demografik özelliklerinin dağılımını göstermektedir.

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Olguların Demografik Özellikleri (n=114)

		Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Yaş (yıl)		18-67 (67)	33,52±11,45
		N	%
Yaş (yıl)	18-25 yaş	31	27,2
	26-35 yaş	38	33,3
	36-45 yaş	26	22,8
	≥46 yaş	19	16,7
Cinsiyet	Kadın	54	47,4
	Erkek	60	52,6
Öğrenim durumu	Okur-yazar	24	21,1
	Ortaöğretim	27	23,7
	Lise	42	36,8
	Üniversite	21	18,4
Medeni durum	Bekar	78	68,4
	Evli	36	31,6
Çalışma durumu	Çalışıyor	27	23,7
	Çalışmıyor	87	76,3
Sağlık güvencesi var olanlar		89	78,1
Düzenli geliri var olanlar		49	43,0
Gelir düzeyi (n=49)	850-1500 TL	19	38,8
	1501-2500 TL	18	36,7
	>2500 TL	12	24,5
Birlikte yaşadıkları bireyler	Yalnız	16	14,0
	Anne-Baba	22	19,3
	Çekirdek Aile	70	61,4
	Diğer	6	5,3
Yaşadığı yer	Köy	5	4,4
	İlçe	22	19,3
	Şehir	87	76,3

Çalışmaya katılan olguların %52.6'sı (n=60) erkek, %47.4'ü (n=54) kadındır. Olguların yaşları 18 ile 67 arasında değişmekte olup, ortalama 33.52±11.45 yıldır.

Eğitim durumu incelendiğinde, %21.1'inin (n=24) okur-yazar iken, %23.7'sinin (n=27) ortaöğretim, %36.8'inin (n=42) lise, %18.4'ünün (n=21) ise üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Olguların %68.4'ü (n=78) bekar, %31.6'sı (n=36) evli olduğunu belirtmiştir.

Olguların çalışma durumu incelendiğinde sadece %23.7'sinin (n=27) bir işi olduğu, %76.3'ünün (n=87) ise çalışmadığı görülmüştür. Bununla birlikte %78.1'i (n=89) sağlık güvencesi olduğunu belirtmiştir. Olguların %43.0'ünün (n=49) düzenli geliri bulunmaktadır. Bunların %38.8'i (n=19) gelirini 850-1500 TL, %36.7'si (n=18) 1501-2500 TL, %24.5'i (n=12) ise 2500 TL ve üzeri olarak belirtmiştir.

Olguların %14.0'ü (n=16) yalnız, %19.3'ü (n=22) anne-babası ile, %61.4'ü (n=70) çekirdek aile ile, %5.3'ü (n=6) ise diğer yakınları ile kalmaktadır; ayrıca %4.4'ü (n=5) köyde, %19.3'ü (n=22) ilçede, %76.3'ü (n=87) ise şehirde yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 3. Çalışmaya Katılan Olguların Hastalık ve Tedavi İle İlgili Özellikleri

	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Hastanede yatış süresi (gün)	3-90 (13)	14,31±10,90
Daha önceki hastaneye yatma sayısı	1 kez-28 kez (2)	3,37±4,61
Hastalık süresi (ay) (n=80)	10 gün- 512 ay (36 ay)	87,47±106,45
	N	%
Hastanede yatış süresi		
≤10 gün	48	42,1
11-20 gün	44	38,6
≥ 21 gün	22	19,3
Yattığı servis		
Açık Erkek Servis	26	22,8
Açık Kadın Servis	54	47,4
Kapalı Erkek Servis	34	29,8
Yatış Sıklığı		
İlk	42	36,8
Yılda 1 kez	45	39,4
Yılda 2-3 kez	20	17,5
Yılda 4 ve üzeri	7	6,1
Farklı hastanede tedavi almış olma	61	53,5

Tablo 3 çalışmaya katılan olguların hastalık yaşantısı ile ilgili özelliklerini göstermektedir.

Olguların hastanede yatış süreleri 3 ile 90 gün arasında değişmekte olup, ortalama 14.31 ± 10 gündür. Yatış sayılarına bakıldığında ise 1 ile 28 arasında değişmekte olup, ortalama 3.37 ± 4.61 ve medyan 2'dir. Kaç yıldır bu tanıyı almış olduğu sorulduğunda, 10 gün ile 512 ay arasında değişmekte olup, ortalama 87.47 ± 106.46 ay ve medyan 36 aydır. Olguların yatış sıklıkları incelendiğinde; %36.8'inin (n=42) ilk yatışı olduğu, %39.4'ünün (n=45) yılda bir kez yattığı, %17.5'inin (n=20) yılda 2-3 kez, %2.6'sının (n=3) yılda 4-6 kez, %3.5'inin (n=4) ise yılda 7 ve üzeri kez yattığı görülmektedir. Olguların %53.5'i (n=61) farklı hastanelerde de yatarak tedavi olduğunu belirtmiştir.

Çalışma açık ve kapalı erkek servislerinde ve açık kadın servisinde yürütülmüştür ve bu servislerde bipolar, depresyon, şizofreni, post travmatik stres bozukluğu ve psikotik bozukluk özelliklerini taşıyan hastalar yatmaktadır. Tablo 4 çalışmaya katılan olguların, kendi tanıları için belirttiği problem/tanı listesini göstermektedir.

Tablo 4. Olguların Psikiyatrik Tanılarına Göre Dağılımı

	n	%
Bipolar	52	45,6
Depresyon	19	16,7
Şizofreni	37	32,5
Post Travmatik stres bozukluğu	1	0,9
Psikotik bozukluk	5	4,4

Buna göre en çok alınan tanıları sırası ile bipolar %45.6 oranında, şizofren %32.5 ve depresyon %16,7; psikotik bozukluk %4,4 ve post travmatik stres bozukluğu %0,9 oranındadır.

Servis ortamı ölçeği toplam 100 sorudan ve üç ana başlık altında toplanan 10 alt boyuttan oluşmaktadır.

İlişki Boyutu: Katılım (KA), Destek (DE), Spontanlık (SP).

Kişilik Gelişim Boyutu: Otonomi (OT), Pratik Yönelim (PY), Kişisel Sorun Yönetimi (KSY), Öfke ve Saldırganlık (OS).

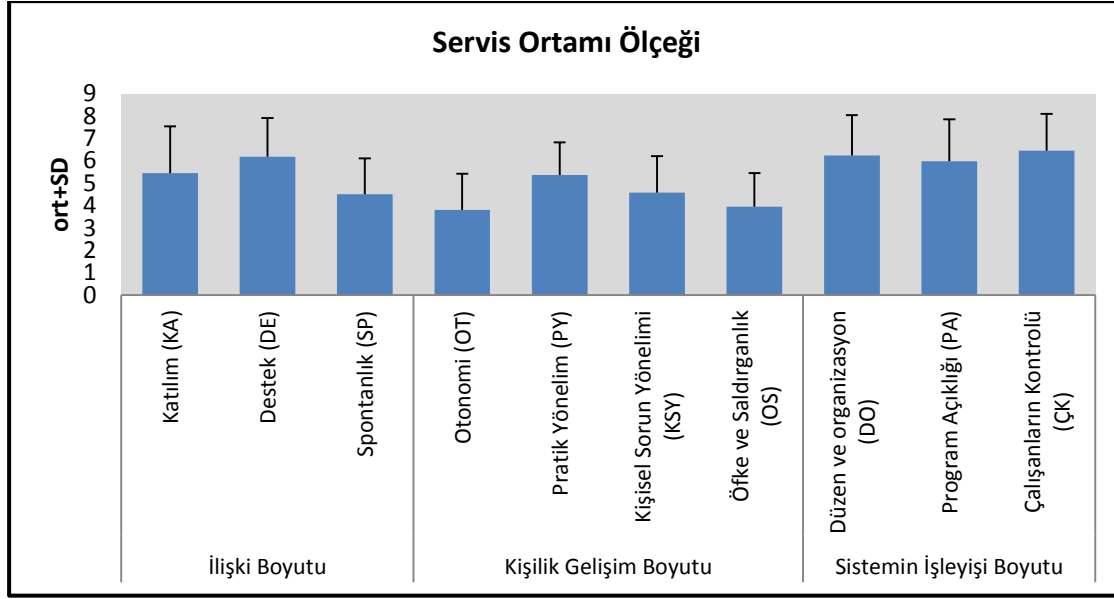
Sistemin İşleyişi Boyutu: Düzen ve Organizasyon (DO), Program Açıklığı (PA), Çalışanların Kontrolü (ÇK).

Tablo 5. Servis Ortamı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=114)

n=114	Min	Max	Medyan	Ortalama	SS
İlişki Boyutu					
<i>Katılım (KA)</i>	0	10	6	5,46	2,09
<i>Destek (DE)</i>	3	10	6	6,18	1,74
<i>Spontanlık (SP)</i>	1	9	4	4,51	1,61
Kişilik Gelişim Boyutu					
<i>Otonomi (OT)</i>	0	8	4	3,81	1,61
<i>Pratik Yönelim (PY)</i>	1	9	5	5,37	1,46
<i>Kişisel Sorun Yönelimi (KSY)</i>	1	8	5	4,58	1,64
<i>Öfke ve Saldırganlık (OS)</i>	1	8	4	3,95	1,50
Sistemin İşleyişi Boyutu					
<i>Düzen ve organizasyon (DO)</i>	1	10	6	6,25	1,80
<i>Program Açıklığı (PA)</i>	1	10	6	5,99	1,87
<i>Çalışanların Kontrolü (ÇK)</i>	1	9	7	6,46	1,65

Tablo 5 olguların servis ortamı ölçeği alt boyutlarına verdiği yanıtların ortalamalarını göstermektedir. *İlişki boyutunun* alt puanlarından katılımın ortalama puanının 5.46 ± 2.09 olduğu görülmektedir. Destek puanları ortalaması 6.18 ± 1.74 ; spontanlık puanları ortalaması ise 4.51 ± 1.61 dir.

Kişilik gelişim boyutuna ait; otonomi puanları ortalama 3.81 ± 1.61 ; pratik yönelim puanı 5.37 ± 1.46 ; kişisel sorun yönelimi puanı 4.58 ± 1.64 ve öfke ve saldırganlık puanı 3.95 ± 1.50 dir. *Sistemin işleyişi boyutuna* ait; düzen ve organizasyon ortalaması 6.25 ± 1.80 ; program açıklığı 5.99 ± 1.87 ve çalışanların kontrolü ise 6.46 ± 1.65 puandır. Şekil 1’de servis ortamı ölçeğinin alt ölçek puan ortalamaları gösterilmiştir.



Şekil 1: Servis ortamı ölçeğinden elde edilen puanların dağılımı

Tablo 6. Servis Ortamı Ölçeği Alt Boyut Ortalamaları ve Hastaların Yaşlarının Korelasyonu

Servis Ortamı Ölçeği	Yaş (yıl)	r	p
İlişki Boyutu			
Katılım		$r = 0,073$	$p = 0,441$
Destek		$r = 0,151$	$p = 0,108$
Spontanlık		$r = 0,208$	$p = 0,026^*$
Kişilik Gelişim Boyutu			
Otonomi		$r = 0,045$	$p = 0,636$
Pratik Yönelim		$r = -0,023$	$p = 0,811$
Kişisel Sorun Yönelimi		$r = 0,093$	$p = 0,326$
Öfke ve Saldırganlık		$r = -0,146$	$p = 0,120$
Sistemin İşleyişi Boyutu			
Düzen ve organizasyon		$r = 0,035$	$p = 0,709$
Program Açıklığı		$r = 0,184$	$p = 0,050$
Çalışanların Kontrolü		$r = -0,062$	$p = 0,509$

$^{\ddagger}r$: Spearman's Korelasyon Katsayısı

$^{\dagger}r$: Pearson Korelasyon Katsayısı

$*p < 0,05$

Tablo 6 olguların yaş ortalamaları ile alt ölçek ortalamalarının korelasyonlarını göstermektedir. Tablo incelendiğinde, olguların yaşları ile *İlişki boyutu* “Katılım”, “Destek” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken ($p>0.05$); “Spontanlık” puanı arasında pozitif yönlü (yaş arttıkça spontanlık puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki saptanmıştır ($r: 0,208$; $p<0.05$).

Olguların yaşları ile *Kişilik Gelişim boyutu* alt ölçek ortalamaları ve *Sistemin İşleyişi* boyutu alt ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 7. Cinsiyete Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

Servis Ortamı Ölçeği		Cinsiyet		Test değeri	p
		Kadın (n=54)	Erkek (n=60)		
<i>İlişki Boyutu</i>					
Katılım	<i>Min-Mak(Med)</i>	2-10 (6)	0-10 (5)	Z: -2,730	^b 0,006**
	<i>Ort±Ss</i>	6,04±1,77	4,95±2,24		
Destek	<i>Min-Mak</i>	3-10 (7)	3-10 (6)	t: -1,962	^a 0,052
	<i>(Medyan)</i>				
Spontanlık	<i>Ort±Ss</i>	6,52±1,79	5,88±1,67		
	<i>Min-Mak</i>	1-9 (4)	1-8 (4)	Z: -0,602	^b 0,547
<i>(Medyan)</i>					
	<i>Ort±Ss</i>	4,65±1,62	4,38±1,62		
<i>Kişilik Gelişim Boyutu</i>					
Otonomi	<i>Min-Mak</i>	0-8 (4)	1-8 (4)	t: 1,116	^a 0,267
	<i>(Medyan)</i>				
Pratik Yönelim	<i>Ort±Ss</i>	3,63±1,52	3,97±1,69		
	<i>Min-Mak</i>	1-8 (5,5)	1-9 (5)	Z: -0,744	^b 0,457
<i>(Medyan)</i>					
Kişisel Sorun Yönelimi	<i>Ort±Ss</i>	5,48±1,44	5,27±1,49		
	<i>Min-Mak</i>	2-8 (5)	1-8 (4,5)	Z: -0,470	^b 0,639
<i>(Medyan)</i>					
Öfke ve Saldırganlık	<i>Ort±Ss</i>	4,65±1,58	4,52±1,71		
	<i>Min-Mak</i>	1-8 (4)	1-8 (4)	t:1,144	^a 0,255
<i>(Medyan)</i>					
	<i>Ort±Ss</i>	3,78±1,37	4,10±1,61		
<i>Sistemin İşleyişi Boyutu</i>					
Düzen ve organizasyon	<i>Min-Mak</i>	1-9 (7)	2-10 (6)	Z: -2,083	^b 0,037*
	<i>(Medyan)</i>				
Program Açıklığı	<i>Ort±Ss</i>	6,65±1,47	5,90±2,01		
	<i>Min-Mak</i>	3-9 (6)	1-10 (6)	t: -0,845	^a 0,400
<i>(Medyan)</i>					
Çalışanların Kontrolü	<i>Ort±Ss</i>	6,15±1,58	5,85±2,11		
	<i>Min-Mak</i>	3-9 (7)	1-9 (7)	Z: -0,853	^b 0,394
<i>(Medyan)</i>					
	<i>Ort±Ss</i>	6,63±1,44	6,32±1,83		

^aStudent t Test

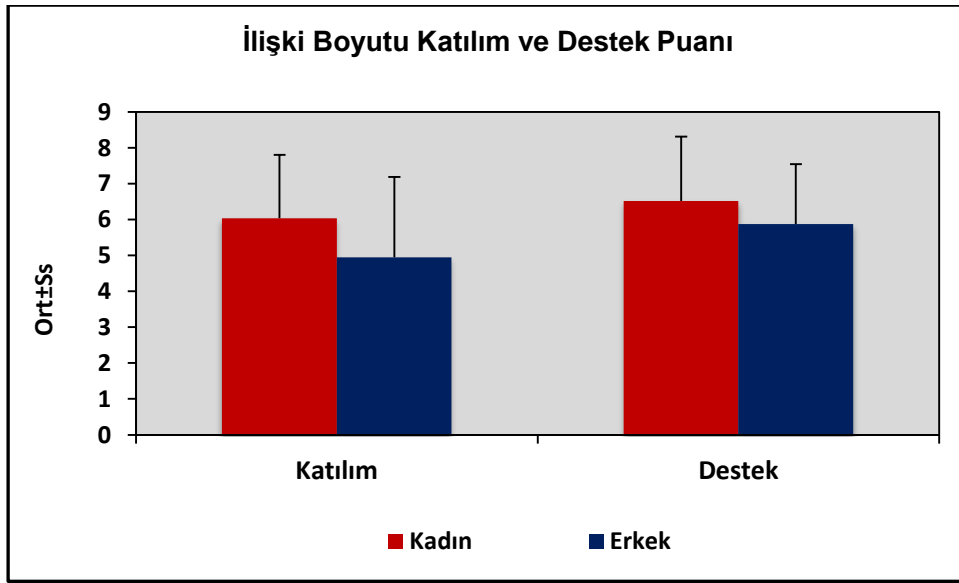
^bMann Whitney U Test

* $p<0,05$

** $p<0,01$

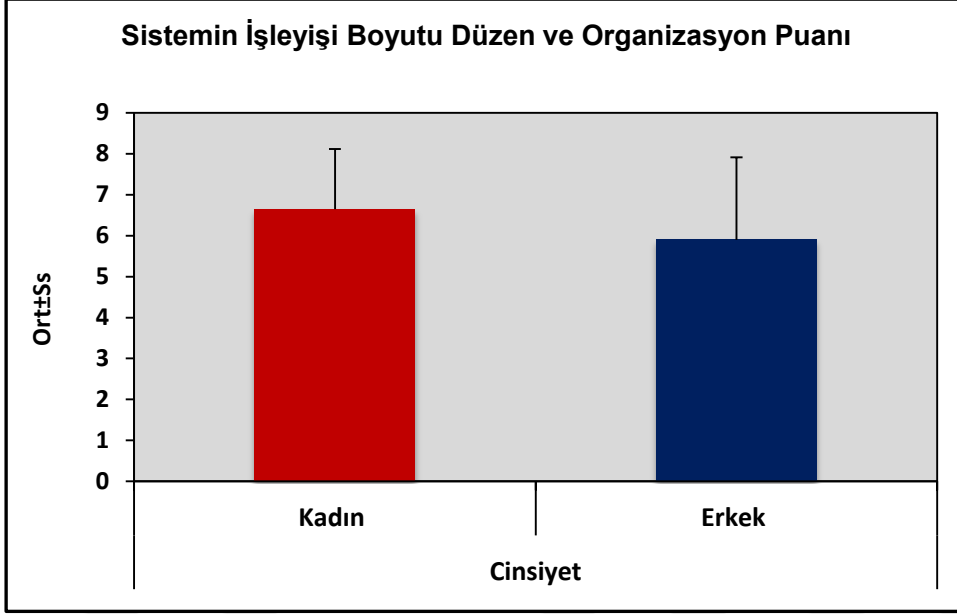
Tablo 7’de olguların cinsiyetlerine göre Servis Ortamı Ölçeği ortalamalarının karşılaştırmaları görülmektedir. *İlişki boyutu* “Katılım” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.006$); Kadınların katılım puanları, erkeklerden anlamlı düzeyde yüksektir.

Olguların cinsiyetlerine göre Servis Ortamı ölçeği *İlişki boyutu* “Destek” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, anlamlılığa yakın farklılık saptanmıştır ($p=0.052$); kadınların destek puanları, erkeklerden yüksek görünmektedir. Şekil 2’de bu iki ölçek puanı bulgusu grafik olarak gösterilmiştir.



Şekil 2: Cinsiyete göre Servis ortamı ölçeği ilişki boyutu katılım ve destek puanları dağılımı

Servis Ortamı Ölçeği “Spontanlık” puanları ve *Kişilik Gelişim Boyutu* “Otonomi”, “Pratik Yönelim”, “Kişisel Sorun Yönelimi”, “Öfke ve Saldırganlık” puanları olguların cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). *Sistemin İşleyişi boyutu* ile ilgili olarak, cinsiyetlerine göre “Düzen ve Organizasyon” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.037$); Kadınların Düzen ve Organizasyon puanları, erkeklerden anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 7).



Şekil 3: Cinsiyete göre servis ortamı ölçeği sistemin işleyişi boyutu düzen ve organizasyon puanı dağılımı

Şekil 3’de olguların cinsiyetlerine göre “Düzen ve Organizasyon” puanları arasındaki istatistiksel farklılık grafik olarak gösterilmiştir.

Servis Ortamı ölçeği *Sistemin İşleyişi boyutu* “Program açıklığı” ve “Çalışanların Kontrolü” puanları olguların cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 8. Öğrenim Durumuna Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

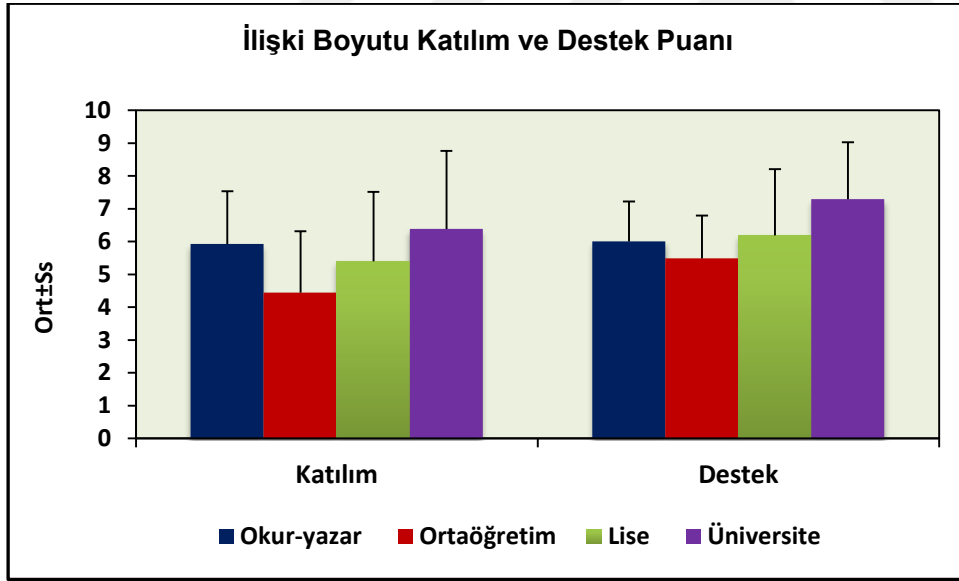
Servis Ortamı Ölçeği		Öğrenim durumu				Test değeri	P
		Okur-yazar (n=24)	Orta öğretim (n=27)	Lise (n=42)	Üniversite (n=21)		
İlişki Boyutu							
Katılım	Min-Mak (Med)	2-9 (6)	2-8 (5)	0-9 (6)	2-10 (6)	χ^2 :10,736	^d 0,013*
	Ort±Ss	5,92±1,61	4,44±1,87	5,40±2,11	6,38±2,38		
Destek	Min-Mak (Med)	5-9 (5,5)	4-8 (5)	3-10 (6)	4-10 (7)	F: 4,756	^c 0,004**
	Ort±Ss	6,00±1,22	5,48±1,31	6,19±2,02	7,29±1,74		
Spontanlık	Min-Mak (Med)	2-8 (4,5)	2-7 (4)	1-8 (5)	1-9 (5)	χ^2 : 5,146	^d 0,116
	Ort±Ss	4,50±1,38	4,04±1,16	4,52±1,76	5,10±1,95		
Kişilik Gelişim Boyutu							
Otonomi	Min-Mak (Med)	0-7 (4,5)	2-7 (3)	1-8 (4)	1-7 (3)	F: 1,596	^c 0,194
	Ort±Ss	4,29±1,81	3,41±1,42	3,93±1,61	3,52±1,54		
Pratik Yönelim	Min-Mak (Med)	3-8 (6)	2-7 (5)	1-9 (5)	3-8 (6)	χ^2 : 5,769	^d 0,123
	Ort±Ss	5,75±1,19	5,26±1,23	5,00±1,75	5,81±1,25		
Kişisel Sorun Yönelimi	Min-Mak (Med)	2-8 (5)	2-8 (4)	1-8 (4,5)	2-7 (5)	χ^2 : 2,774	^d 0,428
	Ort±Ss	5,04±1,49	4,44±1,50	4,55±1,84	4,29±1,59		
Öfke ve Saldırganlık	Min-Mak (Med)	1-6 (3,5)	1-6 (4)	1-8 (4)	1-8 (4)	F: 0,642	^c 0,590
	Ort±Ss	3,71±1,33	4,26±1,06	3,86±1,60	4,00±1,95		
Sistemin İşleyişi Boyutu							
Düzen ve organizasyon	Min-Mak (Med)	4-9 (7)	1-8 (5)	2-9 (6,5)	3-10 (7)	χ^2 : 11,873	^d 0,008**
	Ort±Ss	6,71±1,46	5,22±1,87	6,36±1,79	6,86±1,65		
Program Açıklığı	Min-Mak (Med)	3-8 (5,5)	3-8 (6)	1-10 (7)	3-9 (7)	F: 0,829	^c 0,481
	Ort±Ss	5,63±1,56	5,74±1,43	6,21±2,30	6,29±1,79		
Çalışanların Kontrolü	Min-Mak (Med)	4-8 (7)	4-9 (7)	1-9 (7)	3-9 (7)	χ^2 : 1,524	^d 0,677
	Ort±Ss	6,63±1,31	6,78±1,55	6,31±1,85	6,19±1,75		
^c Oneway ANOVA Test		^d Kruskal Wallis Test		*p<0,05		**p<0,01	

Tablo 8’de öğrenim durumlarına göre Servis Ortamı Ölçeği ortalamalarının karşılaştırmaları görülmektedir. Öğrenim durumuna göre olguların *İlişki boyutu* “Katılım” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.013; p<0.05). Yapılan

ikili karşılaştırmalara göre; ortaöğretim mezunu olguların katılım puanları, okur-yazar ($p=0.008$), lise ($p=0.035$) ve üniversite ($p=0.005$) mezunu olgulardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$). Diğer grupların katılım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Öğrenim durumuna göre olguların *İlişki boyutu* “Destek” puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.004$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; okur-yazar ($p=0.036$) ve ortaöğretim mezunu ($p=0.002$) olguların destek puanları, üniversite mezunu olan olgulardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$) Diğer grupların destek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Servis Ortamı ölçeği *İlişki boyutu* “Spontanlık” puanları olguların öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Şekil 4, olguların, öğrenim durumlarına göre katılım ve destek ortalamalarını göstermektedir.

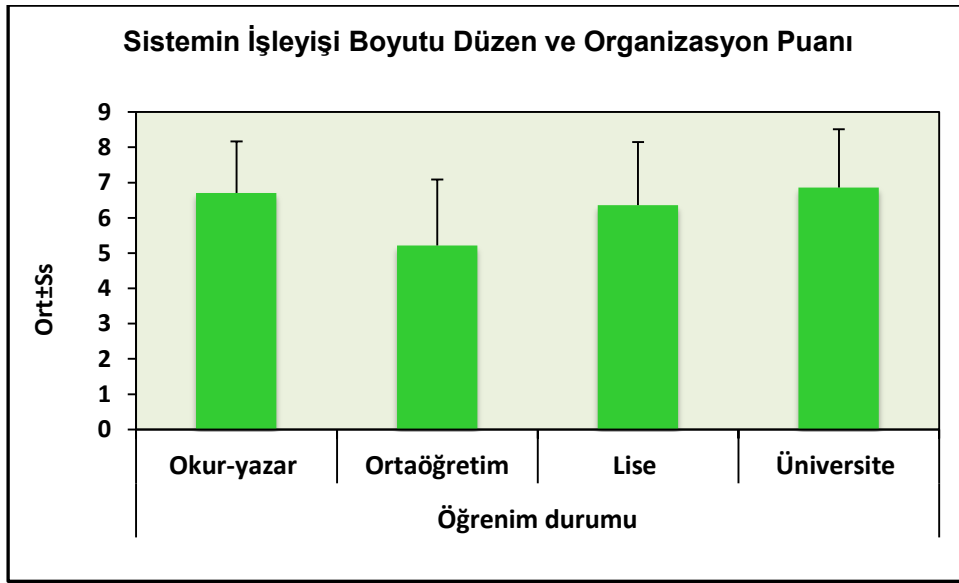


Şekil 4: Öğrenim durumuna göre Servis ortamı ölçeği ilişki boyutu katılım ve destek puanları dağılımı

Servis Ortamı ölçeği *Kişilik Gelişim boyutu* “Otonomi”, “Pratik Yönelim”, “Kişisel Sorun Yönelimi”, “Öfke ve Saldırganlık” puanları olguların öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Öğrenim durumuna göre olguların *Sistemin İşleyişi boyutu* “Düzen ve Organizasyon” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.008$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; ortaöğretim mezunu olguların düzen ve organizasyon puanları, okur-yazar ($p=0.005$), lise ($p=0.010$) ve üniversite ($p=0.004$) mezunu olgulardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$) Diğer grupların düzen ve organizasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Şekil 5, öğrenim durumuna göre sistemin işleyişi boyutu düzen ve organizasyon puanı dağılımını göstermektedir.



Şekil 5: Öğrenim durumuna göre servis ortamı ölçeği sistemin işleyişi boyutu düzen ve organizasyon puanı dağılımı

Kişilik Gelişim boyutu “Otonomi”, “Pratik Yönelim”, “Kişisel Sorun Yönelimi”, “Öfke ve Saldırganlık”, puanları ve *Sistemin İşleyişi boyutu* “Program Açıklığı” ve “Çalışanların Kontrolü” puanları ile olguların öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 9. Medeni Duruma Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

Servis Ortamı Ölçeği	Medeni durum		Test değeri		
	Bekar (n=78)	Evli (n=36)		<i>p</i>	
İlişki Boyutu					
Katılım	<i>Min-Mak</i>	0-10 (6)	2-10 (5,5)	Z: -0,834	^b 0,405
	<i>(Med)</i>				
	<i>Ort±Ss</i>	5,51±2,27	5,36±1,68		
Destek	<i>Min-Mak</i>	3-10 (6)	3-10 (6)	t: 0,502	^a 0,617
	<i>(Med)</i>				
	<i>Ort±Ss</i>	6,13±1,76	6,31±1,74		
Spontanlık	<i>Min-Mak</i>	1-9 (4)	2-8 (4)	Z: -0,538	^b 0,591
	<i>(Med)</i>				
	<i>Ort±Ss</i>	4,42±1,66	4,69±1,53		
Kişilik Gelişim Boyutu					
Otonomi	<i>Min-Mak</i>	1-8 (4)	0-7 (3,5)	t: -0,380	^a 0,705
	<i>(Med)</i>				
	<i>Ort±Ss</i>	3,85±1,59	3,72±1,68		
Pratik Yönelim	<i>Min-Mak</i>	1-8 (5)	1-9 (6)	Z: -1,363	^b 0,173
	<i>(Med)</i>				
	<i>Ort±Ss</i>	5,24±1,38	5,64±1,62		
Kişisel Sorun Yönelimi	<i>Min-Mak</i>	1-8 (5)	2-8 (4)	Z: -1,854	^b 0,064
	<i>(Med)</i>				
	<i>Ort±Ss</i>	4,76±1,69	4,19±1,49		
Öfke ve Saldırganlık	<i>Min-Mak</i>	1-8 (4)	1-8 (4)	t:0,253	^a 0,801
	<i>(Med)</i>				
	<i>Ort±Ss</i>	3,92±1,48	4,00±1,57		
Sistemin İşleyişi Boyutu					
Düzen ve organizasyon	<i>Min-Mak</i>	1-10 (6)	3-9 (6)	Z: -0,158	^b 0,874
	<i>(Med)</i>				
	<i>Ort±Ss</i>	6,19±1,94	6,39±1,48		
Program Açıklığı	<i>Min-Mak</i>	1-10 (6)	3-10 (6)	t: 0,999	^a 0,320
	<i>(Med)</i>				
	<i>Ort±Ss</i>	5,87±1,96	6,25±1,68		
Çalışanların Kontrolü	<i>Min-Mak</i>	1-9 (7)	4-9 (7)	Z: -0,133	^b 0,894
	<i>(Med)</i>				
	<i>Ort±Ss</i>	6,44±1,79	6,53±1,34		

^aStudent t Test

^bMann Whitney U Test

Tablo 9’da olguların medeni durumuna göre, servis ortamı ölçek puanlarının karşılaştırma sonuçları gösterilmiştir. Servis Ortamı ölçeğinin alt ölçek puanları, olguların medeni durumlarına göre, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 10. Çalışma Durumuna Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

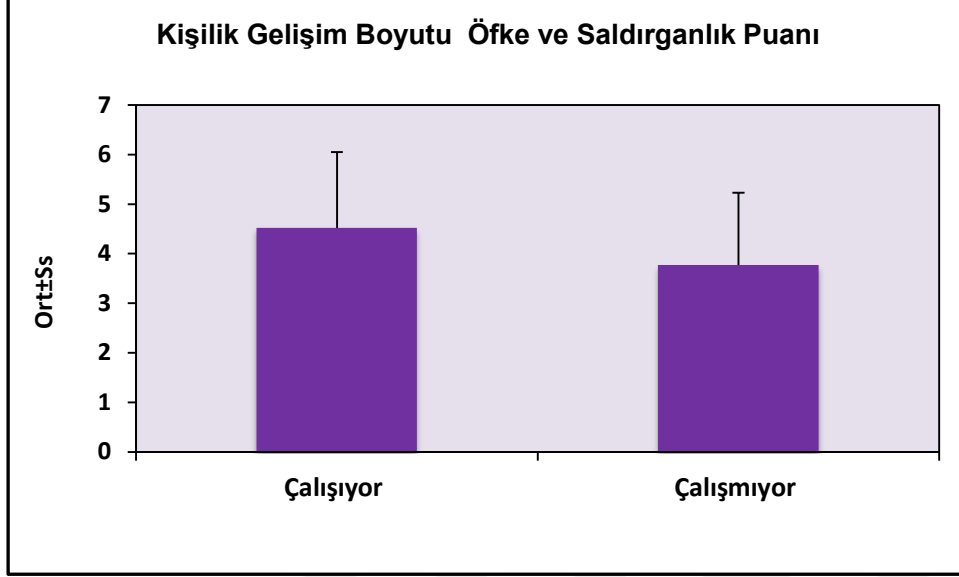
Servis Ortamı Ölçeği		Çalışma durumu		Test değeri	p
		Çalışıyor (n=27)	Çalışmıyor (n=87)		
İlişki Boyutu					
Katılım	Min-Max (Med)	1-10 (5)	0-10 (6)	Z: -1,124	^b 0,261
	Ort±Ss	5,11±2,29	5,57±2,03		
Destek	Min-Max (Med)	3-10 (6)	3-10 (6)	t: -0,373	^a 0,710
	Ort±Ss	6,07±1,77	6,22±1,75		
Spontanlık	Min-Max (Med)	1-8 (5)	1-9 (4)	Z: -1,132	^b 0,258
	Ort±Ss	4,78±1,76	4,43±1,57		
Kişilik Gelişim Boyutu					
Otonomi	Min-Max (Med)	0-7 (3)	1-8 (4)	t: -1,065	^a 0,289
	Ort±Ss	3,52±1,6	3,90±1,61		
Pratik Yönelim	Min-Max (Med)	1-8 (6)	1-9 (5)	Z: -0,212	^b 0,832
	Ort±Ss	5,41±1,55	5,36±1,45		
Kişisel Sorun Yönelimi	Min-Max (Med)	1-7 (4)	1-8 (5)	Z: -0,812	^b 0,417
	Ort±Ss	4,33±1,66	4,66±1,64		
Öfke ve Saldırganlık	Min-Max (Med)	2-8 (4)	1-8 (4)	t: 2,301	^a 0,023*
	Ort±Ss	4,52±1,53	3,77±1,46		
Sistemin İşleyişi Boyutu					
Düzen ve organizasyon	Min-Max (Med)	3-9 (6)	1-10 (6)	Z: -0,807	^b 0,419
	Ort±Ss	6,04±1,74	6,32±1,83		
Program Açıklığı	Min-Max (Med)	2-9 (6)	1-10 (6)	t: -0,674	^a 0,502
	Ort±Ss	5,78±1,65	6,06±1,95		
Çalışanların Kontrolü	Min-Max (Med)	2-9 (7)	1-9 (7)	Z: -0,899	^b 0,368
	Ort±Ss	6,22±1,72	6,54±1,64		
^a Student t Test		^b Mann Whitney U Test		[*] p<0,05	

Tablo 10’da olguların çalışma durumuna göre, servis ortamı ölçek puanlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Çalışma durumuna göre, Servis Ortamı ölçeğinin *İlişki boyutu* ve *Sistemin İşleyişi Boyutu* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Kişilik Gelişim boyutunda ise “Otonomi”, “Pratik Yönelim”, “Kişisel Sorun Yönelimi” puanları arasında anlamlı farklılık olmamakla beraber ($p>0.005$), “Öfke ve

Saldırganlık'' puanları arasında, çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.023$); çalışanların puanları, çalışmayan olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Şekil 6'da çalışma durumuna göre, öfke ve saldırganlık puanı dağılımı gösterilmiştir.



Şekil 6: Çalışma durumuna göre servis ortamı ölçeği kişilik gelişim boyutu öfke ve saldırganlık puanı dağılımı

Tablo 11. Sağlık Güvencesi Varlığına Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

Servis Ortamı Ölçeği	Sağlık güvencesi		Test değeri	P	
	Yeşil Kart (n=25)	Diğer(SGK) (n=89)			
İlişki Boyutu					
Katılım	Min-Max	2-9 (6)	0-10 (6)	Z: -0,510	^b 0,610
	(Med)				
	Ort±Ss	5,28±2,05	5,52±2,12		
Destek	Min-Max	3-9 (6)	4-10 (6)	t: 0,854	^a 0,395
	(Med)				
	Ort±Ss	5,92±1,61	6,26±1,79		
Spontanlık	Min-Max	2-8 (5)	1-9 (4)	Z: -0,587	^b 0,557
	(Med)				
	Ort±Ss	4,60±1,32	4,48±1,69		
Kişilik Gelişim Boyutu					
Otonomi	Min-Max	2-8 (4)	0-8 (4)	t: -0,395	^a 0,694
	(Med)				
	Ort±Ss	3,92±1,71	3,78±1,59		
Pratik Yönelim	Min-Max	4-8 (5)	1-9 (6)	Z: -0,690	^b 0,490
	(Med)				
	Ort±Ss	5,36±1,04	5,37±1,57		
Kişisel Sorun Yönelimi	Min-Max	2-8 (4)	1-8 (5)	Z: -0,347	^b 0,729
	(Med)				
	Ort±Ss	4,68±1,82	4,55±1,60		
Öfke ve Saldırganlık	Min-Max	1-7 (4)	1-8 (4)	t: 0,553	^a 0,582
	(Med)				
	Ort±Ss	3,80±1,58	3,99±1,49		
Sistemin İşleyişi Boyutu					
Düzen ve organizasyon	Min-Max	1-9 (6)	2-10 (6)	Z: -1,199	^b 0,230
	(Med)				
	Ort±Ss	5,60±2,42	6,44±1,56		
Program Açıklığı	Min-Max	3-10 (6)	1-10 (6)	t: -0,507	^a 0,613
	(Med)				
	Ort±Ss	6,16±1,60	5,94±1,96		
Çalışanların Kontrolü	Min-Max	1-9 (7)	2-9 (7)	Z: -0,600	^b 0,549
	(Med)				
	Ort±Ss	6,52±2,02	6,45±1,55		

^aStudent t Test

^bMann Whitney U Test

Tablo 11’de olguların sağlık güvencesi varlığına göre, servis ortamı ölçek puanlarının karşılaştırma sonuçları gösterilmiştir. Servis Ortamı ölçeğinin alt ölçek puanları, olguların sağlık güvencesi varlığına göre, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

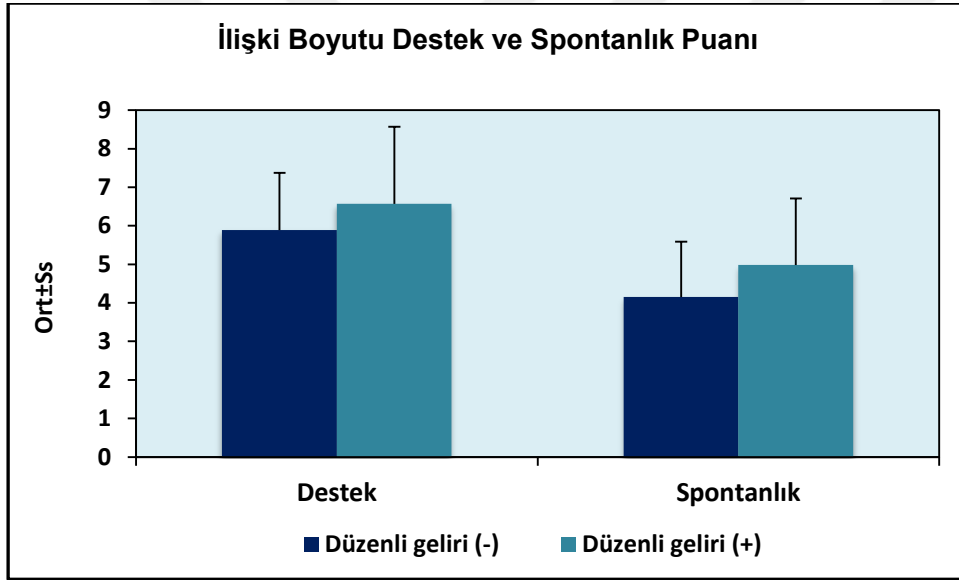
Tablo 12. Düzenli Gelir Durumuna Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

Servis Ortamı Ölçeği		Düzenli gelir durumu		Test değeri	P
		Yok (n=65)	Var (n=49)		
İlişki Boyutu					
Katılım	Min-Max (Med)	0-10 (6)	1-10 (6)	Z: -0,058	^b 0,954
	Ort±Ss	5,46±2,08	5,47±2,13		
Destek	Min-Max (Med)	3-10 (6)	3-10 (6)	t: 2,084	^a 0,039*
	Ort±Ss	5,89±1,48	6,57±2,00		
Spontanlık	Min-Max (Med)	1-8 (4)	2-9 (5)	Z: -2,227	^b 0,026*
	Ort±Ss	4,15±1,44	4,98±1,73		
Kişilik Gelişim Boyutu					
Otonomi	Min-Max (Med)	2-8 (4)	0-7 (4)	t: -0,414	^a 0,679
	Ort±Ss	3,86±1,61	3,73±1,63		
Pratik Yönelim	Min-Max (Med)	1-8 (5)	1-9 (5)	Z: -0,359	^b 0,720
	Ort±Ss	5,42±1,22	5,31±1,75		
Kişisel Sorun Yönelimi	Min-Max (Med)	1-8 (5)	2-7 (5)	Z: -0,090	^b 0,928
	Ort±Ss	4,58±1,71	4,57±1,57		
Öfke ve Saldırganlık	Min-Max (Med)	1-8 (4)	1-8 (4)	t: 0,574	^a 0,567
	Ort±Ss	3,88±1,52	4,04±1,50		
Sistemin İşleyişi Boyutu					
Düzen ve organizasyon	Min-Max (Med)	1-10 (6)	3-9 (6)	Z: -0,204	^b 0,838
	Ort±Ss	6,22±2,03	6,31±1,46		
Program Açıklığı	Min-Max (Med)	1-10 (6)	2-10 (7)	t: 1,771	^a 0,079
	Ort±Ss	5,72±1,88	6,35±1,84		
Çalışanların Kontrolü	Min-Max (Med)	1-9 (7)	3-9 (7)	Z: -1,137	^b 0,256
	Ort±Ss	6,57±1,79	6,33±1,46		
^a Student t Test		^b Mann Whitney U Test		[*] p<0,05	

Tablo 12’de olguların düzenli gelir durumu varlığına göre, servis ortamı ölçek puanlarının karşılaştırma sonuçları gösterilmiştir Servis Ortamı ölçeği *İlişki boyutu* “Katılım” puanları olguların düzenli gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Düzenli gelir durumuna göre olguların *İlişki boyutu* “Destek” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.039$); düzenli geliri olan olguların destek puanları, düzenli geliri olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Düzenli gelir durumuna göre olguların *İlişki boyutu* “Spontanlık” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.026$); düzenli geliri olan olguların spontanlık puanları da, düzenli geliri olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Şekil 7’de düzenli gelir durumuna göre, destek ve spontanlık puan dağılımı gösterilmiştir.



Şekil 7: Düzenli gelir durumuna göre servis ortamı ölçeği ilişki boyutu destek ve spontanlık puanları dağılımı

Servis Ortamı ölçeği *Kişilik Gelişim boyutu* “Otonomi”, “Pratik Yönelim”, “Kişisel Sorun Yönelimi”, “Öfke ve Saldırganlık” puanları olguların düzenli gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Servis Ortamı ölçeği *Sistemin İşleyişi boyutu* “Düzen ve Organizasyon”, “Program açılışı”, “Çalışanların Kontrolü” puanları olguların düzenli gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 13. Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

Servis Ortamı Ölçeği		Birlikte yaşadıkları				Test değeri	^d p
		Yalnız (n=16)	Anne-baba (n=22)	Aile (n=70)	Diğer (n=6)		
İlişki Boyutu							
Katılım	Min-Max	1-10 (5)	0-10 (6)	1-10 (6)	2-7 (6)	$\chi^2:0,651$	0,885
	(Med)						
	Ort±Ss	5,25±2,46	5,59±2,15	5,51±2,03	5,00±2,00		
Destek	Min-Max	3-10 (5)	4-10 (5)	4-10 (6)	4-8 (4,5)	$\chi^2:6,357$	0,095
	(Med)						
	Ort±Ss	5,75±2,24	5,77±1,66	6,47±1,60	5,50±1,97		
Spontanlık	Min-Max	3-7 (4,5)	1-7 (5)	1-9 (4)	1-7 (4)	$\chi^2:0,267$	0,966
	(Med)						
	Ort±Ss	4,63±1,50	4,18±1,62	4,60±1,62	4,33±2,07		
Kişilik Gelişim Boyutu							
Otonomi	Min-Max	1-7 (4)	2-7 (4)	0-8 (3,5)	2-5 (3,5)	$\chi^2:0,817$	0,845
	(Med)						
	Ort±Ss	3,88±1,36	4,00±1,63	3,76±1,68	3,50±1,64		
Pratik Yönelim	Min-Max	2-7 (5)	1-7 (6)	2-9 (5)	1-7 (4,5)	$\chi^2:3,431$	0,330
	(Med)						
	Ort±Ss	5,00±1,26	5,36±1,43	5,54±1,43	4,33±2,16		
Kişisel Sorun Yönelimi	Min-Max	2-7 (4)	2-7 (4,5)	1-8 (5)	3-6 (4,5)	$\chi^2:0,544$	0,909
	(Med)						
	Ort±Ss	4,56±1,93	4,77±1,41	4,51±1,70	4,67±1,21		
Öfke ve Saldırganlık	Min-Max	2-7 (3,5)	1-8 (4)	1-8 (4)	3-8 (5)	$\chi^2:3,986$	0,263
	(Med)						
	Ort±Ss	3,88±1,36	3,68±1,64	3,94±1,45	5,17±1,72		
Sistemin İşleyişi Boyutu							
Düzen ve organizasyon	Min-Max	3-8 (7)	3-9 (6)	2-10 (6)	1-8 (6)	$\chi^2:0,653$	0,884
	(Med)						
	Ort±Ss	6,44±1,82	6,36±1,76	6,23±1,79	5,67±2,42		
Program Açıklığı	Min-Max	2-9 (6)	2-7 (6)	1-10 (7)	2-8 (6)	$\chi^2:3,138$	0,371
	(Med)						
	Ort±Ss	5,94±1,88	5,50±1,50	6,21±1,94	5,33±2,34		
Çalışanların Kontrolü	Min-Max	3-9 (6)	4-9 (7)	1-9 (7)	4-9 (8)	$\chi^2:2,893$	0,408
	(Med)						
	Ort±Ss	6,50±1,86	6,64±1,68	6,33±1,60	7,33±1,75		

^dKruskal Wallis Test

Tablo 13’de olguların birlikte yaşadıkları kişilere göre, servis ortamı ölçek puanlarının karşılaştırma sonuçları gösterilmiştir. Servis Ortamı ölçeğinin alt ölçek puanları, olguların

birlikte yaşadıkları kişilere göre, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Tablo 14. Yaşadığı Yere Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

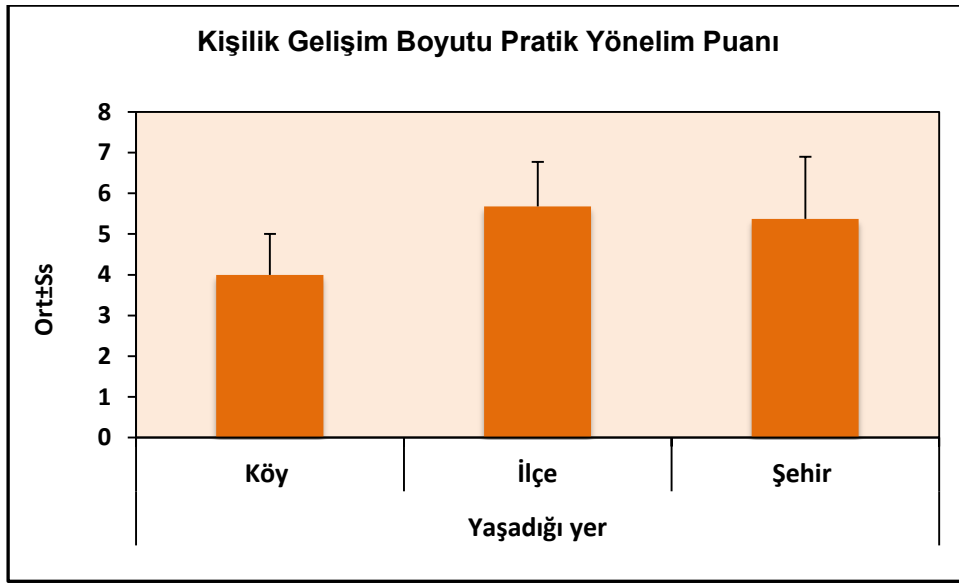
Servis Ortamı Ölçeği		Yaşadığı yer			Test değeri	^d p
		Köy (n=5)	İlçe (n=22)	Şehir (n=87)		
İlişki Boyutu						
Katılım	Min-Max (Med)	2-6 (5)	2-8 (6)	0-10 (6)	χ^2 : 2,900	0,235
	Ort±Ss	4,00±1,87	5,55±1,77	5,53±2,17		
Destek	Min-Max (Med)	4-8 (5)	4-10 (6)	3-10 (6)	χ^2 : 1,935	0,380
	Ort±Ss	5,20±1,64	6,27±1,83	6,22±1,73		
Spontanlık	Min-Max (Med)	3-6 (5)	2-8 (5)	1-9 (4)	χ^2 : 1,758	0,415
	Ort±Ss	4,80±1,30	4,82±1,47	4,41±1,67		
Kişilik Gelişim Boyutu						
Otonomi	Min-Max (Med)	2-5 (4)	2-8 (4)	0-8 (3)	χ^2 : 1,023	0,600
	Ort±Ss	3,80±1,30	4,14±1,64	3,72±1,63		
Pratik Yönelim	Min-Max (Med)	3-5 (4)	4-8 (6)	1-9 (5)	χ^2 : 6,129	0,047*
	Ort±Ss	4,00±1,00	5,68±1,09	5,37±1,53		
Kişisel Sorun Yönelimi	Min-Max (Med)	3-6 (3)	1-8 (5)	1-8 (5)	χ^2 : 1,586	0,452
	Ort±Ss	3,80±1,30	4,77±1,74	4,57±1,64		
Öfke ve Saldırganlık	Min-Max (Med)	4-6 (5)	2-6 (4)	1-8 (4)	χ^2 : 3,527	0,171
	Ort±Ss	4,80±0,84	4,14±1,17	3,85±1,60		
Sistemin İşleyişi Boyutu						
Düzen ve organizasyon	Min-Max (Med)	3-7 (6)	2-9 (6)	1-10 (6)	χ^2 : 1,325	0,516
	Ort±Ss	5,40±1,82	6,05±2,13	6,36±1,72		
Program Açıklığı	Min-Max (Med)	3-8 (5)	2-10 (7)	1-10 (6)	χ^2 : 1,617	0,445
	Ort±Ss	5,80±2,17	6,45±1,77	5,89±1,9		
Çalışanların Kontrolü	Min-Max (Med)	5-8 (5)	1-9 (6,5)	3-9 (7)	χ^2 : 2,314	0,314
	Ort±Ss	5,60±1,34	6,18±2,08	6,59±1,54		

^dKruskal Wallis Test

*p<0,05

Tablo 14’de olguların yaşadığı yere göre, servis ortamı ölçek puanlarının karşılaştırma sonuçları gösterilmiştir. Servis Ortamı ölçeği *Kişilik Gelişim boyutu* “Otonomi”, “Kişisel Sorun Yönelimi”, “Öfke ve Saldırganlık” puanları olguların yaşadığı yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken, “Pratik Yönelim” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.047).

Yapılan ikili karşılaştırmalara göre ilçe ($p=0.009$) ve şehirde ($p=0.025$) yaşayan olguların pratik yönelim puanları, köyde yaşayan olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). İlçe ve şehirde yaşayan olguların pratik yönelim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır ($p=0.499$). Yaşadığı yere göre, Servis Ortamı ölçeğinin *İlişki boyutu* ve *Sistemin İşleyişi Boyutu* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Şekil 8’de olguların yaşadığı yere göre, pratik yönelim puanları gösterilmiştir.



Şekil 8: Yaşadığı yere göre servis ortamı ölçeği kişilik gelişim boyutu pratik yönelim puanının dağılımı

Tablo 15. Yaşanılan Yere Göre Eğitim Durumunun Karşılaştırması

		Yaşadığı Yer			<i>p</i>
		Köy	İlçe	Şehir	
Öğrenim durumu	Okur-Yazar	1 (4,2)	6 (25,0)	17 (70,8)	0,019*
	Ortaöğretim	3 (11,1)	8 (29,6)	16 (59,3)	
	Lise	1 (2,4)	8 (19,0)	33 (78,6)	
	Üniversite	0	0	21 (100)	

Fisher's Freman Halton test

* $p<0,05$

Olguların yaşadıkları yerler ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Şehirde yaşayanların öğrenim düzeylerinde lise ve üniversite oranları diğer yerlerden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır.

Tablo 16. Yattığı Servise Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

Servis Ortamı Ölçeği		Yattığı servis			Test değeri	p
		Açık Erkek Servis (n=26)	Açık Kadın Servis (n=54)	Kapalı Erkek Servis (n=34)		
İlişki Boyutu						
Katılım	Min-Max (Med)	1-10 (5,5)	2-10 (6)	0-8 (5)	$\chi^2: 6,364$	^d 0,041*
	Ort±Ss	5,35±2,38	5,98±1,8	4,74±2,14		
Destek	Min-Max (Med)	3-10 (6,5)	4-10 (7)	3-10 (5)	F: 5,093	^c 0,008**
	Ort±Ss	6,46±1,82	6,54±1,76	5,41±1,46		
Spontanlık	Min-Max (Med)	1-8 (5)	2-9 (4)	1-7 (4)	$\chi^2: 2,136$	^d 0,344
	Ort±Ss	4,69±1,87	4,67±1,55	4,12±1,47		
Kişilik Gelişim Boyutu						
Otonomi	Min-Max (Med)	2-8 (4)	0-7 (3,5)	1-7 (4)	F: 1,456	^c 0,237
	Ort±Ss	4,08±1,90	3,54±1,40	4,03±1,68		
Pratik Yönelim	Min-Max (Med)	3-9 (5,5)	1-8 (5,5)	1-8 (5)	$\chi^2: 0,668$	^d 0,716
	Ort±Ss	5,42±1,27	5,48±1,44	5,15±1,65		
Kişisel Sorun Yönelimi	Min-Max (Med)	2-8 (5)	2-8 (5)	1-8 (4)	$\chi^2: 0,648$	^d 0,723
	Ort±Ss	4,77±1,86	4,59±1,55	4,41±1,65		
Öfke ve Saldırıcılık	Min-Max (Med)	1-8 (4)	1-8 (4)	1-8 (4)	F: 1,158	^c 0,318
	Ort±Ss	4,27±1,76	3,74±1,36	4,03±1,51		
Sistemin İşleyişi Boyutu						
Düzen ve organizasyon	Min-Max (Med)	2-9 (6)	1-9 (7)	2-10 (6)	$\chi^2: 4,012$	^d 0,135
	Ort±Ss	5,88±1,88	6,61±1,53	5,97±2,07		
Program Açıklığı	Min-Max (Med)	2-10 (6)	3-9 (6)	1-10 (6)	F: 1,026	^c 0,362
	Ort±Ss	6,04±2,24	6,20±1,52	5,62±2,09		
Çalışanların Kontrolü	Min-Max (Med)	1-9 (6)	3-9 (7)	2-9 (7)	$\chi^2: 3,597$	^d 0,166
	Ort±Ss	5,96±1,87	6,74±1,51	6,41±1,67		

^cOneway ANOVA Test

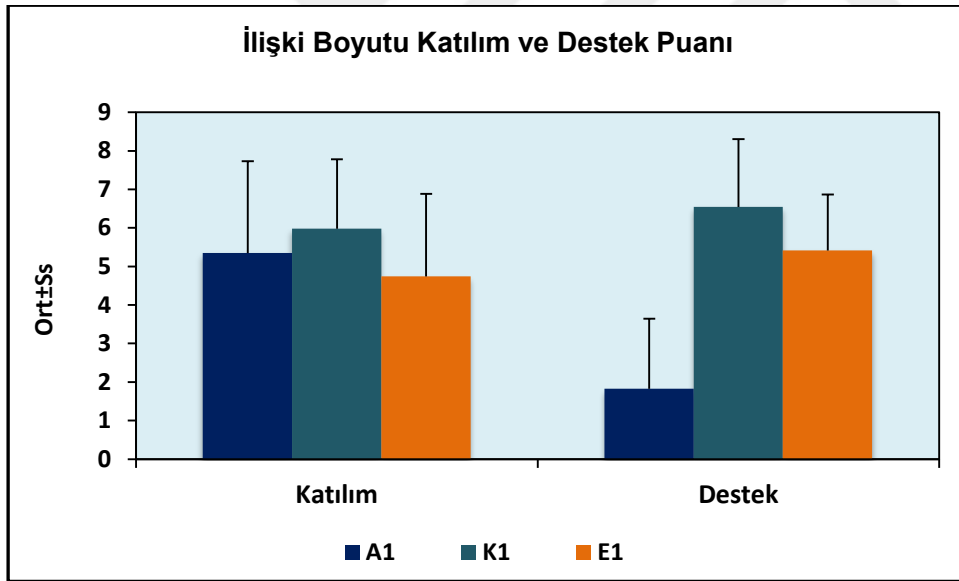
^dKruskal Wallis Test

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Tablo 16’da olguların, yattığı servise göre, servis ortamı ölçek puanlarının, karşılaştırma sonuçları gösterilmiştir. Yattıkları servislere göre olguların *İlişki boyutu* “Katılım” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.041$; $p<0.05$). Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre kadın açık servisinde yatan olguların katılım puanları, erkek kapalı servisinde yatanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.013$). Diğer servislerin katılım puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yattıkları servislere göre olguların *İlişki boyutu* “Destek” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.008$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre kadın açık servisinde yatan olguların destek puanları, erkek kapalı servisinde yatanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.009$). Diğer servislerin destek puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Şekil 9’da hastaların yattıkları servislere göre, katılım ve destek puan dağılımı gösterilmiştir.



Şekil 9: Yattıkları servislere göre Servis ortamı ölçeği ilişki boyutu katılım ve destek puanları dağılımı

Servis Ortamı ölçeği *İlişki boyutu* “Spontanlık” puanları olguların yattığı servise göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Yaşadığı yere göre, Servis Ortamı ölçeğinin *Kişilik Gelişim boyutu* ve *Sistemin İşleyişi boyutu* puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 17. Yatış Sıklığına Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

		Yatış sıklığı			Test değeri	P
		İlk (n=42)	Yılda 1 kez (n=45)	Yılda ≥2 kez (n=27)		
İlişki Boyutu						
Katılım	Min-Max (Med)	2-10 (6)	1-10 (5)	0-8 (6)	χ^2 : 0,232	^d 0,890
	Ort±Ss	5,64±2,05	5,38±2,21	5,33±2,04		
Destek	Min-Max (Med)	3-10 (7)	3-10 (6)	4-10 (6)	F: 2,228	^c 0,113
	Ort±Ss	6,55±1,67	5,78±1,68	6,30±1,90		
Spontanlık	Min-Max (Med)	2-8 (5)	1-9 (4)	1-7 (4)	χ^2 : 0,247	^d 0,884
	Ort±Ss	4,55±1,37	4,58±1,76	4,33±1,75		
Kişilik Gelişim Boyutu						
Otonomi	Min-Max (Med)	2-7 (4)	0-8 (4)	2-8 (4)	F: 0,163	^c 0,850
	Ort±Ss	3,76±1,41	3,76±1,65	3,96±1,87		
Pratik Yönelim	Min-Max (Med)	3-8 (5,5)	2-8 (5)	1-9 (6)	χ^2 : 2,543	^d 0,280
	Ort±Ss	5,64±1,12	5,13±1,47	5,33±1,86		
Kişisel Sorun Yönelimi	Min-Max (Med)	2-8 (5)	1-8 (4)	3-7 (5)	χ^2 : 1,239	^d 0,538
	Ort±Ss	4,67±1,57	4,38±1,90	4,78±1,28		
Öfke ve Saldırganlık	Min-Max (Med)	1-8 (3,5)	1-7 (4)	1-8 (4)	F: 1,465	^c 0,236
	Ort±Ss	3,64±1,45	4,07±1,36	4,22±1,78		
Sistemin İşleyişi Boyutu						
Düzen ve organizasyon	Min-Max (Med)	2-10 (7)	2-9 (6)	1-8 (6)	χ^2 : 1,731	^d 0,421
	Ort±Ss	6,50±1,71	6,24±1,92	5,89±1,74		
Program Açıklığı	Min-Max (Med)	3-9 (7)	1-10 (6)	2-10 (6)	F: 1,824	^c 0,166
	Ort±Ss	6,36±1,61	5,96±1,94	5,48±2,10		
Çalışanların Kontrolü	Min-Max (Med)	4-9 (7)	1-9 (6)	3-9 (7)	χ^2 : 1,498	^d 0,473
	Ort±Ss	6,71±1,49	6,16±1,88	6,59±1,47		

^cOneway ANOVA Test

^dKruskal Wallis Test

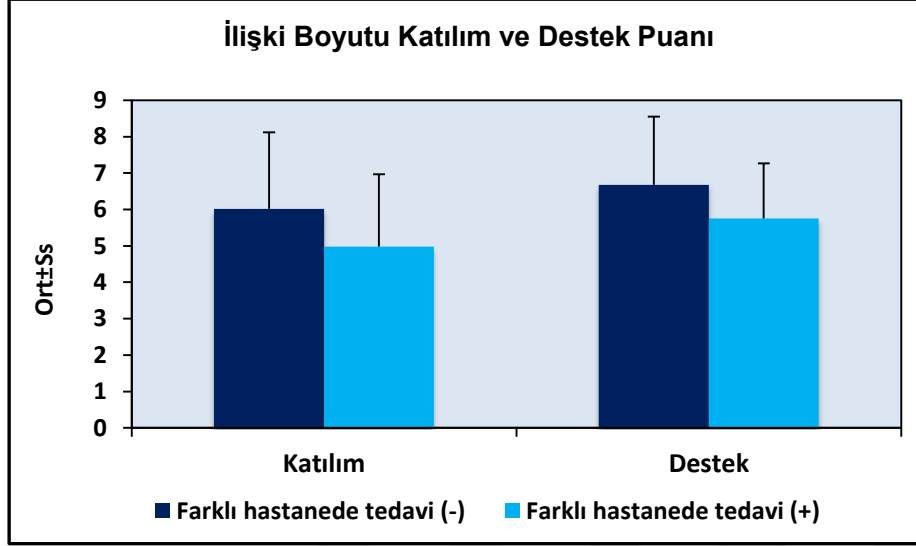
Tablo 17’de olguların, yatış sıklığına göre, servis ortamı ölçek puanlarının, karşılaştırma sonuçları gösterilmiştir. Servis Ortamı ölçeğinin alt ölçek puanları, olguların yatış sıklığına göre, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 18. Daha Önce Farklı Hastanede Tedavi Varlığına Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

Servis Ortamı Ölçeği		Farklı hastanede tedavi		Test değeri	P
		Hayır (n=53)	Evet (n=61)		
İlişki Boyutu					
Katılım	Min-Max (Med)	2-10 (6)	0-8 (5)	Z: -2,417	^b 0,016*
	Ort±Ss	6,02±2,10	4,98±1,99		
Destek	Min-Max (Med)	3-10 (7)	3-9 (5)	t: -2,911	^a 0,004**
	Ort±Ss	6,68±1,87	5,75±1,52		
Spontanlık	Min-Max (Med)	1-9 (4)	1-8 (4)	Z: -0,690	^b 0,490
	Ort±Ss	4,64±1,67	4,39±1,57		
Kişilik Gelişim Boyutu					
Otonomi	Min-Max (Med)	0-8 (4)	1-8 (3)	t: -2,531	^a 0,013*
	Ort±Ss	4,21±1,6	3,46±1,56		
Pratik Yönelim	Min-Max (Med)	1-9 (6)	1-8 (5)	Z: -2,141	^b 0,032*
	Ort±Ss	5,62±1,61	5,15±1,30		
Kişisel Sorun Yönelimi	Min-Max (Med)	1-8 (4)	1-8 (5)	Z: -0,265	^b 0,791
	Ort±Ss	4,53±1,59	4,62±1,70		
Öfke ve Saldırganlık	Min-Max (Med)	1-6 (4)	1-8 (4)	t: 0,150	^a 0,881
	Ort±Ss	3,92±1,31	3,97±1,66		
Sistemin İşleyişi Boyutu					
Düzen ve organizasyon	Min-Max (Med)	1-9 (7)	2-10 (6)	Z: -1,191	^b 0,234
	Ort±Ss	6,45±1,82	6,08±1,78		
Program Açıklığı	Min-Max (Med)	1-10 (6)	2-10 (6)	t: 0,452	^a 0,652
	Ort±Ss	5,91±1,89	6,07±1,88		
Çalışanların Kontrolü	Min-Max (Med)	2-9 (7)	1-9 (7)	Z: -0,150	^b 0,880
	Ort±Ss	6,49±1,65	6,44±1,68		
^a Student t Test	^b Mann Whitney U Test		** $p<0,01$		* $p<0,05$

Tablo 18’de olguların, farklı hastanede tedavi varlığına göre, servis ortamı ölçek puanlarının, karşılaştırma sonuçları gösterilmiştir. Farklı hastanede tedavi varlığına göre olguların *İlişki boyutu* “Katılım” puanları olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.016$; $p<0.05$); farklı hastanede tedavi görenlerin katılım puanları anlamlı düzeyde düşüktür.

Farklı hastanede tedavi varlığına göre olguların *İlişki boyutu* “Destek” puanları olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.004$; $p<0.01$); farklı hastanede tedavi görenlerin destek puanları anlamlı düzeyde düşüktür. Şekil 10’da farklı hastanede tedavi görme varlığına göre olguların, katılım ve destek puan dağılımı gösterilmiştir.

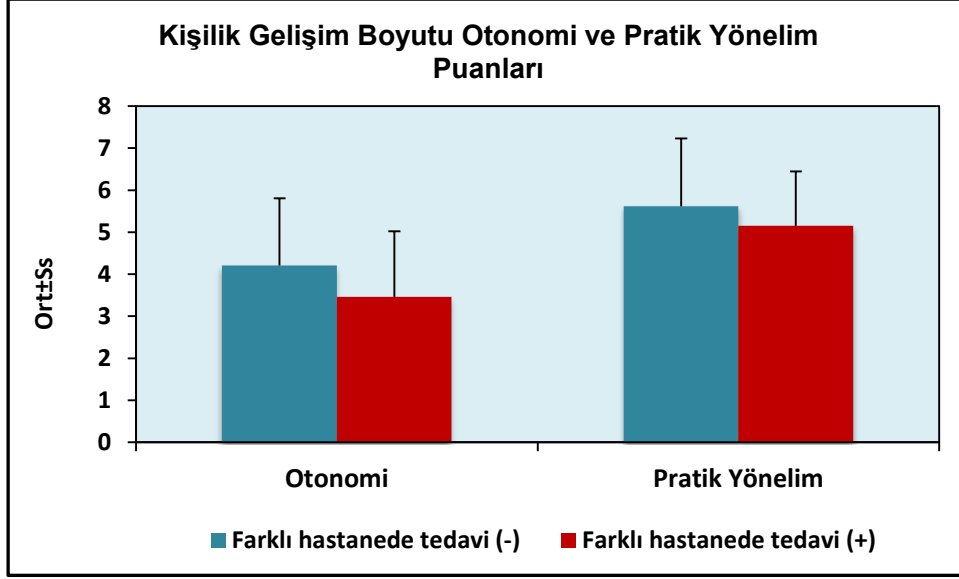


Şekil 10: Farklı hastanede tedavi varlığına göre Servis ortamı ölçeği ilişki boyutu katılım ve destek puanları dağılımı

Servis Ortamı ölçeği *İlişki boyutu* “Spontanlık” puanları olguların farklı hastanede tedavi varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Farklı hastanede tedavi varlığına göre olguların *Kişilik Gelişim boyutu* “Otonomi” puanları olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.013$; $p<0.05$); farklı hastanede tedavi görenlerin otonomi puanları anlamlı düzeyde düşüktür.

Farklı hastanede tedavi varlığına göre olguların *Kişilik Gelişim boyutu* “Pratik Yönelim” puanları olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.032$; $p<0.05$); farklı hastanede tedavi görenlerin pratik yönelim puanları anlamlı düzeyde düşüktür. Şekil 11’de farklı hastanede tedavi görme varlığına göre, olguların otonomi ve pratik yönelim puan dağılımı gösterilmiştir.



Şekil 11: Farklı hastanede tedavi varlığına göre Servis ortamı ölçeği kişilik gelişim boyutu otonomi ve pratik yönelim puanları dağılımı

Servis Ortamı ölçeği *Kişilik Gelişim boyutu* “Kişisel Sorun Yönelimi”, “Öfke ve Saldırganlık” puanları olguların farklı hastanede tedavi varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Servis Ortamı ölçeği *Sistemin İşleyişi boyutu* “Düzen ve Organizasyon”, “Program açılışı”, “Çalışanların Kontrolü” puanları olguların farklı hastanede tedavi varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Risk Faktörlerinin Servis Ortamı Ölçeği Otonomi Ölçümleri Üzerine Etkilerinin Regresyon Analizi Uygulaması

Risk faktörleri olarak belirlenen yatış sıklığı, hastalık süresi, farklı hastanede tedavi görmek ve kaçınıcı yatışın otonomi puanı etkilerini göstermek için Multivariate ise Linear Regresyon (Enter) analizi uygulanmıştır. Farklı hastanede tedavi görmek dami değişken olarak tanımlandı.

Risk faktörlerinin otonomi düzeyi üzerine etki derecelerini gösteren model özeti ise Tablo 19’da verilmiştir. Buna göre ($R^2 = 0.105$) risk faktörlerinin otonomi düzeyini % 10,5 oranında etkilediği görülmektedir. Bununla birlikte risk faktörlerinin otonomi düzeyine etkileri regresyon analizi yardımıyla test edilmiş olup, anlamlılık sütunundaki değerden

(F=2,204, p = 0.077; p>0.05) söz konusu değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmaktadır. Model özeti Tablo 20’de gösterilmektedir.

Tablo 19. Risk Faktörlerinin Otonomi Düzeyi Model Özeti

Model	R	R Kare	Düz R Kare	Std. Hata
1	0,324 (a)	0,105	0,057	1,56

Tablo 20. Otonomi için Regresyon modeli

Model		Kareler		F	p	
		Toplamı	Df			
1	Regression	21,481	4	5,370	2,204	0,077 ^b
	Residual	182,719	75	2,436		
	Total	204,200	79			

a. Dependent Variable: otonomi

b. Predictors: (Constant), Farklı Hastanaede tedavi, yatış.sıklığı, hastalık.süresi.ay, kaçıcı.yatış

Risk faktörlerinin katılım düzeyi üzerine etki derecelerini gösteren model özeti Tablo 21’de verilmiştir. Buna göre ($R^2 = 0.079$) karakteristik özelliklerin ve risk faktörleri katılım düzeyini % 7,9 oranında etkilemektedir. Risk faktörlerinin katılım düzeyine etkileri regresyon analizi yardımıyla test edildiğinde, anlamlılık sütunundaki değerden (F=1,615, p = 0.179) söz konusu değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmaktadır. Model özeti Tablo 22’de gösterilmektedir.

Tablo 21. Risk Faktörlerinin Katılım Düzeyi Model Özeti

Model	R	R Kare	Düz R Kare	Std. Hata
1	0,282 (a)	0,079	0,030	2,066

Tablo 22. Katılım için Regresyon modeli

Model	Kareler		df	Kareler		p
	Toplamı			Ortalaması	F	
1	Regression	27,593	4	6,898	1,615	0,179 ^b
	Residual	320,395	75	4,272		
	Total	347,987	79			

a. Dependent Variable: katılım

b. Predictors: (Constant), Farklı Hastanaede tedavi, yatış.sıklığı, hastalık.süresi.ay, kaçıcı.yatış

Risk Faktörlerinin Servis Ortamı Ölçeği Pratik Yönelim Ölçümleri Üzerine Etkilerinin Regresyon Analizi Uygulaması

Risk faktörleri olarak belirlenen yatış sıklığı, hastalık süresi, farklı hastanede tedavi görmek ve kaçınıcı yatışın Pratik Yönelim puanı etkilerini göstermek Multivariate için ise Linear Regresyon (Enter) analizi uygulandı. Farklı hastanede tedavi görmek dami değişken olarak tanımlandı.

Risk faktörlerinin pratik yönelim düzeyi üzerine etki derecelerini gösteren model özeti ise Tablo 23’de verilmiştir. Buna göre ($R^2 = 0.035$) karakteristik özelliklerin ve risk faktörleri katılım düzeyini % 3,5 oranında etkilemektedir. Risk faktörlerinin pratik yönelim düzeyine etkileri regresyon analizi yardımıyla test edildiğinde, anlamlılık sütunundaki değerden ($F=0,674$, $p =0.612$) söz konusu değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmaktadır (Tablo 24).

Tablo 23. Risk Faktörlerinin Pratik Yönelim Düzeyi Model Özeti

Model	R	R Kare	Düz R Kare	Std. Hata
1	0,186 (a)	0,035	0,017	1,456

Tablo 24. Pratik Yönelim için Regresyon modeli

Model	Kareler Toplamı	df	Kareler			
			Ortalaması	F	p	
1	Regression	5,715	4	1,429	0,674	0,612 ^b
	Residual	159,035	75	2,120		
	Total	164,750	79			

a. Dependent Variable: pratik yönelim

b. Predictors: (Constant), Farklı Hastanaede tedavi, yatış.sıklığı, hastalık.süresi.ay, kaçıcı.yatış

Tablo 25. Hastalık Tanısına Göre Servis Ortamı Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

Servis Ortamı Ölçeği		Hastalık Tanısı				Test değeri	^d p
		Depresyon (n=19)	Bipolar Bozukluk(n=52)	Şizofren (n=37)	Psikotik Bozukluk (n=6)		
<i>İlişki Boyutu</i>							
Katılım	<i>Min-Max (Med)</i>	2-10 (6)	1-10 (6)	0-8 (6)	2-7 (5,5)	χ^2 : 1,027	0,795
	<i>Ort±Ss</i>	5,68±2,16	5,63±2,14	5,22±2,0	4,83±2,32		
Destek	<i>Min-Max (Med)</i>	4-10 (6)	3-10 (6)	3-10 (6)	4-8 (5,5)	χ^2 : 2,256	0,521
	<i>Ort±Ss</i>	6,53±1,47	6,27±1,97	6,00±1,58	5,50±1,52		
Spontanlık	<i>Min-Max (Med)</i>	2-7 (4)	1-9 (4)	1-8 (4)	3-6 (5)	χ^2 : 1,894	0,595
	<i>Ort±Ss</i>	4,79±1,36	4,6±1,75	4,22±1,62	4,67±1,03		
<i>Kişilik Gelişim Boyutu</i>							
Otonomi	<i>Min-Max (Med)</i>	1-7 (4)	0-7 (4)	2-8 (4)	2-5 (3)	χ^2 : 2,144	0,543
	<i>Ort±Ss</i>	3,95±1,87	3,71±1,59	4±1,58	3±1,1		
Pratik Yönelim	<i>Min-Max (Med)</i>	4-9 (5)	1-8 (6)	1-8 (5)	4-7 (6)	χ^2 : 0,689	0,876
	<i>Ort±Ss</i>	5,47±1,43	5,37±1,53	5,27±1,43	5,67±1,51		
Kişisel Sorun Yönelimi	<i>Min-Max (Med)</i>	2-8 (5)	1-7 (4)	2-8 (5)	4-8 (5)	χ^2 : 3,784	0,286
	<i>Ort±Ss</i>	4,58±1,77	4,27±1,62	4,89±1,59	5,33±1,51		
Öfke ve Saldırganlık	<i>Min-Max (Med)</i>	2-7 (3)	1-8 (4)	1-6 (4)	2-5 (4,5)	χ^2 : 1,567	0,667
	<i>Ort±Ss</i>	3,63±1,26	4,06±1,75	3,97±1,26	3,83±1,47		
<i>Sistemin İşleyişi Boyutu</i>							
Düzen ve organizasyon	<i>Min-Max (Med)</i>	3-9 (7)	1-9 (6)	2-9 (6)	2-10 (6,5)	χ^2 : 4,268	0,234
	<i>Ort±Ss</i>	6,74±1,52	6,4±1,79	5,78±1,77	6,33±2,73		
Program Açıklığı	<i>Min-Max (Med)</i>	4-10 (7)	1-9 (6)	2-10 (6)	4-8 (6)	χ^2 : 3,353	0,340
	<i>Ort±Ss</i>	6,74±1,63	5,81±1,76	5,89±2,14	5,83±1,72		
Çalışanların Kontrolü	<i>Min-Max (Med)</i>	4-8 (6)	2-9 (7)	1-9 (7)	4-9 (7)	χ^2 : 1,533	^d 0,675
	<i>Ort±Ss</i>	6,16±1,34	6,54±1,55	6,49±1,87	6,67±2,34		

^dKruskal Wallis Test

Tablo 25’de olguların hastalık tanısına göre, servis ortamı ölçek puanlarının, karşılaştırma sonuçları gösterilmiştir

Servis Ortamı ölçeğinin alt ölçek puanları, olguların hastalık tanısına göre, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Tablo 26. Servis Ortamı Ölçeği Alt Boyutları ile Hastanede yatış süresi ve Yatış sayısı İlişkisi

Servis Ortamı Ölçeği		Hastanede yatış süresi (gün)	Yatış sayısı
<i>İlişki Boyutu</i>			
Katılım	r	-0,003	-0,037
	p	0,972	0,695
Destek	r	-0,088	-0,064
	p	0,354	0,501
Spontanlık	r	-0,016	-0,009
	p	0,868	0,923
<i>Kişilik Gelişim Boyutu</i>			
Otonomi	r	0,131	0,074
	p	0,166	0,434
Pratik Yönelim	r	-0,057	-0,091
	p	0,546	0,334
Kişisel Sorun Yönelimi	r	-0,054	0,028
	p	0,565	0,765
Öfke ve Saldırganlık	r	0,116	0,168
	p	0,220	0,074
<i>Sistemin İşleyişi Boyutu</i>			
Düzen ve organizasyon	r	-0,078	-0,018
	p	0,411	0,847
Program Açıklığı	r	0,024	-0,052
	p	0,800	0,583
Çalışanların Kontrolü	r	-0,090	-0,200
	p	0,342	0,033*

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı

* $p < 0,05$

Tablo 26'da olguların yatış süresi ile yatış sayısı alt ölçek ortalamalarının korelasyonlarını göstermektedir.

Olguların hastanede yatış süreleri ile servis ortamı değerlendirme ölçeğinin tüm alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Olguların hastaneye yatış sayıları ile servis ortamı değerlendirme ölçeğinin *İlişki boyutu* ve *Kişilik Gelişim boyutu* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Olguların hastaneye yatış sayıları ile *Sistemin İşleyişi boyutunda* ise

“Düzen ve Organizasyon”, “Program açıklığı” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken ($p>0.05$); “Çalışanların Kontrolü” puanı arasında negatif yönlü (hastaneye yatış sayıları arttıkça çalışanların kontrolü puanı azalan) istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki saptanmıştır ($r: -0,200$; $p<0.05$).



5.TARTIŞMA

Çalışmaya katılan hastalar değerlendirildiğinde, erkek hastalar, kadınlardan daha fazla katılım göstermiştir. Hastaların çoğu ortaöğretim mezunu ve bekarıdır. Hastaların büyük bir çoğunluğu, herhangi bir işte çalışmamakta ve düzenli bir geliri bulunmamaktadır. Birçoğu da aile ile birlikte şehirde yaşamaktadır. Araştırmada, hastaların hastanede yatış süreleri, ortalama 14 gün olup, yatış sayıları ortalama 3 kezdir. Hastaların çoğu, yılda en az bir kez hastaneye yatmaktadır. Lin ve arkadaşları (1996), yaptıkları çalışmalarında, yaş, cinsiyet, medeni durum, yerleşim yeri, sosyoekonomik durum gibi özelliklerin, psikiyatri hastaları için, önemli olduğunu belirtmişlerdir (82). Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada da sosyo demografik özelliklerin, psikiyatri hastalarını etkileyen değişkenler olduğu belirtilmiştir (83). Demirkol ve Tamam (2016), çalışmalarında yaş, cinsiyet ve kişisel özelliklerin, hastanın uyumunu ve hastanede yatış sayısını etkilediğini belirtmişlerdir (84). Bu sonuçlar, psikiyatri kliniğinde yatan hastaların, servis ortamı algılarının değerlendirilmesinde, hastaların kişisel özelliklerinin, göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir.

Araştırmada servis ortamı ölçeği İlişki Boyutu alt ölçeklerine bakıldığında en yüksek puan ortalamasını, Destek alt ölçeği almıştır (Tablo 5). Bozkurt (1998), servis ortamı ölçeği, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında bizim çalışmamızla benzer şekilde, en yüksek puan ortalamasını, destek alt ölçeği almıştır (5).

Savaşan (2010) ve Öztürk (2011), hastalarla yaptıkları çalışmalarında, servis ortamı ölçeğinin, destek alt ölçeği, bizim çalışmamızla benzer şekilde en yüksek puanı almıştır (1, 9). Bu sonuç, çalışanların, hastanın gereksinimlerini anladığını ve hastaların birbirlerini desteklediklerini göstermektedir. Hastaların destek gereksinimi, çeşitli stresörler ve yaşam değişiklikleriyle baş edebilmek ve hastanın günlük rollerini yerine getirebilmesi için önemlidir. Hemşireler hastanın yaşadığı zorluğu belirleyip, ne tür sosyal desteğin verileceğine karar vermede önemli rol üstlenirler (85).

Servis ortamı ölçeği Kişilik Gelişimi Boyutu alt ölçeğine bakıldığında en düşük puan ortalamasını, Otonomi alt ölçeği almıştır. Servis ortamı ölçeği güvenilirlik çalışmasında da benzer şekilde en düşük puanı otonomi alt ölçeği almıştır (5).

Oflaz ve Öklü (2010), Savaşan (2010), psikiyatri kliniğinde yatan hastalarla yaptıkları çalışmalarında, hastaların otonomi alt ölçeği düşük bulunmuş ve hastaların otonomi kazanmaları için, desteklenmeleri gerektiği belirtilmiştir (1, 86). Bu sonuçlar, hastaların kendi

kararlarını almada, yeterince bağımsız olmadıklarını düşünebilir. Servis ortamı, hastaların otonomi kazanmasını sağlamalı ve düşüncelerini özgürce ifade edebildikleri bir ortam olmalıdır (1).

Servis ortamı ölçeği Sistemin ilerleyişi alt ölçeklerine bakıldığında en yüksek puan ortalamasını, çalışanların kontrolü alt ölçeği almıştır. Çalışan kontrolünün yüksek çıkması, hastalar üzerinde denetimliliğin fazla olduğu anlamına gelir.

Çam ve arkadaşları (2005), yaptıkları çalışmalarında, çalışanların kontrolünün, kapalı servislerde, daha yüksek bulunduğunu belirtmişlerdir (20). Kocabıyık ve arkadaşları (2015), hastalarla yaptıkları çalışmalarında, kapalı servislerde çalışan personelin, saldırganlık ve şiddet açısından risk altında olduğunu ve bu yüzden daha kontrollü davranmaları gerektiğini belirtmişlerdir (87). Çalışanların, ortamdaki düzen ve organizasyonun sağlanabilmesi için kontrollü davrandıkları düşünülebilir. Akhan ve arkadaşları (2013), çalışmalarında, erkek servislerinde çalışan kontrolünün daha yüksek bulunduğunu belirtmişlerdir (3). Çam ve Dülgerler (2014), çalışmalarında psikiyatri servisinde yatan hastaların, çalışanlar, kontrolü bırakabildiği ölçüde, kendi yaşamlarının kontrolünü kazanabileceklerini belirtmişlerdir (4). Tekkaş ve Bilgin (2010) araştırmalarında, hastaların kuralları bozma davranışları, tedavi edici ortamın bozulmasına yol açacağından, çalışanların, hastaları, kontrol altında tutmasının zorunlu olduğunu, bununla birlikte, hastaların kontrol yöntemlerinden zarar görmelerini önlemek için, standart uygulama klavuzu çıkarılmasının önemli olduğunu belirtmişlerdir (66). Kullanılan kontrol yöntemlerinin, hastalar üzerindeki etkilerinin, göz önünde bulundurulması gerektiği söylenebilir.

Servis ortamı ölçeğinin, yaş ile olan ilişkisine bakıldığında, yaş arttıkça spontanlık puanı da artan, pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı, zayıf bir ilişki belirlenmiştir (Tablo 6). Hastaların yaşları ilerledikçe daha açık davrandıkları ve kendilerini daha özgür ifade ettikleri belirlenmiştir. Yapılan birçok çalışmada da, yaş faktörünün hastalar üzerinde etkisi olduğu görülmüş ve anlamlı farklılıklar elde edilmiştir.

Bozkurt (1998), servis ortamı geçerlilik güvenilirlik çalışmasında, 35-49 yaş aralığındaki hastaların katılım ve destek puanları, 19-34 yaş grubu hastaların puan ortalamasından, anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu belirtilmiştir. (5). Hastaların ilerleyen yaş nedeniyle, destek görme gereksinimlerinin artmasıyla ilgili olduğu düşünülebilir.

Akhan ve arkadaşlarının (2013), psikiyatri kliniğinde yatan hastaların terapötik ortam algılamaları çalışmalarında, 30 yaş altı ve 51 yaş üstü hastaların destek alt boyutu arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (3).

Yapılan bir araştırmada, hastaların yaşı ilerledikçe, otonomi puan ortalamalarının azaldığı belirlenmiştir (9).

Hastaların yaş gruplarına göre gereksinim ve hemşirelik bakımı algılayışları değişebilmektedir (88). Bu nedenle, çalışanların, hastanın yaşını göz önüne alarak gereksinimlerini belirlemesi gerektiği düşünülmektedir.

Hastaların ortam algılarını, cinsiyetlerine göre değerlendirdiğimizde, kadınların katılım, destek, düzen ve organizasyon puanları, erkeklerden anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 7). Katılım ve destek puanlarının, kadın hastalarda yüksek çıkmasının, kadın hastaların, servis programlarında, daha aktif olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, hasta ve çalışanlar arasındaki ilişkinin, kadınlarda, daha olumlu olduğu söylenebilir. Kadınlara yüklenen toplumsal cinsiyet rolü nedeniyle, düzen ve organizasyon puanlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çam ve arkadaşlarının (2005), ruh sağlığı hastanesindeki hemşire ve hekimlerin, klinik ortamın değerlendirilmesi çalışmalarında, kadın servislerinde, kişiler arası ilişkilerin ve iletişimin daha iyi olduğunu, erkek servislerinde ise öfke ve agresyon düzeyinin anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu belirtilmiştir (20).

Öztürk (2011), hastaların, servis ortamı algılarının değerlendirildiği çalışmada, servis ortamının düzenlenirken, cinsiyetlere yüklenen rollerin göz önüne alınması ve düzenlemelerin bu boyutta geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (9).

Brunt (2008), hastalarla yaptığı çalışmada, bizim çalışmamızla benzer şekilde, kadınların katılım puanlarının, erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirtmiştir (89).

Oflaz ve Öklü (2010), hastalarla yaptıkları çalışmalarında erkeklerin, öfke ve saldırganlık alt ölçeğinin, kadın hastalardan anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirtmişlerdir (86). Bu nedenle çalışanların, hastaların cinsiyetlerine göre değişebilen özelliklerini, göz önünde bulundurmaları gerektiği söylenebilir.

Hastaların servis ortamı algılarını, öğrenim durumlarına göre değerlendirdiğimizde, ortaöğretim mezunu hastaların katılım, destek, düzen ve organizasyon puanları, lise ve üniversite mezunu olanlardan, anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Eğitim seviyesi yüksek olan hastalar, düşüncelerini, beklenti ve gereksinimlerini daha rahat ifade edebilmektedirler. Öğrenim düzeyi düşük hastalar, sağlık çalışanını kendilerinden üstün gördükleri için, hastalıkları hakkında bilgi almak ve ortamı yönlendirmek için çekimser davranabilmektedirler (88).

Aydın (2014), hastaların, hemşirelik bakımını algılayışları çalışmasında, hastaların eğitim düzeyinin düşük olmasının, hemşirelik bakımından beklenti düzeyini, negatif yönde etkilediğini belirtmiştir (90).

Oflaz ve Öklü (2010), bizim çalışmamızdan farklı olarak, lise düzeyinde eğitim alanların katılım puanlarının, ilköğretim düzeyinde eğitimi olanlardan, anlamlı derecede düşük bulunduğunu ve neden özellikle eğitilmiş grubun katılım puanının az olduğunu, farklı yöntemlerle incelenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Eğitimin, hastaların, servis ortamı algılamalarına etkisi olduğu söylenebilir (86).

Hastaların medeni durumlarının ilişki boyutu, sistemin işleyişi boyutu ve kişilik gelişim boyutu alt ölçeklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 9).

Savaşan (2010), yılında hastalarla yaptığı çalışmasında, bizim çalışmamızla benzer şekilde, medeni durumun hastaların ortam algısı üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığını belirtmiştir (1).

Öztürk (2011), yılında hastaların servis ortamı algılarının değerlendirildiği çalışmasında, bizim çalışmamızdan farklı olarak, medeni durumun hastaların servis ortamı algılarında etkili olduğunu belirtmiştir. Medeni durumun servis ortamı algısına etkisi, farklı çalışmalarla desteklenebilir (9).

Hastalar çalışma durumlarına göre değerlendirildiğinde, çalışan hastaların öfke ve saldırganlık puanları, çalışmayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 10).

Saygın (2007), hastaların hastaneye yatmalarının, iş yaşamlarına etkisi olabileceğini düşündükleri için endişeli olduklarını ve bu gerginlik nedeniyle olumsuz tutumlarının bulunabildiğini belirtmiştir (91). Tedavi öncesi bir işte çalışan hastalar, işlerini nasıl düzene

sokacağına yönelik sürekli düşünceli ve gergin olabilir. Hasta, kendisini beceriksiz ve yetersizlikle suçlayabilir. Bu kaygılar daha da yoğunlaşıp, günlük etkinliklerini yapmayı engellediğinde, öfke ve saldırganlık düzeylerini olumsuz etkilediği düşünülebilir.

Ata ve Kelleci (2012), çalışmalarında, psikiyatri hastalarının son bir yıl içinde herhangi bir kayıp yaşamalarının, hastanın öfke ve saldırganlık düzeyini arttırdığı belirtilmiştir (92). Biz bu çalışmada hastaların bu tür yaşantılarını değerlendirmedimizden, ilerde yapılacak çalışmalarda öfke ve saldırganlığı etkileyebilecek farklı değişkenlerinde araştırmaya dahil edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Düzenli geliri olan hastaların, destek ve spontanlık puanları, düzenli geliri olmayanlara göre, anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 12). Düzenli geliri olan hastaların, düzenli geliri olmayan hastalara karşı daha destekleyici olmaları, düzenli gelirlerinin olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Öztürk (2011), psikiyatri servisinde yatan hastaların ortam algılarının değerlendirildiği çalışmasında, geliri olan hastaların, bizim çalışmamızla benzer şekilde spontanlık alt ölçeğinde anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (9).

Dursun (2012) ve Erol (2013) çalışmalarında, düzenli geliri olmayan kişilerin, karamsar olduklarını, özsaygılarının sarsıldığını, toplumdan uzaklaştıklarını ve sosyal ilişkilerden kaçtıklarını belirtmişlerdir (93, 94). Bu nedenle, düzenli bir geliri olmayan hastaların, duygularını ifade edebilmeleri için cesaretlendirilmeleri ve desteklenmeleri gerektiği söylenebilir.

Araştırmada, hastanın yaşadığı yere göre, servis ortamı algılarını değerlendirdiğimizde, hastaların, pratik yönelim puanları arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir (Tablo 14). İlçe ve şehirde yaşayanların, pratik yönelim puanları, köyde yaşayanlara göre, anlamlı düzeyde yüksektir. Hastanın yaşadığı yer ile eğitim durumuna bakıldığında, şehirde yaşayanların öğrenim düzeylerinin, köy ve ilçede yaşayanlara göre, daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 15). Köyde yaşayanların eğitim durumlarının düşük olması, toplumsal hayata hazırlanmalarını etkilediği düşünülebilir. Bu sonuç, köyde yaşayan hastaların, toplumsal hayata hazırlanmaları konusunda yetersiz olduklarını ve desteklenmeleri gerektiğini göstermektedir.

Hastaları, yattıkları servislere göre değerlendirdiğimizde, açık kadın servisinde yatan hastaların katılım puanları, kapalı erkek servisinde yatanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 16). Yine, açık kadın servisinde yatan hastaların destek puanları, kapalı erkek servisinde yatan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Sun et al (2006), çalışmalarında, kapalı serviste yatan hastaların otonomilerinin kısıtlandığını belirtmiştir (95). Kapalı servise yatırılan hastalar kısıtlanmış olduklarından, katılım ve destek puanlarının düşük çıkmış olabileceği söylenebilir.

Çam ve arkadaşları (2005), çalışmalarında, açık servislerde olan hastalarda destek, otonomi, pratik yönelim ve kişisel sorun yaklaşımının daha yüksek olduğu belirtilirken, kapalı servislerde, çalışan kontrolü, öfke ve agresyon puanlarının yüksek çıktığı belirtilmiştir (20). Hastaların yattıkları servisin, servis ortamı algısını etkilediği görülmektedir. Açık serviste bulunan hastaların, klinik özelliklerinin, kapalı serviste bulunan hastalara göre daha iyi olmasının, sonuçları etkilediği düşünülmektedir.

Oflaz ve Öklü (2010), çalışmalarında, bizim çalışmamızla benzer şekilde, hastaların servis ortamı algılarında yattıkları servisin etkili olduğunu belirtmişlerdir (86).

Bozkurt (1998), servis ortamı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, Katılım, Destek, Düzen ve Organizasyon, Pratik Yönelim, Program Açıklığı ve Çalışanların Kontrolü alt ölçek puan ortalamalarının, hastaların yattıkları servise göre anlamlı farklılıklar gösterdiğini belirtmiştir (5).

Araştırmada, hastaların hastanede yatış sayıları arttıkça, çalışan kontrolü puan ortalamasının azaldığı belirlenmiştir (Tablo 26). Yatış sayısı arttıkça, ortamın kural ve işleyişine aşinalık kazanılmasının bu sonucu etkilediği düşünülebilir.

Farklı hastanede tedavi gören hastaların, servis ortamı algılarına bakıldığında, katılım, destek, otonomi ve pratik yönelim puanları, farklı hastanede tedavi görmeyenlere göre, anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 18). Bu düşük puan ortalamasını, hastalık süresi, yatış sıklığı ve kaçınıcı yatış olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülüp regresyon analizi yapıldığında, farklı hastanede yatışın, modellerde bağımsız bir risk faktörü olduğu görülmüştür (Tablo 19, 20, 21, 22, 23, 24). Farklı hastanede yatışın önemli olduğu, ancak etkenlerin anlamlı olmadığı saptanmış olup, farklı hastanede tedavi görme nedenleri, ayrı bir araştırmada incelenebilir.

Ayrıca, araştırmada, hastaların servis ortam algılamaları üzerinde, medeni durum, sağlık güvencesi varlığı, birlikte yaşadığı kişiler, hastalık tanısı, yatış sıklığı ve hastanede yatış süresi gibi değişkenlerin, etkili olmadığı belirlenmiştir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, psikiyatri servisinde yatan yetişkin hastaların, tedavi edici ortam algıları ile hastaların sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişkinin boyutu incelenmiştir.

Araştırmada psikiyatri servisinde yatan yetişkin hastaların, tedavi edici ortam algılarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde;

Yaşın, hastaların servis ortamı algıları ile ilişkili olduğu, yaş arttıkça hastaların duygularını daha özgür ve rahat ifade edebildikleri belirlenmiştir.

Cinsiyetin, hastaların servis ortamı algıları ile ilişkili olduğu, hasta ve çalışanlar arasındaki ilişkinin, kadınlarda daha olumlu algılandığı, kadınların, servis programlarında, daha aktif oldukları belirlenmiştir.

Hastaların öğrenim durumunun servis ortamı algılamalarında etkili olduğu, eğitim seviyesi yüksek olan hastaların, düşünce ve gereksinimlerini, daha rahat ifade edebildikleri ve öğrenim durumu yüksek hastaların, öğrenim durumu düşük olanlara göre, ortamdaki düzen ve organizasyona daha fazla önem verdikleri belirlenmiştir.

Hastaların çalışma durumlarının servis ortamı algılarında etkili olduğu, tedavi öncesinde bir işte çalışan hastaların, daha öfkeli ve saldırgan davrandıkları tespit edilmiştir.

Hastaların düzenli gelir durumunun, servis ortamı algıları ile ilişkili olduğu, düzenli geliri olan hastaların, duygularını daha özgür ifade edebildikleri ve ortamdaki desteği daha olumlu algıladıkları belirlenmiştir.

Hastaların yaşadığı yerin, servis ortamı algılarında etkili olduğu, köyde yaşayan hastaların, toplumsal hayata hazırlanmaları konusunda, ilçe ve şehirde yaşayan hastalara göre, daha yetersiz oldukları belirlenmiştir.

Hastaların yattığı servisin, servis ortamı algıları ile ilişkili olduğu, kapalı serviste yatan hastaların, katılım ve desteği olumlu algılamadıkları belirlenmiştir.

Hastaların geçmişte farklı hastanelerde tedavi görmüş olmalarının , servis ortamı algısı ile ilişkili olduğu, farklı hastanede tedavi gören hastaların, katılım ve desteği olumlu algılamadıkları, kendi kararlarını almada ve toplumsal hayata hazırlanmada yetersiz oldukları belirlenmiştir.

Ayrıca, araştırmada, hastaların servis ortam algılamalarında; medeni durum, sağlık güvencesi varlığı, birlikte yaşadığı kişiler, yatış sıklığı, hastanede yatış süresi ve yatış sayısı, hastalık tanısı gibi değişkenlerin, etkili olmadığı belirlenmiştir.

Sonuçlar doğrultusunda getirilen öneriler řu şekildedir;

Psikiyatri biriminde çalışan profesyonellerin, hastaların, yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, düzenli gelir durumu, farklı hastanede tedavi görme varlığı, çalışma durumu, yaşadığı yer, yattığı servis gibi kişisel özelliklerini göz önünde bulundurarak hastaların servis ortamını düzenlemeleri önerilebilir.

Elde edilen bulgular neticesinde, erkek hastaların destek, katılım, düzen ve organizasyon alanlarında desteğe ihtiyaçları olduğu ve bu alanda daha fazla girişimde bulunulması gerektiği; hemşirelerin, hastalara bakım verirken hastaların algılarını etkileyen faktörleri, göz önünde bulundurmaları önerilebilir.

KAYNAKÇA

1. Savaşan A. “Bağımlılığı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi” *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2010, 13(3): 119-126.
2. Oflaz, F. “Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları” *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006, 7(1): 55-61.
3. Akhan, LU, Beytekin E, Aydın YG, Özgür H, Küçükvural G, Akar H, Darıkışu ME. “Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların terapötik ortam algılamaları” 2013, 4(4): 194-195.
4. Çam, O, Dülgerler, Ş. “Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde tedavi edici temel araçlar: Ortam ve İletişim”, Editör: Çam, O, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı, 1.Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2014:157-159.
5. Bozkurt, S. *Servis ortamı ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tez.* Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi; 1998.
6. Öz, F. “Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların hemşirelik bakım hizmetinden beklentileri ve karşılanma durumu” *Kriz Dergisi*, 2000, 11(2): 7-18.
7. Doğan, T. “Üniversite öğrencilerinin iyilik halinin incelenmesi”, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*”, 2006, 30: 120-129.
8. Bahadır, G. “Genel tıpta hekim-hasta iletişimi”, Editörler: Kulaksızoğlu, IB, Tükel, R, Üçok, A, Yargıç, İ, Yazıcı, O, Psikiyatri, 1.Baskı, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayın Evi, İstanbul, 2009.
9. Öztürk, 2011. *Hastaların ve çalışan hemşirelerin psikiyatri servis ortam algılarının ve etmenlerin karşılaştırılması Tez.* Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2011.
10. Kamışlı, S, Daştan, L. “Bir psikiyatri kliniğinde hemşirelik uygulamaları ve bu uygulamalara yönelik hasta görüşleri” *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 12(1): 45-46.
11. Aştı, N, Çetinkaya, Z. “Yataklı Psikiyatri Ünitelerinde Hemşirelerin Yürüttüğü Yatan Hasta Grupları” *Düşünen Adam Dergisi*, 2000, 13(3):185-192.
12. Taylor, CM. *Essential of Psychiatric Nursing*. 13th ed, London, Mosby, 1990: 99-110.
13. Özbaş D, Buzlu, S. “Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği” İstanbul Üniversitesi *Florance Nigtangale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2011, 19(3): 187-193.

14. Yazar, J. *Psikiyatrik ortamın hastaların iyileşmeleri üzerindeki etkileri Doktora Tez.* İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 1983.
15. Kesgin, C, Topuzoğlu, A. “Sağlığın tanımı; başaçıkma”, 2006, 3: 47-49.
16. Çoban, H. *Sağlık ekonomisi ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması Doktora Tez.* Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilimdalı Doktora tezi, 2009.
17. Ergün, G, Işık, I, Dikeç, G. *Ülkemizdeki psikiyatri kliniklerinin tedavi edici ortam yönünden incelenmesi*, Vehbi Koç Vakfı Projesi, 2014.
18. Akın, G. “İnsan sağlığı ve çevre etkileşimi”, *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 2014, 54(1):105-116.
19. Çağlayan, M, Korkmaz, M, Öktem, G. “Sanatta görsel algının literatür açısından değerlendirilmesi”, *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2014, 3(1):163-170.
20. Çam, O, Akgün E, Gümüş Babacan G, Bilge A, Keskin Ünal, G. “Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005, 6: 213-220.
21. Çakmak, S, Süt, H, Öztürk, S, Tamam, L, Bal, U. “Psikiyatri kliniğinde uğraşı ve psikososyal müdahalelerin hastaların kişilerarası işlevsellik ve bireysel ve sosyal performans düzeylerine etkisi”, *Arc Neuropsychiatry*, 2016, 53: 234-240.
22. Ergenoğlu, A, Tanrıtanır, A. “Genel hastanelerde kullanıcı memnuniyeti açısından hastane odalarında mimari mekan kalitesinin irdelenmesi Gaziantep ilinde bir alan çalışması”, 2013, 8(2):61-75.
23. Sakıcı, Ç, Var, M. “Ruh ve sinir hastalıkları hastane bahçelerinin (açık alan terapi üniteleri) düzenlenmesi kriterleri”, *Kastamonu Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*, 2014, 14(1): 101-112.
24. Fleming, M, Wentzell N. “Patient safety culture improvement tool:development and guidelines for use”, *Healthcare Quarterly*, 2008, 11: 10-15.
25. Sayek, F. “Hemşirelere hasta güvenliği eğitimi”, Çakmakçı, M, Akalın, E, Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, 1.Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2011.
26. Yıldırım, A. “Sağlık kurumlarında üretim ve süreç yönetimi üzerine bir değerlendirme: Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği”, *International Journal of Social Science*, 2014, 29: 457-474.
27. Coşkun,S, Öztürk Tuna A. “Bakırköy ruh sağlığı ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3(3): 17-22.

28. Güneş, M. *Hastane bahçeleri planlama ve tasarım ilkelerinin İzmir ili örneğinde irdelenmesi Tez*, Ege Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2006.
29. Bulut, Y, Göktuğ, TH. “Sağlık bulma yönünde çevresel bir etken olarak iyileştirme bahçeleri”, *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 2006, 23(2): 9-15.
30. Ayan, Ç. *Hastanelerde peyzaj tasarımı kriterlerinin Konya bölge hastanesi örneğinde incelenmesi Tez*, Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Peyzaj Mimarlığı Yüksek Lisans Tezi, 2009.
31. Karakaya, B, Kiper, T. “Hastane dış mekan tasarımlarının Edirne ili örneğinde irdelenmesi”, *Tekirdağ Ziraat Fakültesi Dergisi*, 2011, 8(2): 63.
32. Smith R, Watkins, N. “Therapeutic environments”, Washington DC, *Academy of Architecture for Health*, 2008.
33. Akkın, C, Eğrilmez, S, Afrashi, F. “Renklerin insan davranış ve fizyolojisine etkileri”, *Türk.Oft.Gaz.*, 2004, 33: 274-282.
34. Gezer, A. “Hastanelerde ve sağlık merkezlerinde erişilebilirlik”, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 2014, 13(25): 113-133.
35. Botteldooren, D. “*Enviromental noise*”, *Thematic Issue: Noise Impacts on Health, European Comission*, 2015.
<http://ec.europa.eu/environment/integration/research/newsalert/pdf/47si.pdf> Erişim tarihi: 10.12.2016
36. Keltner, N,Schwecke LH, Bostrom CE. *Milieu management PsychiatricNursing A Psychotherapeutic Management Approach, second edition*, St. Louis, Mosby Year Book, 1995: 313-328.
37. Demiralp, M, Oflaz, F. “Bilişsel-davranışsal terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8: 132-139.
38. Oğuz, G, Karabekiroğlu A, Kocamanoğlu B, Sungur, MZ. “Obezite ve bilişsel davranışçı terapi”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2016, 8(2): 133-144.
39. Ünsal, G, Karaca, S, Arnik, M, Öz Can, Y, Aşık, E, Kızılkaya, M, Duran, S, Aydın, S, Türk, D, Şipkin, S. “Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri”, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 4(2): 90-95.
40. Karatosun, H. “Fiziksel aktivite ve ruh sağlığı”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Yaşam Dergisi*, 2010, 2(2): 9-13.
41. Soyuer, F, Erdoğan, F. “Fiziksel aktivite ve epilepsi”, 2011, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 20(1): 77-81.

42. Açıl Anıl, A, Doğan, S, “Şizofrenik hastalarda fiziksel egzersizin ruhsal durum ve yaşam kalitesi üzerine etkisi”, II. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, İstanbul, 2008, 68.
43. Güçray, SS, Çekici, F, Çolakkadıoğlu, O. “Psiko-eğitim gruplarının yapılandırılması ve genel ilkeleri”, 2009, 5(1): 134-153.
44. Sönmez, S. Şizofreni hastalarında psiko eğitim grup çalışmasının pozitif ve negatif belirtiler, sosyal işlevsellik, yeti yitimi, içgörü ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması Uzmanlık Tezi, Psikiyatri Anabilimdalı Uzmanlık Tezi, 2009.
45. Kurt, E. “Türkiye’de psikiyatrik rehabilitasyonla ilgili yasal düzenlemeler”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008, 9(1): 51-57.
46. Bilici, R, Sercan, M, Tufan, AE. “Psikiyatrik hastalarda saldırganlık ve saldırgan hastaya yaklaşım”, *Düşünen Adam Dergisi*, 2013, 26: 190-198.
47. Hancock, Christine. “Review the benefits of physical activity for health and well-being”, *C3 Collaborating for Health*, 2011.
48. Arslantaş, H. “Ruh sağlığı psikiyatri hemşireliğinde etik konular, kodlar ve standartlar”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2015, 6(1): 47-56.
49. Bekmezci, H, Özkan, H. “Ebelik uygulamalarında mahremiyetin önemi”, 1. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, Eskişehir, 2015, 2(1): 113-124.
50. Dülger, V. “Sağlık hukukunda kişisel verilerin korunması ve hasta mahremiyeti”, *İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Dergisi*, 2015, 1(2): 43-80.
51. LeBlanch, R. “Educational management of self-injurious behavior”, *Acta Paedopsychiatr*, 1993, 56(2): 91-92.
52. Aksoy, A, Ögel, K. “Kendine zarar verme davranışı”, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2003, 4: 226-236.
53. Foster, C, Bowers, L, Nijman, H. “Aggressive behaviour on acute psychiatric wards:Prevalence, severity and management”, *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 58(2): 140-149.
54. Alataş, E, Bulut, SD, Berkol, TD, Alataş, G. “Kendine zarar verme davranışı olarak tekrarlayıcı şekilde kendi ağız mukozasını kesme: olgu sunumu”, *Düşünen Adam Dergisi*, 2014, 27: 173-177.
55. Çapar, A, Çuhadar, D. “Psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda psikolojik dayanıklılık ve intihar olasılığı ilişkisi”, IV. Uluslararası, VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa, 2016, 119.
56. Büyükbayram, A, Okçay, H. “Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel etmenler”, 2013, 4(1): 46-53.

57. Çobanoğlu Üstünsoy, ZS, Aker, T, Çobanoğlu N. “Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları”, *Düşünen Adam Dergisi*, 2003, 16(4): 211-218.
58. Sağlam, E, Eker F. “Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkilerinin tedaviye uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi”, IV. Uluslararası, VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa, 2016, 275.
59. Polat, G. “Madde bağımlılığı tedavisinde sosyal hizmet mesleği”, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 2014, 30(2);143-148.
60. Ersoy, MA. “Psikiyatri ve bağımlılık tedavisi servislerinde sigara yasağı”, *Düşünen Adam*, 2001, 14(1);4-9.
61. Kızılkaya, M, Öz, F. “Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların sigara içme özellikleri”, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 23-31.
62. Geyran, P, Uygur, N. “Saldırgan cinsel davranış motivasyonu olarak perversif davranış, adli psikiyatrik değerlendirme”, *Düşünen Adam*, 1996, 9(4);47-53.
63. Terakye G, Demirkıran, F. “Psikiyatri hastalarında ilaç tedavisine uyumsuzluk sorunu ve hemşirelik yaklaşımları”, *Anadolu Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 2003, 4(2);131-144.
64. Tekkaş, K, Bilgin, H “Psikiyatri servislerinde kullanılan profesyonel kontrol yöntemleri: Kullanım nedenleri, türleri, uluslararası uygulamalar ve algılamalar”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010.
65. Bilge, A, Uğurlu, N, Güler, C. “Ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin bağımsızlık düzeyleri ve yaşam doyumlarının belirlenmesi”, IV. Uluslararası, VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa, 2016, 68.
66. Kıdak, L, Aksaraylı, M. “Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: Eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2008, 10(3);93.
67. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 19 Nisan 2011. Sayı: 27910.
68. Aştı, N. “Elektro konvülsif tedavi uygulanacak psikiyatri hastalarında gözlenen korku ve anksiyetenin giderilmesinde terapötik hemşirelik yaklaşımının etkisini araştırmak”, *Düşünen Adam*, 1994, 7(3);59-64.
69. Shattel, MM, Starr, SS, Thomas, SP. “Take my hand, help me out: Mental health service recipients’ experience of the therapeutic relationship”, *International Journal of Mental Health Nursing*, 2007,16(4);274-284.
70. DiMatteo, MR. “Social support and patient adherence to medical treatment: a meta analysis”, *Health Psychology*, 2004, 23(2);207-218.

71. Vlassnik, JJ, Aliotta, SL, DeLor, B. "Medication adherence: factors influencing compliance with prescribed medication plans", *Case Manager*, 2005, 16(2);47-51.
72. Hendryx, M, Green CA, Perrin, NA. "Social support, activities, and recovery from serious mental illness :Stars study findings", *Journal Behavioral Health Services & research*, 2009, 36(3);320-329.
73. Kılınç, G, Aylaz, R. "Psikiyatri hastalarında tedaviye uyum ve sosyal destek arasındaki ilişki", IV. Uluslararası, VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa, 2016, 125.
74. Görgeç, Ö. *Cumhuriyet üniversitesi sağlık hizmetleri araştırma ve uygulama hastanesi çocuk servislerinde yatan hastaların hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi Tez*, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2000.
75. Çam, M, Turgut Öztürk, E, Büyükbayram, A. "Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde dayanıklılık ve yaratıcılık", *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2014, 5(3): 160-163.
76. Bowers, L. *Dangerous and severe personality disorder: response and role the psychiatric team*, London and Newyork, Routledge, 2002.
77. Velligan, DI, Weiden, PJ, Sajatovic, M, Carpenter, D, Ross, R, Docherty, JP. "Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the Expert Consensus Guidelines", *Journal of Psychiatric Practise*, 2010, 16(1): 34-45.
78. Uçman, P. "Psikiyatrik servis ortamlarında farklı değerlendirme yaklaşımlarının ilişkisi", *Psikoloji Dergisi*, 1989, 7(23): 39-47.
79. Tunçay, GY, Uçar, H. "Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortam özelliklerine ilişkin görüşleri", *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2010, 33-46.
80. Timko, C, Moos, R. "Determinants of the treatment climate in psychiatric and substance abuse programs: implications for improving patient outcomes", *J Nerv Ment Dis*, 1998, 186: 96-103.
81. Lin E, Goering, P, Offord, DR, Campbell, D, Boyle, MH. "The use of mental health services in Ontario: epidemiologic findings", *Can J Psychiatry*, 1996, 41: 572-577.
82. Güleç, C. *Toplum ruh sağlığı açısından psikiyatrik epidemiyoloji*. Bertan, M, Güler, Ç, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, Güneş Kitabevi, 1995, 442-453.
83. Demirkol, ME, Tamam, L. "Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2016, 8(1): 85-93.
84. Ardahan, M. "Sosyal destek ve hemşirelik", *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9(2): 73.

85. Oflaz, F, Öklü, H. “Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların servis ortamını değerlendirmelerinin ve ilişkili olabilecek faktörlerin incelenmesi”, IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Samsun, 2010, 77.
86. Brunt, D. “The ward atmosphere of single- sex wards in a maximum-security forensic psychiatric hospital in Sweden”, *Issues In Mental Health Nursing*, 2008, 29, 221-241.
87. Aydın, M. *Bir üniversite hastanesindeki hastaların hemşirelik bakımını algılayışları Tez*, Hemşirelik Esasları Anabilimdalı Yüksek Lisans Tezi, 2014.
88. Gülcemal, E, Keklik, B. “Hastaların hekimlere duydukları güveni etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma: Isparta ili örneği”, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2016, 8(4): 64-87.
89. Kocabiyik, N, Yıldırım, S, Turgut, EÖ, Türk Kayacı, M, Ayer, A. “Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan sağlık personelinin şiddete uğrama sıklığı ve etkileyen faktörler”, *Düşünen Adam*, 2015, 28;112-118.
90. Saygın, N. *Hasta ve yakınlarının bakış açısıyla psikiyatrik yatışın nedenleri Tez*. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2007.
91. Ata, E, Kelleci, M. “Psikiyatri kliniğinde yatan bir grup hastada saldırganlık potansiyeli ve etkileyen bazı etkenler”, *NPAKADEMİ*, 2012, 1(1): 7-15.
92. Dursun,S. “İşsizliğin sosyopsikolojik yönü: işsizlik psikolojisi”, *Türk Metal Dergisi*, 2012.
93. Erol, SI. “İşsizliğin sosyal dışlanma üzerindeki etkisi”, *TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 2013, 24(3-4-5): 66.
94. Sun, FK, Long, A, Boore J, Tsao, LI. “Patients and nurses’ perceptions of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients”, 2006, 15(1): 83-92.
95. Akpınar H. *Psikiyatri hastalarının hastaneye yatmaya bağlı karşılaştıkları stresörler, çözüm yolları ve ekip üyelerinden beklentileri Tez*, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2004.

ARAŞTIRMAYA KATILACAK BİREYLER İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmada yetişkin psikiyatri kliniğinde yatan hastaların tedavi edici ortama yönelik algılarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırma kapsamında sizden veri toplama formlarını doldurmanız, araştırmacı tarafından yöneltilen sorulara yanıt vermeniz istenecektir. Araştırmalardan elde edilecek sonuçların, yetişkin psikiyatri kliniğinde yatan hastaların tedavi edici ortama yönelik algı ve beklentilerinin ortaya çıkarılması hedeflenmektedir.

Bu araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler, farklı bir araştırma/uygulamada da kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Teşekkürler...

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hemşire tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Araştırmaya katılan gönüllü birey;

Adı soyadı :

İmzası :

Araştırmayı yürüten hemşire;

Adı soyadı :

Bölümü :

İmzası :

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Yaş:

Cinsiyet: Kadın Erkek

Medeni Durum: Bekar Evlü

Kiminle Birlikte Yaşamakta: Yalnız Anne-baba Aile ile Birlikte Diğer...

Hastalık tanısı:

Yattığı Servis:

Hastanede Yatış Süresi:gün (Son Yatış)

Kaçıncı Yatış:

Yatış Sıklığı: Yılda 1 kez Yılda 2-3 kez Yılda 4-6 kez Yılda 7 kez ve üzeri

Daha önce Farklı hastanede tedavi görme: Evet Hayır

Hastalık süresi (İlk tanı alma zamanı):

Öğrenim Durumu: Okur-yazar Ortaöğretim Lise Üniversite (Lisans yadaÖnlisans)

Yüksek Lisans Doktora

Çalışma durumu: Çalışıyor Çalışmıyor

Sağlık Güvencesi: Var Yok

Düzenli gelir durumu: Var Yok

Var ise:

Gelir Düzeyi: 850-1500 1500-2500 2500 ve üzeri

Yaşadığı yer: Köy İlçe Şehir

- 1- Burada, hastalar servisteki işlerini yapmak için çok istekli ve gayretlidir.
- 2- Doktorların hastaları desteklemek için çok az zamanları vardır.
- 3- Burada hastalar duygularını birbirlerinden saklamaya özen gösterirler.
- 4-Burada çalışanlar hastaların önerileri doğrultusunda davranırlar.
- 5-Bu serviste sık sık yeni tedavi yöntemleri denenir.
- 6- Buradaki hastalar cinsel yaşamlarından çok az söz ederler.
- 7- Burada hastalar genellikle sızlanıp dururlar.
- 8- Burada hastaların faaliyetleri dikkatle düzenlenmiştir.
- 9-Hastalar doktorların ne zaman serviste bulunacaklarını bilirler.
- 10-Çalışanlar hastaları nadiren kısıtlamak yoluyla cezalandırırlar.
- 11-Bu servis canlı ve hareketlidir.
- 12-Burada çalışanlar hastaların ne istediklerini bilirler.
- 13-Hastalar doktorlara söylemek istedikleri her hangi bir şeyi rahatlıkla söyleyebilirler.
- 14-Burada çok az sayıda hasta herhangi bir sorumluluğa sahiptir.
- 15-Burada hastaların günlük yaşamda karşılaşılan sorunlara çözüm bulmaları için eğitilmelerine çok az önem verilir.
- 16-Burada hastalar kişisel sorunlarını, dertlerini, sıkıntılarını birbirlerine anlatırlar.
- 17-Burada hastalar genellikle çalışanları eleştirirler veya onlarla ilgili şakalar yaparlar.
- 18-Bu tedavi programı çok iyi düzenlenmiştir.
- 19- Buradaki doktorlar hastalarına tedavileri konusunda bilgi vermezler.
- 20-Buradaki hastalar bir doktor konuşur iken, sözünü kesebilirler.
- 21-Hastalar bu servisteki tedavi ve bakımdan memnundurlar.
- 22- Burada çalışanlar, hastaları tedaviyi bıraktığı zaman bile onları izlemeye isteklidirler.
- 23-Burada hastaların kendilerini nasıl hissettiklerini ifade etmek zordur.
- 24-Burada hastalardan lider olmaları beklenir.
- 25-Burada hastalar geleceğe yönelik plan yapma konusunda desteklenirler.
- 26-Burada kişisel sorunlar hakkında açıkça konuşulur.
- 27-Bu tedavi programında hastalar nadiren tartışırlar.
- 28-Burada çalışanlar servisin daima temiz ve düzenli olduğundan emindir.
- 29-Hastanın kullandığı ilaçlarda bir değişiklik yapıldığında hemşire ya da doktor bunun nedenini hastaya her zaman açıklar.

- 30-Servisin kurallarını bozan hastalar cezalandırılır.
- 31-Bu serviste hastaların birlikte bir şeyler yapabilmelerine çok az rastlanır.
- 32-Burada çalışan hemşirelerin hastaları desteklemek için çok az zamanları vardır.
- 33-Hastalar çalışanların yanında konuştukları şeylere dikkat ederler.
- 34-Burada hastalar bağımsız davranma konusunda desteklenir.
- 35-Burada hastaların taburcu olduktan sonra neler yapacakları konusuna çok az önem verilir.
- 36-Burada hastaların kişisel sorunlarını, dertlerini, sıkıntılarını birbirleriyle paylaşması beklenir.
- 37-Çalışanlar bazen birbirleriyle tartışır.
- 38-Bu servis bazen çok fazla düzensiz ve pis oluyor.
- 39-Bu servisin kuralları hastalar tarafından açıkça anlaşılabilir.
- 40-Bir hasta başka bir hastayla tartışacak olursa çalışanlarla başı derde girer.
- 41-Burada çok az hasta bir işin yapılmasına gönüllü olarak katkıda bulunur.
- 42-Buradaki doktorlar bazı hastalara diğerlerinden daha fazla zaman ayırırlar.
- 43-Burada hastalar kendi faaliyetlerini özgürce belirleyebilirler.
- 44-Hastalar ne zaman isterlerse servisten ayrılabilirler.
- 45-Servisten taburcu olduktan sonra ne yapılacağına planlanmasına çok az önem verilir.
- 46-Buradaki hastalar geçmişleri hakkında çok az konuşurlar.
- 47-Hastalar bazen birbirlerine hoş olmayan şakalar yaparlar.
- 48-Burada birçok hasta her gün düzenli bir program izler.
- 49-Burada hastalar çalışanların kendileri ile ne zaman görüşeceklerini bilemezler.
- 50-Burada çalışanlar hastalara emir vermezler.
- 51-Bu serviste hastalar her zaman oldukça faaldir.
- 52-Burada sağlık durumları daha iyi olanlar, daha az sağlıklı olanların bakımına yardım ederler.
- 53- Hastalar birbirleri ile aynı fikirde olmadıkları zaman, bunu birbirlerine belli etmezler.
- 54-Burada hastalar istedikleri gibi giyinebilir.
- 55-Bu tedavi programında yeni meslekler öğrenmek için eğitime önem verilir.
- 56-Burada çalışanlar hastalara nadiren kişisel soru sorarlar.

- 57-Bu servisteki kişilerin tartışmaları oldukça zordur.
- 58-Buradaki hastaların çoğu bakımsız görünmektedir.
- 59-Bu programda herkes kimin sorumlu olduğunu bilir.
- 60-Buradaki hastalar kendileri için düzenlenen tedavi programlarına uymak zorundadırlar.
- 61-Bu serviste çok az sosyal faaliyet vardır .
- 62-Burada hastalar birbirlerine çok az yardım ederler.
- 63-Burada alışılmadık şekilde davranmanın bir sakıncası yoktur.
- 64-Bu serviste hastaların yönetime katılması söz konusu değildir.
- 65-Buradaki hastaların çoğu geleceklelerinden çok geçmişleri ile ilgilenirler.
- 66-Burada çalışanlar hastaların duygularıyla ilgili konuşmaya daha fazla ilgilidirler.
- 67-Burada çalışanlar hiçbir zaman tartışma başlatmazlar.
- 68-Burada bazen her şey son derece düzensiz olur.
- 69-Burada kurallara uymayan hastalar kendilerine ne olabileceğini bilir.
- 70-Hastalar buradaki hemşireleri isimleriyle çağırabilirler.
- 71-Burada insanları heyecanlandıracak ve harekete geçirecek çok az şey vardır.
- 72-Burada çalışanlar yeni gelen hastaların servisi tanımalarına yardım ederler.
- 73-Hastalar çalışanlardan duygularını saklamaya eğilimlidirler.
- 74-Hastalar nereye gittiklerini söylemeden servisten ayrılabilirler.
- 75-Burada hastalara bazı davranışlarını değiştirip, yenilerini kazanmaları konusunda yardımcı olunur.
- 76-Burada hastalar birbirlerine dertlerini ve sıkıntılarını nadiren anlatırlar.
- 77-Burada çalışanlar tartışmanın sağlıklı bir şey olduğunu düşünürler.
- 78-Burada çalışanlar temizlik ve düzen konusunda örnek olurlar.
- 79-Burada insanlar her zaman fikir değiştirir.
- 80-Bu serviste hastalar kurallara uymazlarsa, başka yerlere gönderilebilir yada taburcu edilebilirler.
- 81-Bu servisteki grup tartışmaları oldukça ilgi çekicidir.
- 82-Burada çalışanlar bazen hastalar ile yapılacak görüşmelerine gelmezler.
- 83-Burada hastalar duygularını ifade etmek için desteklenir.
- 84-Çalışanlar hastaların baskıları karşısında nadiren pes ederler.
- 85-Burada çalışanlar hastaların günlük sorunları yerine duygularına önem verirler.

- 86-Burada alışanlar hastaları geçmişleri hakkında konuşmaya teşvik ederler.
- 87-Burada hastalar nadiren öfkelenir.
- 88-Hastaların görüşme istekleri olduğunda çalışanlar onları nadiren bekletirler.
- 89-Buradaki hastalar ne zaman taburcu olacaklarını hiçbir zaman bilemezler.
- 90-Burada hastaların kişisel sorunlarını başkalarıyla paylaşmaları güvenli değildir.
- 91-Buradaki hastalar hafta sonlarında genellikle birlikte bir şeyler yaparlar.
- 92-Çalışanlar hastalara yardım etmek için esnek davranabilirler.
- 93-Bu tedavi programı her zaman aynıdır değişmez.
- 94-Bu serviste çalışanlar eleştiri yapılmasından yana değillerdir.
- 95-Buradaki hastalar taburcu olmadan önce yaşamları ile ilgili belli planlar yapmak zorundadırlar.
- 96-Burada kağıt oynamak ya da başka faaliyetler için grup oluşturmak çok zordur.
- 97-Burada hastaların çoğu sadece zaman geçiriyor gibidir.
- 98- Oturma salonu genellikle dağınıktır.
- 99-Çalışanlar bir hastanın durumu iyiye gittiği zaman bunu ona söylerler.
- 100-Burada doktorlara sorumlu olduklarını hissettirmek iyi bir düşüncedir.

TEŐEKKÜR EDERİM

Okan Üniversitesi

Etik Kurulu

"Kurul Kararları"

Toplantı Tarihi: 09.04.2015

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Alinur Büyükkaksoy	(Başkan)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nurdan Okur	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 09.04.2015 tarihinde Prof. Dr. Alinur Büyükkaksoy'un Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

- 1- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Elif DİRİĞ'**in "**Psikiyatri Servisinde Yatan Yetişkin Hastaların Tedavi Edici Ortamlarına İlişkin Algularının Değerlendirilmesi**" başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 2- Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü – Psikoloji Bölümü öğrencilerinden **Aylin DÜZEN'**in "**Perinatal Kayıpların Anksiyete ve Öfke Yönünden İncelenmesi ve Yaşanan Dürtüsel Çatışmanın Dinamiği**" başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 3- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinden **Ayşe KURŞUN'**un "**0-2 Yaş Döneminde Anne Sütü Alımının Yetişkinlikteki Obezite Üzerine Etkisi**" başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 4- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinden **Merve ÖZKAN'**ın "**Yetişkin Bireylerin Sağlıklı Yeme İndeksleri ve BKİ'leri Arasındaki İlişki**" başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 5- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlıkta Kalite Yönetimi Bölümü öğrencilerinden **Bircan SEFA'**ın "**Beyoğlu Birliği Kamu Hastaneleri Acil Servis Çalışanlarının Karşılaştığı Risk Faktörlerinin İş Stresine Etkisi**" başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.

ASLI GİBİDİR

Yapılan görüşmeler sonucunda;

- Karar 1.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Elif DİRİĞ**'nin “**Psikiyatri Servisinde Yatan Yetişkin Hastaların Tedavi Edici Ortamlarına İlişkin Algularının Değerlendirilmesi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 2.** Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü – Psikoloji Bölümü öğrencilerinden **Aylin DÜZEN**'in “**Perinatal Kayıpların Anksiyete ve Öfke Yönünden İncelenmesi ve Yaşanan Dürtüsel Çatışmanın Dinamiği**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 3.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinden **Ayşe KURŞUN**'un “**0-2 Yaş Döneminde Anne Sütü Alımının Yetişkinlikteki Obezite Üzerine Etkisi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 4.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinden **Merve ÖZKAN**'ın “**Yetişkin Bireylerin Sağlıklı Yeme İndeksleri ve BKİ'leri Arasındaki İlişki**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 5.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlıkta Kalite Yönetimi Bölümü öğrencilerinden **Bircan SEFA**'nın “**Beyoğlu Birliği Kamu Hastaneleri Acil Servis Çalışanlarının Karşılaştığı Risk Faktörlerinin İş Stresine Etkisi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Alınur Büyükkaksoy
(Başkan)

Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nurdan Okur
(Üye)

ASLI GİBİDİR





T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İVEDİ

Sayı : 77517973-770-
Konu : Anket İzni

SAYIN ELİF DİRİĞ
Yavuz Sultan Selim Mah. Müstantik Cad. No: 2
Küçükmustafapaşa Aile Sağlığı Merkezi Fatih/İstanbul

İlgi : 08.06.2015 tarih ve bila sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde "Psikiyatri Servisinde Yatan Yetişkin Hastaların Tedavi Edici Ortama İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmanız İlgi Hastane yönetiminin görüşleri doğrultusunda Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Yrd.Doç.Dr. Yavuz BAŞTUĞ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER :
Yazı Örneği (1 Sayfa)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 32900231-770-
Konu : Elif Diriğ' in Araştırma Başvurusu

**İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ**

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi ElifDIRİĞ'in "Psikiyatri Servisinde Yatan Yetişkin Hastaların Tedavi Edici Ortama İlişkin AlgılarınınDeğerlendirilmesi" konulu araştırmasını sağlık tesisinizde uygulanabilmesine dair başvuru Hastane Yönetimimizce uygun bulunmuştur.

Gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. Yasemin ŞİPKA KURTULMUŞ
Hastane Yöneticisi V.

