

20243

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

“SERVİS ORTAMI ÖLÇEĞİ”
(SOÖ)
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
SATI (DOĞAN) BOZKURT

DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. GÖNÜL ÖZGÜR

İZMİR, 1998

ÖNSÖZ

Araştırmanın başlangıcından itibaren her aşamasında bilgi ve desteğini aldığım Danışman Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Gönül Özgür'e katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Araştırmanın uygulamasına katılan değerli meslektaşlarım ve hastalarımıza teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan ve güçlükleri paylaşan sevgili aile üyelerime ve arkadaşlarıma yardımlarından dolayı sonsuz teşekkürler.

Tez çalışmam süresince en büyük sabrı gösteren kızım Cansu Gökçe'ye sevgilerimle.

Satı (DOĞAN) BOZKURT

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇİNDEKİLER	ii
TABLOLAR DİZİNİ	ix
GRAFİKLER ve ŞEKİLLER DİZİNİ	xv

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Amacı ve Önemi	2
1.2. Hipotezler.....	3
1.3. Tanımlar	3
1.4. Sınırlamalar	5
1.5. Genel Bilgiler	5
1.5.1."Tedavi Edici Ortam" Kavramının Geliştirilmesi ve Tarihçesi	5
1.5.2. Tedavi Edici Ortamın Amaçları ve Özellikleri	7
1.5.2.1. Hastanın Fiziksel İhtiyaçlarının Karşlanması	7
1.5.2.2. Tedavi Edici Ortam İçin Gerekli Sosyoemosyonel Ortam	8
1.5.2.3. Tedavi Ortamı Üzerine Fiziksel Ortamın Etkisi	10
1.5.3. Tedavi Grubu; <i>Tedavi Ortamının Bir Oluşumu</i>	11
1.6. Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ) ile İlgili Genel Bilgiler.....	12
1.6.1. SOÖ'nin Tanıtımı	12
1.6.2. SOÖ Alt ölçekleri ve Boyutlarının Tanıtımı	13
1.6.3. SOÖ'nin Formları	15
1.6.3.1. Real Form (Gerçek Form)	16
1.6.3.2. Ideal Form	16
1.6.3.3. Expectations Form	17
1.6.4. Tedavi Ortamını Değerlendirme ve Değiştirme Süreçlerinde SOÖ'nin Kullanılması	17
1.6.4.1. SOÖ Değerlendirmeleri İle Program Profillerinin Oluşturulması ...	19
1.6.4.2. SOÖ İle Program ve Politika Değişikliklerinin İzlenmesi	19
1.6.4.3. SOÖ'nin Programı Geliştirmede Kullanılması	22
1.6.5. Orjinal Formun Teknik Değerlendirmesi	25
1.6.5.1. Geliştirilmesi	25
1.6.5.2. Normative Örneklemeler	26
1.6.5.3. İç Tutarlık ve İnterkorelasyonlar (İç İlişkiler)	27
1.6.5.4. Güvenirlilik, Profil Stabilitesi ve Programlar Arası Fark Gözetme ...	27
1.6.5.5. Metodolojik ve İstatistiksel Konular	28
1.6.5.6. Kültürler Arası Örnekler ve Psikometrik Karakteristikleri	30
1.6.5.7. Araştırma Uygulamaları ve Geçerlilik	31

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM	33
2.1. Araştırmanın Tipi	33
2.2. Araştırmanın Yeri	33
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
2.4. Veri Toplama Tekniği	33

2.4.1. SOÖ'nin Türkçe Formunun Oluşturulması ve Ön Uygulama	34
2.4.2. SOÖ Formunun Uygulanması	34
2.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	36
2.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	36
2.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	36
2.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi	36
2.7. Araştırmanın Süresi ve Olanakları	37

BÖLÜM III

BULGULAR	38
3.1. Çalışan ve Hastaların Temel Özelliklerinin İncelenmesi	38
3.2. Çalışan ve Hastaların SOÖ Alt Ölçekleri ile İlgili Puan Ortalamalarının İncelenmesi	39
3.3. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Araştırma Kapsamındaki Hastaneler, Servisler, Çalışan-Hasta Gurubu, Yaş Gurupları, Cinsiyet ve Süre Açısından İncelenmesi	42
3.3.1. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Araştırma Kapsamındaki Hastaneler Açısından İncelenmesi	42
3.3.2. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Araştırma Kapsamındaki Servisler Açısından İncelenmesi	44
3.3.3. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışan ve Hasta Gurupları Açısından İncelenmesi	46
3.3.4. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Cinsiyet Açısından İncelenmesi	48
3.3.5. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Yaş Gurupları Açısından İncelenmesi	49
3.3.6. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Süre Açısından İncelenmesi	50
3.4. SOÖ'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasından Elde Edilen Bulguların İncelenmesi	51
3.4.1. Geçerlik Çalışmasından Elde Edilen Bulguların İncelenmesi	51
3.4.2. Güvenirlik Analizinden Elde Edilen Bulgular	57

BÖLÜM IV

TARTIŞMA ve SONUÇ	70
4.1. Çalışan ve Hastaların Temel Özellikleri	70
4.2. Çalışan ve Hastaların SOÖ Alt Ölçekleri ile İlgili Puan Ortalamaları	70
4.3. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Araştırma Kapsamındaki Hastaneler, Servisler, Çalışan-Hasta Gurubu, Yaş Gurupları, Cinsiyet ve Süre Açısından İncelenmesi	71
4.3.1. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Araştırma Kapsamındaki Hastaneler Açısından İncelenmesi	71
4.3.2. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Araştırma Kapsamındaki Servisler Açısından İncelenmesi	73
4.3.3. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışan ve Hasta Gurupları Açısından İncelenmesi	74
4.3.4. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Cinsiyet Açısından İncelenmesi	75
4.3.5. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Yaş Gurupları Açısından İncelenmesi	76
4.3.6. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Süre Açısından İncelenmesi	76
4.4. SOÖ'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasından Elde Edilen Bulgular	76
4.4.1. Geçerlik Çalışmasından Elde Edilen Bulgular	76

4.4.2. Güvenirlik Çalışmasından Elde Edilen Bulgular	80
4.5. Sonuç	85
4.6. Öneriler	88
ÖZET	89
SUMMARY	90
KAYNAKLAR	91
EKLER	95
EK 1- Orijinal SOÖ'nin Psikometrik Verilerini Gösteren Tablolar	95
EK 2-Ham Puanı Standart Puanla Çevirme Tabloları	97
EK 2A- SOÖ Form R Alt Ölçek Ham Puanlarını Standart Puanlara Çevirme Tablosu	97
EK 2B- Form R Kişisel Ham Puanları Standart Puanlara Çevirme Tablosu	99
EK 3- Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ) Form R	100
EK 4- SOÖ Form-R Cevap Kağıdı	105
EK 5- Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ) Form-R, I, E Cevap Anahtarı	106
ÖZGEÇMİŞ	107



TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1 : Çalışan ve Hastaların Temel Özelliklerine Göre dağılımları	38
Tablo 2 :Çalışanların SOÖ Alt Ölçekleri ile İlgili Ortalama, Standart Sapma, Varyans, Minimum ve Maksimum Puanları	40
Tablo 3 :Hastaların SOÖ Alt Ölçekleri ile İlgili Ortalama, Standart Sapma, Varyans, Minimum ve Maksimum Puanları	40
Tablo 4 :Tüm Çalışan ve hastaların SOÖ Alt Ölçekleri ile İlgili Ortalama, Standart Sapma, Varyans, Minimum ve Maksimum Puanları	40
Tablo 5 : SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Araştırma Kapsamındaki Hastanelere Göre Dağılımı	43
Tablo 6 : SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Araştırma Kapsamındaki Servislere Göre Dağılımı	44
Tablo 7 : SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışan ve Hasta Guruplarına Göre Dağılımı	47
Tablo 8 : SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	48
Tablo 9 : SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Yaş Guruplarına Göre Dağılımı	49
Tablo 10 : SOÖ Alt ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Korelasyon Katsayıları (Çalışan Gurubu için)	51
Tablo 11 : SOÖ Alt ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Korelasyon Katsayıları (Hasta Gurubu için)	51
Tablo 12 : SOÖ'nin Alt Ölçeklerine Uygulanan Ana Bileşenler Analizi Bulguları (Çalışan Gurubu için)	53
Tablo 13 : SOÖ'ğinin Varimax Rotasyonu Öncesi Faktör Örüntüsü ve Alt Ölçeklerin Ortak Varyansları (Çalışan Gurubu için)	54
Tablo 14 : SOÖ'ğinin Varimax Rotasyonu Sonrası Faktör Örüntüsü (Çalışan Gurubu için)	55
Tablo 15 : SOÖ'ğinin Alt Ölçeklerine Uygulanan Ana Bileşenler Analizi Bulguları (Hasta Gurubu için)	55
Tablo 16 : SOÖ'ğinin Varimax Rotasyonu Öncesi Faktör Örüntüsü ve Alt Ölçeklerin Ortak Varyansları (Hasta Gurubu için)	56
Tablo 17 : SOÖ'ğinin Varimax Rotasyonu Sonrası Faktör Örüntüsü (Hasta Gurubu için)	57
Tablo 18 : SOÖ'ği Alt ölçeklerinin İç Tutarlık Güvenirlik Katsayıları	57
Tablo 19 :Katılım Alt ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayır Ayır Madde Analizi Sonuçları	59
Tablo 20 : Destek Alt ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayır Ayır Madde Analizi Sonuçları	60
Tablo 21 : Spontanlık Alt ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayır Ayır Madde Analizi Sonuçları	61
Tablo 22 : Otonomi Alt ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayır Ayır Madde Analizi Sonuçları	62
Tablo 23 : Pratik Yönelim Alt ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayır Ayır Madde Analizi Sonuçları	63
Tablo 24 : Kişisel Sorun Yönelimi Alt ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayır Ayır Madde Analizi Sonuçları	64
Tablo 25 : Öfke Ve Saldırganlık Alt ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayır Ayır Madde Analizi Sonuçları	65

Tablo 26 : Düzen Ve Organizasyon Alt ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayrı Ayrı Madde Analizi Sonuçları	66
Tablo 27 : Programın Açıklığı Alt Ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayrı Ayrı Madde Analizi Sonuçları	67
Tablo 28 : Çalışanların Kontrolü Alt Ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayrı Ayrı Madde Analizi Sonuçları	68
Tablo 29 :Amerikan Normatif Örnekleme	95
Tablo 30 :İngiliz Normatif Örnekleme	95
Tablo 31 :Orijinal SOÖ'nin Güvenirlik Bulguları	96
Tablo 32 :Orijinal SOÖ'nin Hasta ve Ekip İçin Alt ölçek İnterkorelasyonları	96



GRAFİKLER ve ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Grafik 1: Tüm Çalışan ve Hastaların SOÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları (Ham) Puan Ortalamalarının Profili	41
Grafik 2: Çalışan ve Hastaların SOÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	41
Şekil 1 : SOÖ ile İlgili Araştırmaların Gözden Geçirilmesi Rehberliğinde Oluşturulan Bir Kavramsal Çerçeve	32



BÖLÜM I

GİRİŞ

Biopsikososyal bir varlık olan insan çevreden etkilenir ve etkiler. Davranışlarımızın çoğu çevreye karşı tepkimizle ilgilidir. Hepimiz yaşadığımız çevreyle karmaşık bir ilişki içindeyiz. Bu durum psikiyatrik hastalar için de geçerlidir. Özellikle hastalar oldukça karışık duygular yaşarlar, çevrelerinin farkında olmayabilirler, hastalık rolünü yaşıyor olmalarına rağmen normal sosyal davranışların kontrolündeki kurallardan tamamıyla sıyrılmamışlardır. Bu kişiler rahatsızlıkları nedeniyle ortamı bozucu özellikler ortaya koyabilecekleri gibi, kişisel farklılıklara önem vermeyen ortamlarında onlar üzerine olumsuz, bozucu etkisi olabilir. Ortam koşullarından kaynaklanan özellikler hastalık özelliği olarak, hatta hasta kişinin değişmez özelliği olarak algılanabilir. Diğer psikiyatrik bakımlarla karşılaştırıldığında, yataklı psikiyatrik bakımın temel özelliği çevrenin yada ortamın kontrol edilebilir olmasıdır (3).

Taylor (1990)'a göre, araştırmalar psikiyatri hastaları için ortamın, diğer tedavi yöntemlerinin tedavi edici etkilerini azaltan yada artıran önemli bir faktör olduğunu belgelemiştir. Bu nedenle tedavi edilen hastanın koşulları ne olursa olsun " tedavi edici ortam "ın varlığı önemlidir (45).

Hemşire, hastalar ve diğer tedavi ekibi üyeleri ile işbirliği ve eşgüdüm içinde çalışarak tedavi edici ortam oluşturur. Ortam, hastanın sağlık-hastalık durumunu olumlu yada olumsuz etkiler. Yatan hastaların tedavi sonuçlarında hemşirelik bakımı anahtar faktördür, aynı zamanda diğer sağlık disiplinlerinin bakımları, hastaların durumunun güçlüğü ve şiddeti, hastaların diğer karakteristikleri ve ortam sonuçları etkiler (5,27,38).

İnsanoğlu için gerçek algıladığıdır. Yaşam deneyimlerimizi algılarımız şekillendirir Bu nedenle tedavi ortamını iyileştirmek için hasta ve çalışanların bu ortamı nasıl algıladığını belirlemek önemlidir (7).

Tedavi ortamının çalışanlar ve hastalar tarafından nasıl algılandığını ölçmek için, yaygın olarak Servis Ortamı Ölçeği "SOÖ" (Ward Atmosphere Scale"WAS") kullanılmaktadır. Eğer tedavi ortamının, ortamdaki kişiler tarafından nasıl algılandığı konusunda bilgi sağlarsak, bu bilgileri ortamı hasta yararına geliştirme ve değiştirme yönünde kullanabiliriz ve eldeki kaynakları en iyi şekilde değerlendirmek için planlama ve girişimlerimiz olabilir (30,31,41,45).

1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Psikiyatrik tedavi ortamı insanları, tüm diğer sosyal ve fiziksel faktörleri kapsayan ve hastaların etkileşimde bulunduğu bir ortamdır. Hastaların birbirleriyle etkileşimi çoğu kez onların iyileşme sürecini etkileyen yararlı ve yapıcı bir güçtür. Hemşire bu gücü dikkatle ve etkin bir biçimde kullanmasını bilmelidir (22,27).

Hemşirelik süreci uygulamasında hemşirenin rolüne; fiziksel bakım verme, tedavinin yürütülmesi, fizyolojik bakım sağlamak ve akıl sağlığı eğitimine katkısı açısından bakıldığında, hemşireler hastalarına bütüncül bir çerçeveden bakarak bilgi ve becerilerini hastaların fizyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamaya yardım için kullanırlar. Tedavi edici ortam kavramı etkin psikiyatrik hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır. Tedavi edici ortamın amacı hastaya stabil ve tutarlı bir sosyal ortam sağlayarak kişiselleştirilmiş tedavi planı geliştirmek ve yürütmektir. Hemşire ortam aktivitelerinin birincil düzenleyicisi ve yöneticisidir. Bu nedenle SOÖ ile yapılan ölçüm sonuçları hemşireler ve tüm ruh sağlığı ekibi için; tanı problemlerinde, program değişikliği öncesi, sonrası ve değişimi iletmede, ekip oluşturmada, risklerin tanımlanmasında yararlanabilecekleri değerli bir rehber ve yardımcıdır (22,42).

Klinik deneyimlerimizde hastaların, ortam koşullarının olumsuzluğundan kaynaklanan hastanede kalmak istememe ve tedaviyi bırakma davranışları ile sık karşılaşırız. Tedavi ortamını iyileştirmek için öncelikle eksikliklerimizi saptamalıyız.

Bunun için çok az ölçüm aracı bulabiliriz, bunların en bilineni SOÖ'dür (38)

Böyle bir ölçeği kendi gözlemlerimiz ile oluşturabileceğimiz yönünde eleştiriler gelebilir, fakat kısıtlı zaman ve olanaklar dahilinde bu çok güçtür. Daha önce geliştirilmiş bir ölçeğin kullanılması, bu alanda kuramsal veya uygulamalı yeni çalışmalara girişbilmenin ilk adımıdır. Hazır bir ölçeği uyarlamak araştırmacıya ilk aşamada iletişim kolaylığı ve karşılaştırılabilir bilgi sağlar. Bu tutum bilimsel olarak zorunlu olmayan fakat çabuk iletişim kurmak için yararlı ve zaman kazandırıcı bir yaklaşımdır (44).

Bu araştırmanın amacı:

1- İzmir ili içersindeki üç hastanenin, sekiz psikiyatrik servis ortamında SOÖ'nin geçerlik ve güvenilirliğini ölçmek .

2- Araştırma kapsamındaki bağımsız değişkenler ile SOÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.2. Hipotezler

- 1-Servis Ortamı Ölçeği, Türkiye’de psikiyatrik servis ortamını değerlendirmek amacıyla kullanılabilir, geçerli ve güvenilir bir ölçektir.
- 2- Servis Ortamı Ölçeğinin alt ölçek puan ortalamaları açısından hastaneler arasında fark vardır.
- 3- Servis Ortamı Ölçeğinin alt ölçek puan ortalamaları açısından servisler arasında fark vardır.
- 4- Servis Ortamı Ölçeğinin alt ölçek puan ortalamaları açısından çalışan ve hasta gurupları arasında fark vardır.
- 5- Servis Ortamı Ölçeğinin alt ölçek puan ortalamaları açısından cinsiyetler arasında fark vardır.
- 6- Servis Ortamı Ölçeğinin alt ölçek puan ortalamaları açısından yaş gurupları arasında fark vardır.
- 7- Servis Ortamı Ölçeğinin alt ölçek puan ortalamaları açısından çalışma süresi ve hastanede kalma süresi arasında fark vardır.

1.3. Tanımlar

Destek: Destek çalışanların, hastaların daha iyi hissetmesini sağlamak ve benlik değerlerini yükseltmek için gösterdikleri bilinçli çabalarıdır. Desteğin fonksiyonu hastaların rahat ve güvenli hissetmeleri ve anksiyetelerini azaltmalarına yardım etmektir. Örneğin empati kurarak konuşma, yardımcı önerilerde bulunmak, bir şeyler ikram etmek gibi (31,42).

Programın Yapısı: Yapı ortamın tüm yönlerini kapsar. Önceden belirlenmiş bir zaman, yer ve kişi organizasyonu sağlar. Bu güvenilir aktivite çalışanlar ve ortam hastanın kendini güvende hissetmesine yardımcı olur. Örneğin; görüşmelerin, grup toplantılarının ve diğer aktivitelerin ne zaman yapılacağını planlanması (42).

Katılım: Katılım yapının bir bölümüdür. Kural ve aktivitelere uymak ile ilişkilidir. Hastaların sosyal ortamlarına katılmalarını ve ilişki içinde olmalarını sağlar. Amacı hastanın egosunu güçlendirmek ve olumsuz kişiler arası paternleri değiştirmektir. Kişiler arası iletişim ve paylaşılan aktiviteler hastalara toplumda diğer kişiler ile ilişki kurma sorumluluğu sağlar (31,42).

Dinlenme, Eğlence (Recreation): Baskıdan kurtulup rahatlama yolu olarak yararlı yapıcı, hoş zaman geçirten aktivitelere katılma becerisi. Örneğin kart oyunları, kısa açık hava yürüyüşleri (42).

Ayrıdetme: Bir test veya test maddesinin, kişilerin, o madde veya testin ölçtüğü niteliğe ne kadar sahip olduklarını belirleyerek, kişiler arasındaki farkları saptama gücü (19).

Faktör: Ölçme kuramında, testler arasındaki karşılıklı korelasyonları açıklayan, türetilmiş, hipotetik boyut (19).

Faktör Analizi: Orjinal değişken sayısından daha az sayıdaki hipotetik faktörler aracılığı ile değişkenler arasındaki karşılıklı ilişkileri (korelasyonları) veya birlikte değişimleri (kovaryansları) analiz eden çok sayıdaki yöntemden biri. Bu yöntem her bir hipotetik faktörün, özgün ölçümlerdeki varyansın ne kadarını da açıkladığını belirtmektedir (19).

Kesme puanı: Belirlenmiş bir test puanıdır. O puan ve üstündekiler geçmiş ya da onaylanmış; altındakiler ise kalmış veya reddedilmiş kabul edilir(kabul veya red kararı, daha sonraki bilgiler ışığında değişebilir)(19)

Madde Analizi: Genellikle, günlük derecesine, ayırdetme gücüne ve bazen de dış bir ölçütle korelasyonuna dayanarak, test maddelerinin belirli özelliklerini değerlendirme süreci (19).

Normlar: Farklı yaş veya sınıflardaki cevaplayıcılar gibi belirlenmiş grupların test performansını özetleyen istatistiksel veriler veya çizelgeler. Genellikle, normların ülkedeki cevaplayıcılar gibi bazı büyük evrenleri temsil ettiği varsayılır (19).

Profil: Kişinin, çeşitli testlerden aldığı puanlara (veya onların göreceli miktarlarına) tek bir standart ölçeğin uygulanarak, bunların grafik halinde gösterilmesi (19).

Rıza (Onay) Göstermek: Test cevaplayıcının, değerlendirmenin amacı, test sonuçlarının kimlere iletileceği, puanların ne şekilde kullanılacağı ve buna benzer izin gerektiren konularda tam bilgilendirildiğine ve ölçüm yapılabileceğine dair onay vermesi (19).

1.4. Sınırlamalar

Araştırma, İzmir il merkezinde yataklı psikiyatrik tedavi merkezi niteliğindeki, üç hastanenin sekiz servisi ile sınırlıdır.

Araştırma kapsamına alınan çalışan ve hastalar öncelikle ölçeğin uygulanması için sözlü onay vermiş olanlarla sınırlıdır.

Araştırma servis ortamını değerlendirdiği için çalışan gurubundan araştırma kapsamına alınanlar servis işleyişinde aktif ve hastayla doğrudan ilgili kişiler olarak seçilmiştir, yönetim hizmetleri ve poliklinik çalışanları araştırma dışı tutulmuştur. Hasta gurubuna ise, servisi tanımaları amacıyla en az bir haftayı doldurmuş olmaları sınırlaması getirilmiştir.

1.5. Genel Bilgiler

1.5.1."Tedavi Edici Ortam" Kavramının Geliştirilmesi ve Tarihçesi

Geleneksel psikiyatrik hasta bakımında; çoğu hasta sorumluluklarından uzaklaştırılmış, yıkım düzeyi artmış ve minimal fiziksel bakım sağlanan, kapıları üzerlerinden kilitlenen, olumsuz koşullara sahip servislere sevk edilmiştir, tam anlamıyla yalnızlığa terk edilmişlerdir. Buralarda onlar adına kararlar alınmış, kişisel eşyalarını ve özgürlüklerini kaybetmişler, insani değerlerden uzak, sevimsiz giysiler giydirilmiş ve katı kurumsal işleyişe tabi edilmişlerdir. Öfkelerini gösterdiklerinde sedatif ilaçlarla, sert emirlerle ve kaba kuvvetle durdurulmuşlar, eğer bu metotlara cevap vermezlerse zorluk gösterilmiştir (vurmak, tekmelemek gibi). En iyi servislerde bile sistematik bir şekilde sokulmuşlardır. Bu hastalara bakanlar oldukça az psikoloji ve psikoterapi eğitimine sahiptiler. Refakatçılar ve korumalar hasta bakımı için servislere alınmış ve onlar hastaların davranışları ile kendi yetenekleri dahilinde baş etmeye çalışmışlardır (4).

1700 yılların sonlarında Pinel ilk kez "moral tedavi"den bahsetmiş. 1800 yılların başında Tuke; hoşgörü, düzenli egzersiz, aile ortamı, zamanı iyi kullanma kavramları üzerinde durmuş, 19.yy'ın başlangıcında, ev ortamına benzer ortamı, eğlence aktivitelerini ve hastalara duyarlı yaklaşımı moral tedavi yöntemi olarak uygulamışlardır. Bazı otoriteler sivil savaştan sonra Amerika'ya gelen çok sayıdaki göçmenlerin kültürel ve dil ile ilgili uyum sorunlarını ruhsal sorun olarak

değerlendirmiş, böylece hasta sayısı artmış ve ev ortamı oluşturmak zorlaşmış ve moral tedavi dönemi sona ermiştir (3, 27, 45).

Ortam terapisi yaklaşımları 1900'lü yılların ilk yirmi yılında Alman psikiyatrist Herman Simon tarafından tanımlanmıştır. Simon'un yaklaşımı akıl hastalıklarının tedavisinde ortamın önemi hakkında sistemli bir yaklaşımla, tedavi edici ortamın ilk kullanımınıdır. Bu yaklaşımın ana odağı "hastanın ortamı onun için tedavi edici olabilir, bu durumda çalışanlar ve hastalar, hastaların rehabilitasyonunu desteklemede ve sağlığına kavuşmaları için daha etkili olabilir"şeklindeydi. Ancak 1940'larda büyük halk hastaneleri kapasitelerinin üzerinde dolu olduğundan, hastane personeli ancak hastaları yıkamak, giydirmek, beslemek dışında pek bir şey yapamamışlardır(4).

1950'lerin başında ilk antipsikotik ilaçların ortaya çıkması sonucunda hasta semptomlarının zarar vericiliği azaldığından, psikiyatrik alanda büyük yol alınmış ve hastane ortamının tedavi edici potansiyeline olan ilgi yeniden canlanmıştır. Psikiyatrik bakımın teorisi hakkında bütün personel eğitimden geçmiş. İhtiyaçları belirlemede hasta davranışı saygı görmüştür. Farklı bakım disiplinleri bilgilerini ve çabalarını hasta ihtiyaçlarını değerlendirmek için birleştirmiş, böylece psikiyatrik ekip kavramı doğmuştur. Her düzeyde profesyonel ve profesyonel olmayan hasta ile bağlantılı kişileri kapsamıştır. Bu gün çoğu hastanede bu ekip; psikiyatrist, psikolog, doktorlar, hemşireler, sosyal çalışanlar, drama terapistleri, sanat, eğlenme-dinlenme ve diğer terapistler, öğretmenler, konsültanlar, din görevlileri, teknisyenleri kapsar (4).

Dr. Maxwell Jones'un "sosyal psikiyatri" adını taşıyan kitabı 1953'de İngiltere'de yayınlanmıştır. Dr. Jones'un kitabı Amerika'da yayınlandığında "Tedavi Edici Toplum" başlığını taşıyordu ve kısa zaman sonra tedavi edici olarak hastane ortamının kullanılması hareketinin motive edici güçlerinden biri olmuştu. Tedavi edici ortamın bir formu olan tedavi edici toplum oluşmuştur. Tedavi edici toplumda, hastanenin sosyal yapısına ve gelişimine, hastalar ile hastane personeli arasındaki iletişime özel olarak ilgi gösterilmiştir. Dr.Jones kitabını, tedavi edici toplumun temelini oluşturan hemşirelik ekibine ithaf etmiş ve hemşireler ilk kez 1960 yılında tedavi edici sosyal ortamı oluşturmada etkin rol almaya başlamışlardır (27, 45).

1.5.2. Tedavi Edici Ortamın Amaçları ve Özellikleri

Hastaneye kabul edilen kişilerin en kısa zamanda sosyal yaşamlarına yeniden dönebilecek bir duruma gelmeleri için yardım eden; onların özgüvenlerini, benlik değerlerini, diğer kişiler ile olan ilişkilerini geliştiren, yeteneklerini artıran ideal ve dinamik ortama " tedavi edici ortam " denir (4, 27, 45).

Tedavi edici ortam:

- Yapıcı bir etkileşime olanak sağlamalıdır.
- Fiziksel yapı yönünden bir ev atmosferi yaratılmalıdır.
- Hastalar iş veya uğraşa yöneltilmelidir.
- Sağlık ekibi elemanları arasında uyumlu bir işbirliği sergilenmelidir.
- Hasta ve ailelerin bakıma katılımı ve sosyal olanaklar sağlanmalıdır (27).

Tedavi edici ortamın amaçları; hastanın benlik saygısının, kişisel değer duygularının, kendine güveninin artmasına yardım etmek, toplum içinde, işte, yaşamda daha etkin kılmak ve diğer insanlarla ilişki kurma yeteneğini geliştirmektir (45).

Bu amaçlar doğrultusunda tedavi edici ortamda:

- 1-Hastanın fiziksel ihtiyaçları karşılanır.
- 2-Hasta, haklarını ve ihtiyaçlarını belirtmek için cesaretlendirilir.
- 3-Karar verme otoritesi açıkça tanımlanır ve hastalar ve çalışanlar arasında uygunca dağıtılır.
- 4-Hasta kendinden ve başkalarından gelecek zararlardan korunur, fakat sadece gerekli koruma için sınırlamalar getirilir.
- 5-Hastaya yeteneklerine uygun kararlar verme ve özgür seçim için artan fırsatlar verilir.
- 6-Bütün personel, özellikle de hemşirelik ekibi sabit kalır. Örneğin bölüm ve vardiya görevlileri sabit kalır.
- 7-Ortam yeni davranış modelleri oluşturmak için bir deneme zemini sağlar.
- 8-Ortamın görünümü, fizik yapısı ekip ve hastalar içinde ve arasındaki sosyal ilişkinin vurgulanması ilişkiyi kolaylaştırır biçimdedir.
- 9-Program oluşturulur fakat değişmez değildir (45).

1.5.2.1. Hastanın Fiziksel İhtiyaçlarının Karşılanması

Tedavi edici ortam, programın fiziksel yapısı ve sosyoemosyonel ortamıyla uğraşmasına rağmen hastanın fiziksel ihtiyaçlarını da karşılamalı. Uygun diyet alması,

dinlenmesi ve uygun giyinmesine özen gösterilmelidir. İnsanlar bir bütündür ve bütüncül olarak cevap verirler. Örneğin depresyondaki bir hastanın uygun besin alması, hazırlaması ya da yeme konusunda problem yaşamamasına sıkça rastlarız. Ayrıca ciddi yan etki potansiyeline sahip pek çok psikotrop ilaç ruh hastalarına tedavi için verilir. Bunun için gerçekten tedavi edici olan ortamda hemşire ekibi, bütüncül yaklaşımla değerlendirir. Bir kişinin bir yandan bedensel sağlığının devamını sağlamak, öte yandan da benlik değerini geliştirmek, onun zorluklarla daha kolay baş etmesine neden olacaktır (27, 45).

1.5.2.2. Tedavi Edici Ortam İçin Gerekli Sosyoemosyonel Ortam

Ortamın hastanın fiziksel ihtiyaçlarını karşıladığından emin olduktan sonra, tedavi programının sosyoemosyonel ortamı hastaya açıklanmalıdır. Bu ortamın tedavi edici özellik taşıyabilmesi için hastaya bir insan olarak değer verildiğini yansıtması gerekir. Bu sebeple, hemşire ekibi hastaların düşüncelerini, haklarını saygıyla tanır, onu tedavi planının oluşturulması ve yürütülmesi için vazgeçilmez bir unsur olarak kabul eder (45).

Tedavi ekibi ve hastaların, kimin hangi kararları vermede sorumlu olduğunu bilmesi ve anlaması önemlidir. Hastane ortamında hastalardan ne beklendiği onlara anlayabilecekleri biçimde söylenmelidir. Otonomi kazanmaları için, klinik yaşam ve kendisi ile ilgili kararlara mümkün olduğunca katılması sağlanmalıdır. Hemşire ekibi tedavi ortamında hastaların direkt olarak kendilerini etkileyen sorunları hakkındaki düşüncelerini alır. Örneğin; TV izleme hakkındaki kuralları hastalar hemşire ekibinden daha iyi koyar (27, 45).

Tedavi edici ortam hastanın kendisinden ve diğer kişilerden gelecek zararlardan korunmasını sağlar. Bu zarar fiziksel olabileceği gibi duygusal da olabilir. Örneğin hastanın sağlık durumu yeterince iyi değil iken, henüz karara bağlanmamış olan boşanma, ayrılık, ya da mal satımı gibi konularda alacağı kararları ertelemesine tedavi ekibi yardımcı olabilir. Aldıkları ilaçların etkisiyle yangına neden olmalarını engellemek için odalarda sigara içilmesine izin verilmemeli, eğer bu önlenemiyorsa dikkatle gözlenmelidir. Madde bağımlılarının kullanma olasılığı nedeniyle kolonya ve losyonlar hemşire denetiminde kullanılmalı, kesici delici aletler, elektrik kabloları,

ilaçlar ortalıkta bulundurulmamalı, ziyaret saatinde ortama zararlı olabilecek materyallerin getirilmesine izin verilmemelidir (27, 45).

Bazı hastalar güvene ihtiyaç duyarlar. Hastalarla güvenli bir ilişki geliştirilmesi için verilen sözlerin tutulması ya da yapılması sakıncalı şeyler için söz verilmemesi gerekir. Bu yüzden ekip bütün hastaları kapsayan yönetim kurulları oluşturacaktır. Böyle genel kuralları oluşturma ve yerleştirme süreci sınırlama gibi kabul edilebilir. Sınırlamalar en iyi, bütün ekibi ve hastaları içeren kurallarla ve bu kurallardan etkilenenlerin hepsi tarafından oluşturulur. Kuralların temelinde hastaların gelişimi üzerine beklenen pozitif bir etki olmalıdır. Tüm hastalar kurallara uymada eşit davranışlar göstermelidir, grupta davranışsal kontrolü sağlayabilmek için grup etkileşiminin demokratik olması gerektiği unutulmamalıdır. Bir kişinin diğer kişilere karşı davranış standartları programdaki kurallarla belirlenir. Hastanın aktivitesini düzenleyen herhangi bir kural oluşturmadan önce kuralın içereceği yaptırım düşünülmüş olmalıdır. Eğer kuralın istenen etkiye sahip olması amaçlanıyorsa, yaptırım sınırlarının çok iyi bir şekilde belirtilmesi gerekir. Yaptırıma sahip olmayan kurallar hastada, ekibin durumun kontrolünü kaybettiği düşüncesine ve anksiyeteye neden olabilir (27, 45).

Davranış kontrolü ile sınırlamayı ayırt etme konusu kolayca birbirine karışabilir. Ekip üyelerinden birinin ya da daha fazlasının kişisel mizaçlarından ya da geleneklerinden dolayı var olan veya ortam yönetimini kolaylaştıran, ancak hastaların emniyet ve güvenliğiyle ilgisi olmayan, zorla kabul ettirilen kontrolü hemşire akla yatkınlaştırabilir. Şüphesiz toplu yaşamın gerektirdiği kurallar, etkileşim karışıklığını tümüyle çözemez. Hasta yararına olmayan ekibin yaşamın kolaylaştırmak için düzenlenen kurallar fark edilmeli ve bunlardan tam anlamıyla kaçınılmalıdır (45).

Sınır koyma, tedavi edici ortama sebep olan duygusal bir ortamın oluşturulmasında temel olmasına rağmen, hemşirelik ekibi yalnızca gerekli olduğunda aktiviteyi kısıtlayarak ve hasta davranışı için olabildiğince az kural ve düzenleme oluşturmaya çalışarak, seçenek özgürlüğü için fırsatlar sağlar. Hasta daha fazla sorumluluk almak için yeteneklerini gösterdiğinde davranışlarında seçim yapma fırsatları artırılır. Duyarlı içten ve her kişinin iyileşmesiyle ilgili bir hemşire ekibi ile, tedavi edici bir ortam oluşturulabilir. Hemşirenin her hasta için derinlemesine bakım vermesi olası olmadığında, hasta en azından güvenebileceği bir hemşire olduğunu

hissetmelidir. Tedavi ortamında böyle bir ilişki kurmak için ekip üyelerinin değişmemesi gerekir. Ne yazık ki ekip görevlerinin başlıca belirleyicileri genelde, ekip üyelerinin kişisel tercihleri ve kurumun yönetsel ihtiyaçlarıdır. Hastaların ekip üleriyle ilişki ihtiyacı arka plana atılmıştır (27, 45).

Tedavi edici bir ortamda hasta geliştiği için, içinde yaşadığı dünya ve insanlara karşı bakışında farklı yöntemler deneyecektir. Böylece stresle baş etme ve diğer kişilere cevap vermenin ve problemlerle baş etmenin yeni yollarını geliştirecektir. Hastalar yeni davranış modelleri öğrenirken hemşireler tarafından anlayışla karşılanır ve desteklenir. Daha tatmin edici ve doyurucu davranış modellerine ulaşılan kadar yenilerinin denenmesine devam etmek için hastaların cesaretlendirilmeye ihtiyaçları vardır. Son olarak ortam tedavi edici ise, hastaların oradan ne umacağını bilmeye ihtiyaçları vardır. Hastaların zamanlarının büyük bir bölümünü boş geçirmeleri son derece yanlıştır. Bu boşluk onların kendilerine güvenlerini azaltabileceği gibi, aşırı sıkıntı, aşırı sigara içimine de neden olabilecektir. Grup aktivitelerine katılmaları, diğer kişilerle birlikte yetenekleri dahilinde iş ve uğraşa yönlendirilmeleri hem onların iletişim becerilerini artıracak, hem de sosyal ilişki kurmalarına yardımcı olacaktır. Bir şeyler üretmeleri ve başarımları ise özgüvenlerini ve benlik değerlerini arttıracaktır. Tedavi ortamında yapılan aktivitelere katılan kişilerin tedaviye daha olumlu cevap verdiği gözlenmiştir. Diğer taraftan, aktiviteler hastaların ihtiyaçlarını karşılamak yerine programın uygulanması için yapılmamalıdır. Ekibe ve hastalara haftalık aktivitelerin planlanarak bildirilmesi her zaman için yararlıdır. Bununla birlikte bir hastanın intiharı gibi olumsuz bir olay olursa ya da bir bölgeye gezi gibi beklenmedik bir fırsat çıkarsa ekip bu olay, fırsat ve avantajla ilgilenmek üzere planladığı aktiviteleri iptal edecek kadar toleranslı olmalıdır (27, 45).

1.5.2.3. Tedavi Ortamı Üzerine Fiziksel Ortamın Etkisi

Psikiyatrik tedavi ortamının fiziksel yapısı hastaların ihtiyaçların karşılamak üzere ekibin gösterdiği tutuma bağlıdır ve belli bir fizik yapıyla sağlanamaz. Önemli olan ekibin hasta ihtiyaçlarını karşılamak üzere yoğunlaşmasıdır. Bununla birlikte belirgin bazı yapısal özellikler olmasının yararı vardır. Eğer fiziksel yapı sosyalleşmeye, planlı ve kişisel etkinlikler oluşturmaya kolaylık sağlıyorsa, hasta ihtiyaçları daha etkin biçimde karşılanabilir. Kişinin özgüvenini arttıracaksa kişisel eşyalarını muhafaza

edeceği bir yer ile gizlilik imkanlarının sağlanması esastır. Genel duş alma yerleri ile kışla biçimi yatakhaneler yerine tek kişilik oda ve banyo bulunabilir. Tedavide kitlesel yaklaşım, özgüveni ve kişisel değer duygusunu incitir. Bir tedavi ortamı hastaları bir kalabalığın üyesi olarak görmek yerine, kişilerin özel ihtiyaçlarını karşılamalıdır. Tedavi alan biri için yaşam ortamı davet edici ve çekici olmalıdır. Aynı odayı iki veya üçten fazla kişi paylaşmamalıdır (27, 45).

Hastaların kendilerini iyi hissedecekleri, ortama uygun şekilde ve özenli giyinmesi için hastaneye özel kıyafetlerini aksesuarlarını getirmeleri önemlidir. Bu eşyalar için elbise dolabı sağlanmalıdır. Hastalar için kişisel hijyen sorumluluğu gereklidir, bunun için çamaşır yıkama imkanları olmalıdır. Salon, oturma odası gibi genel alanlarda mobilya düzeni hastalarla ekip arasında sosyal etkileşimi kolaylaştırmakta çok önemlidir. Koltuklar kendiliğinden tartışmayı teşvik edici konuşma grupları oluşturacak şekilde düzenlenmelidir. Ayrıca mobilyalar hafif olmalı ihtiyaca göre kolayca düzenlenmelidir. Oturma salonunda bir televizyon olmalı fakat tüm mobilyalar rahat seyretmeye uygun düzenlenmemeli, TV' ye odaklanmamalıdır (45).

Yemek odası tedavi edici ortamın geliştirilmesinde önemlidir. Yemek zamanı rahatlatıcı, fikir ve deneyimlerin paylaşıldığı, dostlukların pekiştirildiği bir zaman olmalıdır, sadece besin alma olarak değerlendirilmemelidir. Masalar dört veya altı kişinin oturabileceği şekilde düzenlenmeli. Hemşirenin hastalarla yemeğini paylaşması olumlu bir tedavi edici etki yaratabilir. Geniş gürültülü, tekdüze yemek salonlarında hasta aç kalmaz fakat tedavi amaçlarına ulaşamaz (45).

Banyolarda mahremiyet sağlanmalıdır. Kapılarda kilit olması önerilmez. Kapanabilen bir tuvalet kapısı ile perde örtülü duş kabini sağlamak yeterlidir. Eskiden on, on beş kişinin bir arada duş aldığı sistem, kişinin saygın bir insan gibi hissetmesine yardımcı olacak diğer çabaları olumsuz hale sokmuştur. Tedavi edici ortamda en etkili şekilde fiziksel ortam ile hastalara saygı gösterildiği, kişisel seçimlerinin tanındığı, taktir gördüğü ve düşünüldüğünü hissetmelerine yardım ettiğinde daha etkili olur (3,45).

1.5.3. Tedavi Grubu; *Tedavi Ortamının Bir Oluşumu*

Tedavi grubu, ortamın kendisinin tedavi edici şekilde kullanıldığı bir tedavi modelidir. Tedavi grubunda, hastayı kendi tedavisine dahil etmek, karar vermede birçok

olanak sağlayarak özgüvenini yeniden kazanmak, bilinç düzeyini artırmak ve kendisi ile ilgilenmekten uzaklaşarak başkalarının ihtiyaçlarına ilgi göstermek ve dikkati ortaya yöneltmek için çaba gösterir. farklı ortamlarda değişik yollarla düzenlenir ve gerçekte bağlantısı bulunan hastalarla daha başarılı olunur (45).

Tedavi grubunun önemli özellikleri (45):

1- Tedavi grubunda kişi olarak hem hasta hem de hemşirenin, grubun değerli üyeleri olarak sosyal ve grup etkileşimine önem verilir.

2- Tedavi grubunun amacı hastaların duyguları, düşünceleri, içgüdüleri ve davranışları hakkında bilinç kazanacağı, nispeten güvenilir ortamda yeni kişisel beceriler deneyeceği, kişisel onurunu arttıracığı, davranışlarının yapıcı ve yıkıcı yönlerini gerçekçi olarak değerlendirebileceği uygun ortam sağlamaktadır.

3- Tedavi grubunun eylemi ve açık iletişim ağının sağlanması belli bir birimde çalışan tüm ekip ve hastaların katıldığı günlük bir toplantı aracılığıyla sağlanır.

4- Başarılı bir tedavi grubu için hem hasta, hem de ekip tarafından rollerin, engellerin, yükümlülüklerin ve yetkilerin tam anlaşılması gerekir.

5- Tedavi grubundaki ekip üyeleri, tedavi sorumluluğunu paylaştıkları hastalardan bilgi saklamaksızın iletir.

6- Tedavi grubundaki tedavi alanı, üyeler arasındaki iletişim ağına özel önem vermek sureti ile üyeler arasındaki tüm ilişkileri kapsamaktadır.

Tedavi grubunun önemli bir özelliği, karar alırken o kararın uygulanacağı kişiler arasında demokratik bir ortamın kurulmasıdır. Geleneksel bakımda hastaneye yatacak kadar hasta kişiler doğru kararlar almadıkları, bu yüzden onlar adına yönetici ve idari kadronun kararlar alması gerektiğine inanıldı. Bu durum, kişiyi bağımlı hale getirir. Yetişkin bir kişinin bağımlı hale gelmesi istenmeyen bir durumdur. Psikiyatri hastaları bağımlı rolü bilinçsizce kabul etmeye yatkındır. Hastane böyle bir kişiyi bu role zorladığı takdirde, kişi bağımlı davranışlarını asla terk edemeyecektir (45).

Bir tedavi grubu hastaların kişisel özgürlüklerini etkileyen hastane kural ve düzenlemelerinin formüle edilmesine katılmalarını şart koşar. Yani birimde yaşamın düzenlenmesinde sorumluluk verilir. Hem çalışanlar hem de hastaların tedavi grubu başlatmadan önce dikkatle hazırlanmaları sağlanmalıdır. Çalışanlar hastalara verilen sorumluluk ve faaliyetleri kabullenmekte güçlük çekerler. Bu nedenle, grup başlatılmadan önce grup tartışmalarında böyle bir grubun yürütülmesinin olanakları

iyice incelenmelidir. Her düzeyden ekip üyesi bu tartışmalara katılmalı ve bu sorumluluğun hedefleri ve kısıtlamalarını tam olarak anlamalıdır. Tedavi grubu toplantılarının etkin olması için düzenli ve belirtilmiş zamanlarda yapılması şarttır. Ekibin hastalar adına karar alması kolaydır ama bu işlemin tedavi yararı yoktur. Hastalar kendileri ve diğerleri hakkında kararlar alırlarsa gerçek öğrenme deneyimleri kazanırlar (45).

1.6. Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ) ile İlgili Genel Bilgiler

1.6.1. SOÖ'nin Tanıtımı

SOÖ 1974'te R.H. Moss tarafından geliştirilmiş ve SOÖ Elkitabı olarak yayınlanmıştır. 1983 ve 1996 da klinik danışma , program değerlendirme ve uygulama, araştırma uygulamalarının geniş ve güncelleştirilmiş özetini içeren ikinci ve üçüncü basımı yayınlandı. SOÖ on alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar; katılım, destek, spontanlık, otonomi, pratik yönelim, kişisel sorun yönelimi, öfke-saldırganlık, düzen ve organizasyon, programın niteliği ve çalışanların kontrolüdür. Bu on alt ölçek üç ana boyutu oluşturur. Katılım, destek ve spontanlık alt ölçeği "İLİŞKİ" boyutunu ölçer. Özerklik (otonomy), pratik yönelim, kişisel sorun yönelimi ve öfke-saldırganlık "KİŞİLİK GELİŞİM" boyutuna kılavuzluk eder. Düzen ve örgüt, programın niteliği ve çalışanların kontrolü alt ölçekleri "SİSTEMİN İŞLEYİŞİ" boyutlarını tayin eder. Üç formu vardır, bunlar hastane esaslı psikiyatrik programların gerçek (real), tercih edilen (ideal), beklenen (expectations) tedavi ortamlarını ölçer. (21, 31, 33, 38, 45).

1.6.2. SOÖ Alt ölçekleri ve Boyutlarının Tanıtımı

Ölçeğin alt ölçekleri ile ilgili literatürden elde edilen bilgiler aşağıda belirtildiği gibidir (21,31,33,45).

İlişki Boyutu: Programdaki kişiler arası ilişkilerin yoğunluğu ve doğasına odaklanır.

1-Katılım: Her bir hastanın birbirleri ile ilişkisi etrafında kişisel ve ortamın bir üyesi olarak gün ve gün sürdürdükleri sosyal fonksiyonlar esnasında ne kadar aktif ve enerjik olduklarının ölçümüdür. Genel heyecan, istek, ekip ruhu ve ortamdaki özgüvenleri saptanır.

2-Destek: Hastaların diğer hastalara karşı ne kadar destekleyici ve yardımcı olduğu, çalışanların hasta ihtiyaçlarını ne kadar anladığı, hastayı cesaretlendirmeyi ne kadar istediği ve çalışanları hastaya ne kadar yaklaştırabildiğine dair ölçüttür.

3-Spontanklık: Ortamın hastayı ve çalışanları ne kadar açık davranmaya yönelttiği ve diğer hastalara ve çalışanlara karşı duygularını ne kadar özgürce ifade edebildiklerinin ölçütüdür.

Kişilik Gelişim Boyutu: Programda kişisel gelişimin ne kadar cesaretlendirildiğine odaklanır.

4-Otonomi (özerklik): Hastalar kendi kararlarını almada ne kadar kendine güvenli ve bağımsız olduğu, hastanın ne kadar sorumluluk ve kendi yönetimini istediğini ve çalışanların, hastanın diğer inisiyatifleri, istekleri ve kritiklerinden ne kadar etkilendiğini ölçer.

5-Pratik Yönelim: Hastanın programdan ayrılmaya ve toplumsal yaşama ne kadar hazırlandığını saptar. Örneğin: Yeni iş ve beceriler, geleceğe bakış açısı, pratik amaçlara yönelik oturumlar ve çalışmalar gibi.

6-Kişisel Sorun Yönelimi: Hastaların duygularını ve kişisel problemlerini anlama çabalarının derecesi, diğer hastalarla ve çalışanlarla kendileri ve geçmişleri hakkında konuşmaya ne kadar cesaretli olduklarının ölçütüdür.

7-Öfke ve Agresyon: Hastaların başka hastalar ve ekiple tartışmaları açıkça öfkelerini ifade etmeleri ve farklı şekillerde agresyonlarını gösterme derecelerini belirtir.

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

8-Düzen ve Organizasyon: Ortamda düzen ve organizasyona ne kadar önem veriliyor olduğunun hasta ve çalışanlarca ifadesidir. Örneğin; hastaların nasıl görüldüğü, çalışanların onları nasıl cesaretlendirdiği, düzenli bir şema kullanıp kullanmadığı ve aktiviteleri dikkatlice planlayıp planlamadığı, çalışanların randevularına sadık kalıp kalmadığı ve hastalara şemaları izlemede yardımcı olup olmadıkları.

9-Programın Açıklığı: Hastaların programın günlük işleyişinde neler olabileceğini bilme düzeyini ve bundan ne bekleyeceğini bilmesi, ortamdaki kuralların ve işleyişin nasıl uygulanacağını anlamasının ölçütüdür.

10-Çalışanların Kontrolü: Çalışanların hastaları gerekli kontrol altında tutmakta kullandıkları ölçülerin derecesi. Yani kuralların ve şemaların hasta ve çalışanlar arasında ne sıklıkta uygulandığı ve hastaları ne kadar etkin kontrol altında tutabileceğinin ölçütüdür.

SOÖ Alt ölçekleri ve kısa açıklamalarını özetlersek:

<u>Alt ölçek</u>	<u>Açıklama</u>
İlişki	
Katılım	Program fonksiyonlarında hastalar ne kadar aktif
Destek	Hastalar ne kadar desteklenir ve cesaretlendirilir.
Spontanlık	Hastalar açık davranmaya ve duygularını açıklamaya ne kadar cesaretlendirilirler.
Kişilik Gelişim	
Otonomi	Hastalar bağımsız olmaya ne kadar cesaretlendirilir.
Pratik Yönelim	Hastalar hastaneden ayrılmaya ne kadar hazırdır.
Kişisel Sorun Yönelimi	Hastalar problemleri ve duygularıyla ne kadar ilgilidir.
Öfke ve Saldırganlık	Hastalara tartışma, öfkeyi ifade etme ve saldırgan davranışlar gösterme konusunda ne kadar izin verilir.
Sistemin İşleyişi	
Düzen ve Organizasyon	Aktivitelerin önemi, planlama, temizlik ve düzen
Programın Açıklığı	Amaç, beklenti ve kuralların açıklığı
Çalışanların Kontrolü	Çalışanların hastaları gerekli kontrol altında tutmakta kullandıkları ölçülerin derecesi

1.6.3. SOÖ'nin Formları

SOÖ 3 ana forma sahiptir (31);

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

İdeal Form (Form I): Kişilerin ideal tedavi programları hakkındaki tercihlerini ölçer.

Expectations Form (Form E): Kişilerin dahil oldukları bir tedavi programı hakkında tercihlerini ölçer.

FormI ve FormE; FormR'ye paraleldir, 100 maddenin her biri benzerdir. Örneğin FormR'deki ilk madde "Burada, hastalar yapacakları şeyler için oldukça enerji harcarlar". maddesi FormI ve E'de şöyle yer alır "Hastalar yapılacak şeyler için oldukça enerji harcayabilirler". Üç formunda değerlendirme anahtarı ve cevap kağıdı aynıdır.

1.6.3.1. Real Form (Gerçek Form)

FormR, hastalar ve çalışanların uygulamada olan programı tanımlanmasına yardım eder. Bu formun kullanılış amacı (31);

- programlarının kişiler tarafından nasıl algılandığını anlamak. Örneğin, Yardımın bir bölümü olarak hastaların anlaşılması ve tedavi ortamına uyumunda,
- klinik durumun tanımlanması ve hastanın adaptasyon ve fonksiyonu üzerine tedavinin etkisinin anlaşılması,
- tedavi ortamını, programların etkisi ya da değişim ihtiyaçları dahilinde değerlendirmek. Örneğin, SOÖ tanı problemlerine yardım edebilir, bir program öncesi ve sonrası planlanan değişikliği değerlendirir, ekip çalışması oluşturmakta ve dikkat gerektiren spesifik alanların tanımlanmasında,
- tedavi programları, politikaları, hizmetleri ve yapısal değişikliklerin etkisini gözlemek,
- planlanmış bir değerlendirme süreci yönünde değişim ve gelişimi iletme. Örneğin, hastaların bağımsızlığını yada organizasyonunu arttırmak.

Buna ilave olarak araştırmacılar tedavi programlarını tanımlamak ve karşılaştırmak için SOÖ'ni kullanır. Tedavi ortamlarının belirleyicilerini incelemekte ve hastalar ve ekip üyeleri için tedavi ortamları ve sonuçları arasında bağlantı kurmaya odaklanmakta (31).

1.6.3.2. İdeal Form

Bu form hastaların ve çalışanların amaçları ve değer yargılarını ölçmek için geliştirilmiştir. Bir program geliştirme ve yeni bir tedavi yönelimi sonrası hastaların değerlerinin ne kadar değiştiğini, değerlendirmede yada çalışanlarda zaman içinde

değerlerinde ne kadar evrimleşme olduğunu değerlendirme ve bir müdahale sonrası değerlendirmede. Örneğin, programın tedavi politikalarında bir değişme yada yeni özellikte güven çizgisinin yürütülmesinde de kullanılır (31).

FormI ve FormR'nin kullanımı ile hasta ve çalışanların programda değiştirmek istedikleri alanlar tanımlanabilir. Var olan ve ideal tedavi ortamının tanımlanmasında, örneğin, tedavi yöneliminin değişme girişimlerinde rehber olabilir ve daha etkin program organizasyonunu kolaylaştırmada hastalar ve çalışanlara bilgi sağlayabilir. Varolan ve tercih edilen tedavi biçimleri hakkında bilgilendirir. Hasta programa ne kadar adapte ve ne kadar yarar görüyor hastaya danışabilir (31).

Form I aynı zamanda hastalar ve ekibin değer yönelimleri ve tedavi ortamları hakkında yöneticilerin ve öğrencilerin tercihlerini değerlendirir (31).

1.6.3.3. Expectations Form

Bir programın nasıl olması gerektiği konusunda kişilerin kendi beklentilerini tanımlar. Bu form programından doğru beklentiler oluşturmada kullanılabilir. Bir programdan yanlış beklentiler özellikle pozitif beklentiler düşük moral ve tedaviden erken ayrılmaya sebep olabilir (31).

1.6.4. Tedavi Ortamını Değerlendirme ve Değiştirme Süreçlerinde SOÖ'nin Kullanılması

Literatür taranarak elde edilen bilgiler doğrultusunda SOÖ klinik düzenlemeleri ve program değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanıldığı saptanmıştır (11,30,31,48).

SOÖ tedavi programını tanımlamak için yardımcıdır. Programın hastalar ve çalışanlar açısından zıtlıkları ve "Real" ve "İdeal" programları karşılaştırmak istediğimizde, SOÖ aynı zamanda tedavi programında planlama ve değişiklikleri izlemede, programlara müdahalenin etkisini değerlendirmede ve programın gelişmesini artırmada da kullanır. Bu program planlama ve düzenlemede çalışanların bağlılığını teşvik eder.

Her ne kadar SOÖ'nin çoğu uygulamasında değerlendirme tedavi programının kendisi üzerine odaklansa da, SOÖ primer ilgi alanı program değil kişi olan klinisyenlere ve diğerlerine yardım edebilir. Kişisel profil; bir kişinin tedavi programına karşı bakışı nedir ve kişi bunun neresinde yer alıyor açığa çıkarır. Tipik olarak

tanımlanan karakteristikler, örneğin zeka kişilik yada ilgiler çoğu tedavi prosedürünün tersine SOÖ profilinde bir tedavi programını kişinin algılayışını açığa vurur. Böylece, kişi hakkındaki biricik bilgi kaynağı olarak ve onun programa bütünleşmesinde hizmet alan kişinin değerlendirilmesinin kıymeti ve yaygınlığını SOÖ arttırabilir.

Bir programın çatışmaları olduğu, değiştiği ve değişikliğe ihtiyacı olduğu zaman tedavi ortamı ve değerlendirmeleri oldukça kullanışlıdır. Bu değerlendirmeler yönetici ve çalışanların tedavi yöntemlerini nasıl değiştireceğini öğretir veya onların uygulamalarının programdaki sosyal ortamı nasıl etkilediğini göstermeye yardım edebilir. Bir tedavi programında servis ortamı değerlendirmelerinin kullanım alanı:

- Tanı problemlerinde - değerlendirme bir programdaki olası problemleri analiz etme ve anlamaya yardım eder.
- Değişiklik öncesi- değerlendirme planlanmış bir organizasyonel değişiklik öncesi, örneğin iki yapının birleşmesi veya program yapısının veya tedavi yöneliminin değişmesi, değişikliğin etkisini ölçmek için bir kurul oluşturmakta.
- Değişikliği ilerletmede - değerlendirme değişim sürecine katkıda bulunabilir. Hastalar ve çalışanlar tedavi ortamı hakkında bilgiye ulaşırlarsa genellikle onu değiştirmeye motive olurlar.
- Değişiklik sonrası - değerlendirme programı etkileyen deneysel, planlanmış veya beklenmedik değişikliklerin ne ölçüde olduğunu saptar.
- Liderliğin geliştirilmesi ve değerlendirilmesinde - yöneticiler programlarında arzu edilen tedavi ortamının şekillenmesindeki etkileri hakkında bilgi edinebilirler.
- Ekip oluşturmada - ekip üyeleri etkinliklerini artırma arayışlarında olduklarında, kendilerinin ve hastalarının tedavi ortamını nasıl değerlendirdikleri hakkında bilgilenir, davranış ve karşılaştırma için ilgili konuları arttırır.
- Risklerin tanımlanmasında - değerlendirme, tedavi ortamını hastalar ve çalışanları maruz kalabileceği kişisel veya organizasyonel problemler yönünden tanımlar. Örneğin dürtüsel patlamalar, disoryantasyon yada moralinin iyi olmaması gibi.

Program değerlendirici; bir değerlendirme planlarken katılım ve destek sağlamak için, hastalar ve çalışanlara uygun bir gerçeklik sağlama ihtiyacındadır. Değerlendirici değerlendirmenin olası değerini açıklayabilmeli ve kişinin cevaplarının güvenliğini garanti etmelidir. Program yöneticileri geri bildirim alma ve gerekli davranışı göstermede uzlaşmalı. Çünkü yüzeysel değişiklikler etkisiz olabilir.

Yöneticiler yeterli zaman ayırmaya, kaynakların planlanmasına ve programın araç değişikliklerine istekli olmalıdır.

1.6.4.1. SOÖ Değerlendirmeleri İle Program Profillerinin Oluşturulması

Kişisel olarak hastanın klinik durumunun tanımlanması için yapılan kıyaslamada, programın bütünü çalışmanın merkezi objesidir. Program profillerinin yorumunda ise o gurubun normları esas alınır. Profil yorumlarıyla tedavi programını tanımlamış oluruz (31).

1.6.4.2. SOÖ İle Program ve Politika Değişikliklerinin İzlenmesi

Tedavi programlarının tanımlanmasına ilave olarak SOÖ programları değiştiren olayların etkisini ve yenilerinin gelişimini de gözleyebilir. Moos'un (1996) SOÖ el kitabında aktardığı, takip eden çalışmaların da gösterdiği gibi, SOÖ tedavi ortamındaki değişikliklerde hassastır. Yerinde yürütüldüğünde çoğu program değişiklikleri muhtemelen büyük katılım, destek ve açıklığa sebep olacaktır. Kişisel gelişim boyutundaki değişiklikler bir dereceye kadar yer aldığı program değişikliğinin özelliğine özgüdür. Eriksen (1987) yeni bir sosyal öğrenme programında pratik yönelim ve otonomi konusunda gelişme kaydetmiştir ve Leviege (1970) ekip grup terapisinden geçtikten sonra kişisel problem yöneliminde bir gelişme tanımlamıştır (11,30,31).

Diğer yandan çoğu program değişikliği tedavi ortamında geniş veya uzun vadeli değişiklikler uyaramaz. Spesifik fakat sınırlandırılmış politika değişiklikleri örneğin; 1972'de Klein ve arkadaşlarının çalışması, hemşirelerin üniforma yerine dış kıyafetlerini giyebilmeleri, Mc Farlane, Bowman, MacInnes ,1980'de hastaneye kayıtlarında hasta haklarının artırılmasına yanaşma, Smith, Grant (1989); Thorward, Birnbaum (1989) sigara yasağı gibi konularda tipik olarak tedavi ortamında temel değişiklikler oluşturmakta başarısız olduğunu gördüler. Programda önemli değişiklikler yapıldığında, hasta ve çalışanlar yansımalarını genellikle SOÖ üzerinde rapor ederler (30, 31).

Sosyal Öğrenme Programları: Genel olarak programlar sosyal öğrenme yada davranış değişikliği temellerine dayanır. Katılım, pratik yönelim, otonomiye artırılmasına rağmen bazen açıklık geçici olarak azalır. Gripp ve Magaro (1971) bir sosyal öğrenme programı başlattıklarında, pratik yönelim ve otonomide önemli gelişme buldular. Ekibe

göre, sosyal öğrenme programı aynı zamanda daha katılımcı ve spontan, daha az organize ve kontrolcüdür. Benzer olarak Eriksen yeni bir yataklı hasta ünitesi başlattı. Hastalar ve çalışanlar katılım organizasyon ve açıklık kadar pratik yönelim ve otonomide de artış bildirdiler (11, 30, 31).

Schmidt, Nakefield ve Andersen (1979) bir ayaktan bakım programı üzerinde çalıştılar, bu programda amaç oluşturma grupları, hasta sözleşmeleri ve hasta yönetimini tanıttılar. Değişiklik sonrası hastalar ve çalışanlar öfkeyi dışa vurmaya daha çabuk kabul ettiklerini tanımladılar, pek açıklık olmasa da. Birkaç ay sonra iki grupta katılım, destek, spontanlık ve otonomide artan önemi bildirdi; programa daha organize, açık ve çalışanlarının kontrolü daha az olarak gördüler. Bu nedenle, program değişiklikleri hastaların daha bağımsız ve sorumlu his ettikleri bir durum yaratır. Başka bir örnek ise, Willer (1977) bir psikiyatrik üniteye kişiselleştirilmiş durum yönetimi programını sunduktan sonra otonomi, pratik yönelim, organizasyon konularında gelişme olduğunu bildirdi(30,31).

Bir Tedavi Edici Topluluk Düzenlenmesinde: Geleneksel ya da medikal yönelimli programlar tedavi edici topluluk prensipleri yönünde yeniden düzenlendiği zaman, ilişki kalitesi genellikle artar ve otonomi kendini anlama ve öfkenin dışa vurulmasının önemi artar. Ingstad ve Gotestam (1979) bir psikiyatrik ünitenin tedavi ortamındaki değişimi izlediler. Geleneksel uygulama önceliklerinden daha aktif bir tedavi edici yönelime doğru değiştiğini gözlediler. Programın yürütülmesinden altı ay sonra ekip tüm ilişkiler ve kişisel gelişme boyutlarında artma bildirdi, fakat programın iyi organize edilmediği kanısındaydılar. Hastalar destekte otonomi ve pratik yönelimde bir miktar artma bildirdiler. Bir tedavi edici toplumun olgunlaşmasını izlemekte, Verhaest (1983) SOÖ'nin Flemenkçeye çevrilmiş bir formunu yaklaşık altı yıl gibi bir sürede dört kez uyguladı. İlk değişiklikler kişiler arası ilişkileri geliştirmeye, otonomi ve bağımsızlığı ilerletmeye odaklandı. Bunları katılımın artması, öfkenin ifadesi, ekip kontrolünde azalma takip etti. Şiddetli rahatsızlığı olan hastalar için limit koyma ihtiyacını otonomi ve öfke ifadesinde azalma ve çalışanların kontrolünde artma takip eder. Limit oluşturma ve yapılandırma üzerine odaklanma muhtemelen tedavi edici toplum değerlendirmesinden öteye gerçekte yüzleşmenin vurgulanması kuralların paylaşılması ve kişisel problemlerin aktif olarak tartışılmasına izin verir. SOÖ

tasarlanmış tedavi amaçlarının gerçekleşme derecesini tanımlamaya yardım eder (30, 31, 48).

Ekip Eğitimi: Stiriling ve Reid (1992) hemşirelerin belli beceriler öğrendiği bir eğitim programını değerlendirdi. Örneğin; açık iletişim, amaç oluşturma, anlaşılır ve yorumlanabilir davranış ve problem çözme gibi. Hastalar serviste otonomi ve spontanlığı artırma, ekip kontrolünü azaltma yönünde eğitilen hemşireler tarafından bakıldı. Böylece, hemşirelerin bakım verme davranışları ve tavırları değişti, hastaların tedavi ortamını algılamaları değişti. Buna ilave olarak, hastalar daha pozitif bir benlik kavramı geliştirdiler ve kişisel kontrol algılarında artma sergilediler. Leviege (1970) grup terapileri üzerine yoğun eğitimin ekip katılımcılarına etkisini izledi. Grup terapileri üzerine eğitim yapan ile eğitim yapmayan ekip arasında eğitim sonrası büyük fark vardı. Hastalar ve ekip bu deneysel programı daha katılımcı, spontan, otonomi ve kendini anlamaya yönelik olarak tanımladı. Ayrıca programın iyi organize olduğu ve ekip kontrolünün az olduğunu düşündüler. Başka bir çalışmada, Woog ve Hyman (1980) ekibin bir seri sürekli eğitim Workshoplarından sonra tedavi programlarında az çalışma ve çok fiziksel konfor istediklerini buldu (30, 31).

Programın Yeni Bir Bölgeye Yerleştirilmesi: Çoğu çalışma hastaneler arası yer değişikliğinin etkisini incelemiştir. Bir projede Kelly (1983) kronik psikiyatrik hastalar yer değişikliğinin fiziksel ve sosyal etkilerini tanımlamak için sekiz ay süresince izlendi. Bir kapalı birimden başka bir kapalı birime taşınan ekip yeni programı daha destekleyici, iyi düzenlenmiş, pratik yönelimli ve ekip kontrolü azalmış olarak derecelendirdi. Bir açık birimden diğer bir açık birime taşınan ekip tedavi ortamında fark görmedi. Bu bulgular gösterdi ki, yer değişikliği hasta fonksiyonları üzerinde zararlı bir etkiye sahip değildir. Bir başka çalışmada SOÖ değişiklik sergilemedi. Bunun yanında yeri değiştirilen iki birim, yeri değiştirilmeyen komşu psikiyatrik ünite için negatif bir etkiye sahiptir. Bu durum katılım ve desteği azaltır(30, 31).

Diğer Program ve Politika Değişiklikleri: Moos'un (1996) belirttiği üzere (30, 31), Hendersen hastanesi İngiltere'de iyi tanınan bir tedavi edici toplumdur, ekip SOÖ profili bir aylık bir zaman sürecince yüksek derecede sabitti. Sonraki değişiklikler yeni ekip dağılımı planına izin verdi, ekip üyeleri net rollere sahipti ve belirli sorumluluk alanlarına tayin oldu. Organizasyon ve açıklık beklendiği gibi arttı, katılım ve destekte öncesine göre ılımlı bir artış oldu.

Yönlendirici olmayan topluluk görüşmeleri hastalar arasında spontanlık ve kişisel ilgileri ilerletebilir. Hong Kong'da Ng, Tam, ve Luk (1982) yataklı bir psikiyatrik birimdeki topluluk görüşmeleriyle ilgili çalışmalarında, hastaların spontanlık ve kişisel problem yöneliminin önemli derecede azalmasının toplantıyı kesilme durumuna getirdiği bulunmuş. Toplantı özetlendiğinde bu azalma tersine dönmüştür.

Uzun dönem bir psikiyatri programında hemşirelikte insan ihtiyaçları modelinin gelişmesi sonrası Mc Kenna, Parahoo ve Boore (1995) hastaların kişisel gelişmesine yönelik destek ve yönelimin daha bir arttığını buldu. Benzer olarak Lacoursire ve Bradshaw (1983) bir madde kötüye kullanım tedavi programını başarılı bir şekilde yeniden organize etti. Son olarak, bir basamak bakım modeli ile karşılaştırıldı, Long, Blackwell Midgley (1990,1992) sürekliliği olan bir modelin spontanlık ve pratik yönelimde daha yüksek olduğunu buldu fakat beklenmedik bir şekilde düşük katılım, destek ve organizasyon vardı. İleri analizler bu beklenmedik etkilerin muhtemelen hastaların sürekli bakım modelinde kısa süreli kalmaları sonucu olduğunu belirledi.

1.6.4.3. SOÖ'nin Programı Geliştirmede Kullanılması

Program değerlendirenler, program geliştirmeyi kolaylaştırmak için tedavi ortamı hakkındaki bilgileri kullanabilirler. Tedavi programında sosyal ortamı geliştirmeyi denemeden önce programı anlamak önemlidir, değişiklikleri planlamak ve potansiyel problemleri önceden görmek için. Yöneticiler genellikle bu tür aktivitelerde program değerlendirenlerle işbirliği içindedir. SOÖ el kitabından aktarıldığına göre (Moos,1996), SOÖ ile yapılan bazı çalışmalar tedavi ortamını geliştirmeye yardımcıdır; Friedman (1982); Friedman, Jeger Slanick (1982); Hemera Lawson (1987); Verinis Flahert (1978) (30, 31).

Tedavi Ortamını Değerlendirme ve Değiştirmede Adımlar (31):

1- Değişim programının gözden geçir. Programın amaçları nelerdir? Değişiklikler nasıl başarılabilmiş, plan ile ilgili kimlere gereksinim vardır.

2- Değerlendirme planı saptı. Programda değerlendirme ihtiyacı olan unsurlar nelerdir? Değerlendirme için beklenen zaman dilimi nedir? Hastalar ve ekip ile iletişim nasıl ele alınmalıdır?

3- Değerlendirmeleri katılımcılara sun, sebepler göster, ortam bilgilerinin kullanılması muhtemel olanların altını çiz.

4- Değerlendirmeyi yönet. İlgili grupları kapsa ve SOÖ'ni uygula. Kişilere imzasız olarak cevaplamak için seçenek ihtimali sun. Görüşme ve diğer bilgi toplama yollarını sun.

5- Değerlendirme sonuçlarını analiz et ve yorumla. Değişik grup hasta ve ekibi karşılaştır. Bazı problemlerin sebebini ve yapısını tanımla. Girişim gerekli ise amaçları ve prosedürleri geliştir.

6- Katılımcılara geri bildirimler ekip ve hastaların hatırlayabileceği şekilde geri bildirim sağla. Hastalar ve ekibe sonuçları tartışma ortamı sağlamayı düşün.

7- Değişim programını planla ve yürüt.

8- Tedavi ortamını yeniden değerlendir. Yeniden değerlendirme öncesi, değişim oluşması için yeterli zaman tanı. Hastalar ve ekibe yeni sonuçların geri bildirimini ver. Değişim programında ihtiyaç duyulan uyumu oluştur.

Yatan Hasta Programları Geliştirmek: SOÖ küçük bir özel hastanede yataklı hasta programı değişikliğini iletmede kullanıldı. FormR programın tanımlanmasına yardım etti ve FormI ile birlikte gelişme yolları açıklandı. Takip eden geri bildirim ve program değişikliği sonucu program önemli derecede değişti. Hem hastalar hem de ekip kendini anlama ve yeni beceriler öğrenme konusunda destek ve yönelimin arttığını bildirdi. Aynı zamanda ortamın açık ve esnek yapılandırılmış gördüler. Bir çalışma gösterdi ki, tedavi ortamındaki değişiklikler ekip üyelerinin tercihlerini değiştirdi (31).

Başka bir örnek Verinis 1983'de bir alkol rehabilitasyon programıyla çalıştı. Burada düzensiz işleyişte ani bir artma vardı. SOÖ; destek, spontanlık, pratik yönelim ve açıklık konularında aynı zamanda oluşan azalmayı gösterdi. Ekip bu değişikliklerin farkında olduktan sonra program yeniden daha tedavi edici bir ortam kazandı. Hastalar organizasyon, otonomi ve açıklık konularında önemli bir artma bildirdi. Düzensiz işleyiş oranı önceki düzeye indi. SOÖ önceki tedavi edici ortam durumuna getirmeye yardım eder. Moos'un aktardığına göre(1996), Ejsing (1980) Hollanda, bir psikiyatrik programda FormR ve FormI'nın hastalar ve ekipte ve bunların tedavi ortamını geliştirmede kullanılmasının sonuçlarını tanımladı. Benzer olarak Gren, Ared, Nilsoson (1978) akut psikiyatrik hastalarla longitudinal bir çalışmada kullandılar. Friis (1981) altı yıllık bir çalışmada bir psikiyatrik programı izledi ve tedavi edici toplum olarak

gelişmesini yapılandırdı. SOÖ uygulandıktan sonra bazı gelişmeler oldu. Hastanedeki yönetsel problemler programı akut psikotik hastalar için kapalı bir ünite olmaya zorladı. Sonuçta tedavi ortamı girişim öncesi sahip olduğu katılığa geri döndü. Tedavi ortamına ait geri bildirimler programda değişikliği kolaylaştırır, fakat sonuçtaki gelişmeler hastanedeki yapısal değişikliklerin devamını sağlamada otorite olmayabilir. (14, 30, 31, 43)

Değerlendirme ve Geribildirim Süreçlerinin Anahtar Görüşü: Hastalar ve ekibe SOÖ geri bildirimini vermek onların programın problemleri yönlerine veya güçlüklerine odaklanmalarına rehberdir. Ayrıca tedavi ortamını değiştirme ve programda spesifik değişiklikler planlanması için yardım eder. SOÖ profili grup tartışmasına başlamak için güvenli bir yoldur. SOÖ hastalar ve ekibin grup standartları ve çatışmalarını anlamalarına yardımcıdır. Programın SOÖ bilgileri ile diğer bilgiler arasında tutarlılık olması uygun bir girişim planının güvenliğini artırır. Bu bilgileri farklı olması yeni fikirler ve açıklamalar için araştırma ihtiyacı doğurur (31).

Programın tedavi ortamını ölçerek verilen geri bildirim sonucu düzenlenen girişimler ile araştırmacılar (31):

- Ekip hastaların programları hakkında iyi yada kötü, stres verici yada rahatlatıcı gibi basitleştirilmiş ifadeler kurmaları yerine SOÖ'nin on alt boyutunda düşünmelerini teşvik edebilir.
- Önemli fakat gözden kaçırılan programın karakteristiklerine dikkati çekebilir. Örneğin beklentilerin niteliği ve hastaların otonomi düzeyi.
- Hasta ve ekibin çabalarını programı geliştirmeye yöneltebilir. Bu çabaları iyi açıklanmamış bazı alanlar üzerine odaklaştırabilirler, böylece karmaşık ve çatışmalı davranışların azalması sağlanabilir ve düzenli değişim olasılığı artırılabilir.
- Katılımcıların ilgisini arttırabilirler; Hastalar ve ekip programı geliştirmek için işbirliği yapabilirler.
- Ekip ve program yöneticilerine, tedavi ortamındaki etkinliklerini düşünmek için bir fırsat sağlayabilir.

1.6.5. Orjinal Formun Teknik Değerlendirmesi

1.6.5.1. Geliştirilmesi

Moos SOÖ el kitabında orijinal formun gelişimi hakkında aşağıdaki bilgilere yer vermiştir (31). SOÖ'ni geliştirirken, hastane temelli tedavi programlarının doğal anlayışını kazanma ve bir başlangıç madde havuzu elde etmede birçok metot kullanıldı. Başlangıçtaki SOÖ'nin 206 maddelik versiyonu programları temsil eden bir yapının gözlenmesi yoluyla geliştirildi. Hastalar ve çalışanlarla davranışçı olarak yapılandırılmış görüşmeler yapıldı, tedavi programları hakkında yayınlanmış makale dergiler ve profesyonel kitaplar okundu.

İlk formun madde seçimi ve gelişiminde sosyal ortam boyutlarının üç boyutlu formülasyonu, spesifik maddelerin tercih ve ifade edilmesine rehber oldu. Her madde bir tedavi programının önemini belirttiği kişiler arası ilişkiler üzerinde odaklandı. Örneğin destek üzerine vurgu şöyle bir madde ile yapıldı "daha iyi hastalar daha kötü durumda olan hastaların bakımına yardım ederler". Açıklığa bir örnek "hastalar program kurallarını anlarlar".

Oluşan 206 maddelik ilk SOÖ formu 14 programda hastalar ve çalışanlara uygulandıktan sonra, testin daha sonraki gelişimi için 130 maddelik form Amerika ve Kanada'da 160 psikiyatrik programda hastalar ve ekip ile kullanıldı ve bu verilerle 100 maddelik Form R oluşturuldu.

Test Yapısında Temel Yaklaşım: SOÖ'nin geliştirilmesinde kavramsal ve deneysel kriterlerin bir kombinasyonu kullanıldı. Tedavi programlarının önemli durumlarını saptamak için oldukça geniş bir yapı üzerine odaklanıldı. Odaklanılan bu yapı hakkındaki bilgilere göre daha spesifik yapılar tanımlanabilir ve belirlenebilir, örneğin çok odaklı ve iç tutarlılığı olan alt ölçekler geliştirilebilir. Tabi ki, böylesi alt ölçekler sabit olabilir veya olmayabilir. Alt ölçeklerin geçerliliğini yapıların geniş olarak ele alınması belirler. Oldukça geniş bir yapıda ölçülmek istendiği için çeşitli içerikte maddelere ayrıldı. Böylece, örneğin iki madde yüksek derecede ilişkili ise gereğinden fazla maddeyi azaltmak için bir tanesini atar ve maddelerin son halinin içeriğini oluştururuz. Eğer az sayıda değişik maddeler elenseydi, içsel tutarlılığı daha çok olan alt ölçekler geliştirilebilirdi fakat bu durumda dar bir yapının ölçülmesi sonucu muhtemelen bazı genellemelere gidilecekti ve yapı geçerliliğinden feda edilecekti. Her alttestteki madde sayısı aynı zamanda iç tutarlılığı etkiler. Farklı tedavi programlarının

ana boyutlarının hızlı bir değerlendirme çerçevesini oluşturulabilmesi ve değerlendirme prosedürünün geliştirilmesi istendi. On boyut olarak verilen son halinde her boyut için maksimum dokuz ayda on madde olması gerektiği düşünüldü (31).

Son Formun Psikometrik Kriterleri ve Gelişimi: SOÖ'nin son formundaki maddeleri elemek için verilere beş psikometrik kriter uygulandı (31):

- Bir maddeyi "evet" veya "hayır" yönünde cevaplayan kişi sayısı %80'den daha fazla değilse bu ölçüt maddeleri eler, yalnızca alışılmışın dışındaki tedavi programlarına has bir özelliktir. Baştan başa maddelerin %90'ı hastalar veya ekip yada her ikisi için bu ölçütü karşıladı.
- Her alt ölçekte "doğru" ve "yanlış" cevaplandırılan madde sayısı hemen hemen eşit olmalı, böylece cevap yerleşimiyle uysallığı kontrol etmiş oluruz. On maddeli yedi alt ölçekten, ikisi beş madde "doğru", beş madde "yanlış" olarak cevaplandırıldı; beş alt ölçek altı "doğru" ve dört "yanlış" cevaba sahip. Dokuz maddelik alt ölçeklerin ikisi de beş madde "doğru" ve dört madde "yanlış" olarak cevaplandırıldı. Bir alt ölçek ise dört madde "doğru", beş madde "yanlış" cevaplandırıldı.
- Alt ölçeklerin karşılıklı ilişki içinde olmaları düşük tutulmalı. Alt ölçeklerin ilişki içinde olma ortalaması .25 dolayındadır. Görülüyor ki alt ölçekler tedavi programının oldukça farklı karakteristiklerini ölçüyor.
- Her alt ölçek tedavi programları içinde anlamlı bir şekilde ayırt edilmeli. On alt ölçeğin tümü bu kriterleri karşılıyor.

Bu ölçek yapılaşma prosedürleri SOÖ alt ölçeklerinin yapı geçerliliğine katkıda bulunur. Friis (1986) deneyimli psikiyatristlerin SOÖ maddelerinin doğru alt ölçeklerde yer almasına dikkat ettiklerini buldu. Ayrıca, program otonomisinin objektif göstergesi hasta ve ekip üyelerinin SOÖ otonomi bildirimleriyle yakından ilgilidir. O' Driscoll ve Evans (1988) programın organizasyonel yapı ve politikaları, tedavi ortamı hakkında hasta ve ekip üyelerinin görüşü arasında belirleyici bir birlik buldu (31).

1.6.5.2. Normative Örneklemeler

Amerikan normatif örnekleme 16 eyalette yerleşmiş 44 hastanenin 160 programı oluşturur. 14 Eğitim ve üniversite hastanesinde 28 program, 6 toplum ve özel hastanede 22 program, askeri hastanenin 14 bölümündeki 55 program ve 10 şehir hastanesinde 55 programı kapsayan 3575 hasta ve 1958 ekip üyesi SOÖ'ni cevapladı. Alt ölçeklerin 160

program için ortalama ve standart sapmaları hastalar ve ekip için ayrı ayrı verilmiştir. Standart sapmalar tüm kişiler ve tüm tedavi programları için verilmiştir (Ek1, Tablo 29). Profil çiziminde hasta ve çalışan kişiler için standart sapmalar, standart skorlar bulunarak kullanılmalıydı; o nedenle bütün bir program için çizilen profiller standart skorlar bulunarak çizildi. Standart skor dönüşüm Tablosu Ek 2'de verildi. Aynı zamanda 8 hastanenin 36 programını kapsayan İngiliz normatif örnekleme de elde edildi. Bu örneklem; genel hastanede 3 psikiyatrik program ve kırsal-kentsel alanlardaki çeşitli büyüklüklerde psikiyatrik hastanelerin 21 programını içerir. 450 hasta ve 290 ekip üyesi SOÖ'ni tamamlamadı. Bu örneklem tedavi yönelimlerinin geniş bir kapsamını temsil eder; bir akut kabul programı, bir uzun süreli psikoterapi programı, adölesan programları, geriyatrik hastalar ve kronik hastaları içerir (bakınız Ek1, Tablo 30)(31).

1.6.5.3. İç Tutarlık ve İnterkorelasyonlar (İç İlişkiler)

İç tutarlık için Kuder Richardson 20 formülü ve ekip ve hastalar için 10 Form R alt ölçeğinin her birinin ortalama maddeden alt ölçeğe korelasyonları bakıldı. İç tutarlık program içinde ortalama madde varyansları kullanılarak hesaplandı. Alt ölçeklerin kabul edilebilir iç tutarlıkları vardır; ortalama maddeden alt ölçeğe korelasyonlar orta derecede yüksektir.

10 alt ölçek ortalama puanları interkorelasyonları hasta ve ekip için ayrı ayrı gösterilmiştir. En yüksek interkorelasyon .50 ile katılım, destek ve spontanlık alt ölçeklerinde hem hasta hem de ekip örnekleminde orta derecede yüksek birliktelik göstermektedir. Böylece; 10 alt ölçek uzak fakat, hastane temelli programlarla bazı açılardan ilişkili yönleri ölçmektedir (bulunan değerler Ek1, Tablo 31 ve 32'de ayrıntılı olarak verilmiştir.) (31)

1.6.5.4. Güvenirlik, Profil Stabilitesi ve Programlar Arası Fark Gözetme

SOÖ 'nin test-tekrar test güvenirliliği ve yüksek profil stabilitesi yeterlidir. Alttestler için test-tekrar test güvenirliliğini 42 hasta için uygulandı. Bunlardan herbirine SOÖ birer hafta arayla uygulandı. Sonuçlar göstermektedir ki, bu 10 alt ölçek kısa dönemde yeterli test-tekrar test güvenirliliğine sahiptir(ayrıntılı bilgi için bakınız Ek1 Tablo 31) (31).

Uzun zamandan beri, devamlı tedavi felsefesi olan programların profil stabilitesi oldukça yüksektir; ekip için olan stabilite hastalara göre daha da yüksektir. Profil stabiliteyi alt ölçek standart puanlarını sınıf içi korelasyonlarının her programdaki değişik sonuçlarının hesaplanmasıyla elde edildi; bu sınıf içi korelasyonlar alt ölçek puanlarını hem seviye hemde göreceli pozisyonlarının değişikliklerini yansıtır (31).

Ortalama profil stabilitesi 2 ile 3 yıllık zaman aralığı olan gruplarda belirgindir, çünkü bu programlarda aynı hastanın 6 ay veya daha fazla zaman aralığında kalması az görülür. Hasta popülasyonunun tamamen değişmesine rağmen stabil olarak kalabilen tedavi ortamının çeşitli durumlarını SOÖ ölçebilmektedir. Programlar arası varsayılan farklar için Estimated Omega Squared kullanıldı. Üç küme analiz 8, 28 ve 36 programla yürütüldü. Programlar arasındaki farklara göre hesaplanan varyans oranı %2 den az, %50 den fazla arasında değişti. Sonuç olarak, hastalar için program farklılıkları, alt ölçek varyansının %20 ile %25 i arasında hesaplandı ve ekip için olan varyansın %25 ile %30 u idi. Değişik örneklerde bu yüzdeler değişebilir, yinede programlar arası hesaplanan varyasyonlar alt ölçek varyansının önemli bir oranını oluşturdu (31).

1.6.5.5. Metodolojik ve İstatistiksel Konular

Birkaç araştırmacı SOÖ'ni önemli metodolojik ve istatistiksel konulara hitap etmek için kullanmıştır. Örneğin; iki noktaya karşı dört nokta formatlı cevapların karşılaştırılmasında faktör boyutlarının araştırılmasında, hastaların ve ekip üyelerinin kişisel karakteristikleri ile bir programı algılayışlarının birlikteliğinin araştırılmasında (31).

İki Noktaya Karşı Dört Nokta Cevaplı Formatlar: Birçok araştırmacı iki nokta (yanlış-doğru) cevap formatına karşı dört noktalı olanı SOÖ için kullanmayı tercih etmiştir. Bu durumda dört maddeli SOÖ alt ölçekleri genel olarak yeterli psikometrik karakteristiklere sahip olmaktadır. Yinede bu format önerilmemektedir. Çünkü, ikiye bölünmüş cevap formatı basitliğinden dolayı tavsiye edilmiştir. Yanlış-doğru formatları çok noktalı formatlar kadar bilgi içerir ve kişilerden kaynaklanan problemlerden kaçınır, örneğin orta yolu tercih edenler, kararsızlar, uçlardakiler ve aykırı düşünenler (31).

Faktör Boyutları: Moos'un aktardığına göre, bir çok araştırmacı SOÖ için üç boyutlu bir yapı tanımlamıştır. Örneğin Denny, Costello, Cochran, 1984 üç ikinci düzen

faktörü tanımladı. Genel değerlendirme düzensiz aktiveteler ve ekip gücü. Alden ,1978 ilk faktöre yüklenen 8 faktör buldu, öfke ve agresyon ile ekip kontrolü ikinci ve üçüncü faktörler olarak tanımlandı. Fischer ,1977 beş alkolizm tedavi programından alınan verilere dayanarak bir temel elemanlar analizi rapor etti. Üç sonuç faktörünü şöyle isimlendirdi; etkileşim, tedavi yönelimi ve kontrol. Manderscheid, Koenig ve Silbergeld ,1978) ilişki, kişisel gelişim ve sistemin bakım çevresine benzeyen üç faktör belirlediler. Friis,1986 Squier, 1994 de faktör boyutlarına değinmiştir (15, 30, 31, 39).

Tedavi ortamını karakterize etmek için az sayıda boyut belirlemek önemlidir, fakat SOÖ'nün faktör yapısını ararken bazı belirleyiciler vardır. Faktörü analiz eden çözümler kavramsal düşünceler, örneğin çeşitli yönleri, istatistiksel prosedürler ve kullanılan kriterlerle belirlenir (31).

Kişisel Karakteristikler ve Program Algısı: Moos'a göre (30, 31), araştırmalar demografik ve kişisel karakteristiklerin tedavi ortamını algılamaya etkisi olup olmadığı hakkında bilgi vermektedir. Maloney (1986); Marone ve Desicterato 1982'ye göre, içsel bir denetim odağına yönelmiş olan hastalar tedavi programlarına daha bir destekleyici, iyi organize, daha otonomi sağlayan ve kendini anlamaya yönelik bir şekilde değerlendirebilirler. Greenberg, Obitz, Kaye (1978) İçsel ve dışsal olarak yönelmiş bu hastalar arasındaki bu farklar zamanla azaltılabilir demiştir. Costell, Reiss, Berkman, Jones (1981), Q.Sort tipinde bir işlemde bazı SOÖ maddeleri kullanarak ailenin problem çözme stiline onun tedaviyi algılamasıyla ilişkili olabileceği ve hatta ailenin tedavi ile üretken bir ilişki içinde olduğunu buldular.

Irka Ait Farklar: Flaherty ve ark., 1981'de beyazlara göre zencilerin bir programda zayıf ilişki ve kişisel gelişim boyutuna daha az önem verdikleri görüldü. Çünkü onlara beyaz ırka göre daha az ayrıcalık ve sorumluluk verilmişti. Ayrıca onların bu negatif görüşü, onların baskın olarak beyaz profesyonel ekip tarafından farklı olarak tedavi edilmeleriyle ilgilidir (30, 31).

Yaş Farkı: Genç hastalarla karşılaştırıldığında yaşlı hastalar tedavi programına biraz daha az entegre olurlar. Linn (1978) yaşlı alkolik hastaların; kişisel problem yönelimi öfke ifadesi ve çalışanların kontrolüne daha az önem verdiğini rapor etti. Strasser, Falconer, Martino-Saltzman (1992) bir rehabilitasyon ünitesinde benzer bulguları elde ettiler. Ek olarak yaşlı hastaların ilişki, otonomi ve pratik yönelime de daha az önem verdiklerini rapor ettiler (30, 31).

Ekip Roller ve İnançları: Ekip bir programda daha sorumlu bir pozisyonda ise onu daha olumlu görmeye yönelir ;Main, Mc Bride, Austin (1991), Friedman, Jeger, Slotnick 1980'de bir program içinde hemşirelerin programın işleyişi için diğer çalışanlardan daha fazla sorumluluk sahibi olduğunu değerlendirdi. Beklendiği gibi hemşireler; yüksek katılım, destek, açıklık ve düşük ekip kontrolü bildirdiler. Kish, Solberg, Uecker 1971'de yardımcıların daha geleneksel davranışlara sahip olduğunu bildirdiler, ki bu durumda otonomi ve kendini anlama önemsenmez. Zillmer, Archer, Glidden (1986) benzeri bulgular bildirdiler (30, 31).

Ekip Eğitimi ve Tercihleri: Moos'un aktardığına göre, iyi eğitilmiş ve ruh sağlığı kariyerine ilgili kişiler psikiyatrik tedavinin arzu edilen yönlerine daha yatkın olabilirler. Wolf'e göre, iyi eğitilen hemşireler daha çok açıklık organizasyon ve ekip kontrolü az otonomi ve spontanlık tercih ederler (30, 31).

1.6.5.6. Kültürler Arası Örnekler ve Psikometrik Karakteristikleri

Literatürde belirtildiği üzere, SOÖ'nin kültürler arası çalışmaları aşağıda özetlenmiştir (6, 15, 30, 31, 33).

SOÖ Büyük Britanya'da yaygın olarak kullanılmıştır. Danimarka'da Ejsing (1980), Verhaest ve ark. (1982), Fillanda'da Plosila (1978), Fransa'da Dauwalder, Chabloz, Chappuis (1978), Almanya'da Engel ve ark. (1983), İsrail'de De-Nour (1983), Meier (1983), İtalya'da Burti, Glick, Tansella (1990), Norveç'de Friis (1986 a,1986 b), İspanya'da De Vega, Martin (1988), Sunyer İ. Martin (1990), İsveç'te Espvall ve Astrom (1974) ölçeği kendi dillerine çevirmişlerdir. SOÖ'nin İsveç versiyonu büyük bir eğitim hastanesindeki üç programı tanımlamada kullandı. Ortalama SOÖ puanları İngiliz ve Amerikan örneklemeyle benzerlik göstermiştir. İtalyan (Burti ve ark., 1986) ve İspanyol (Sunyer İ Martin, 1990) versiyonlarının psikometrik karakteristikleri İngiliz versiyonu ile karşılaştırılabilir niteliktedir.

SOÖ'nün Alman versiyonu 15 psikiyatrik bölümden hasta ve ekip cevapları üzerine dayanarak yapılandırılmış ve üç faktör tanımlanmıştır. Birinci faktör; ilişki, kişisel gelişim boyutları ve organizasyon, açıklık üzerine yüksek yüklerle sahip olmuştur. İkinci faktör; kişisel problem yönelimi ve öfke üzerine yüksek derecede yüklenmiştir. Üçüncü faktör; ekip kontrolü ve düşük otonomi üzerine yüklenmiştir Engel, Knap, Doblhoff-Thun (1983).

Kısa form bazı yönlerden daha iyi psikometrik karakteristiklere sahip olmuştur ve ağır hastalar tarafından daha kolayca tamamlandı (Elinghaus ve ark., 1981).

Friss (1986 a, 1986 b) Norveççeye çevrilen Form R ve Form I 'yı 49 yataklı psikiyatrik programda ekip ve hastalar ile kullandı. İki formun psikometrik ve normatif karakteristikleri Amerikan örnekleminde bu formlardan bulunan sonuçlarla karşılaştırılabilmesi zordu. Ayrıca, tedavi ortamı ortalaması göreceli olarak on yıldan fazla bir zaman aralığında stabil kaldı; hastaların spontanlık algılarında artma olması tek farktı.

Öner 1996'da aktarıldığı üzere (33), SOÖ Uçman *(1974) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye çevrilişi tamamlandıktan sonra yapılan ön çalışmada alt ölçeklerin güvenilirlik katsayıları .35 ile .61 arasında bulunmuştur "Spontanlık", "Özerklik" ve "Öfke-Agresyon" alt ölçekleri çok düşük güvenilirlik değerleri verdikleri için ölçekten çıkarılmıştır. Normlarını 3 hastaneden 130 hasta ile 65 personel; toplam 195 kişi üzerinden elde etmiştir. Bulguların analizi, Kuder-Richardson güvenilirliği ve yapı geçerliği ile değerlendirilmiştir.

**"Uçman, P. ile yapılan görüşme sonucunda, sayın Uçman'ın önerileri doğrultusunda orjinal SOÖ formu ile çalışılmasına karar verildi (Kasım, 1997)."*

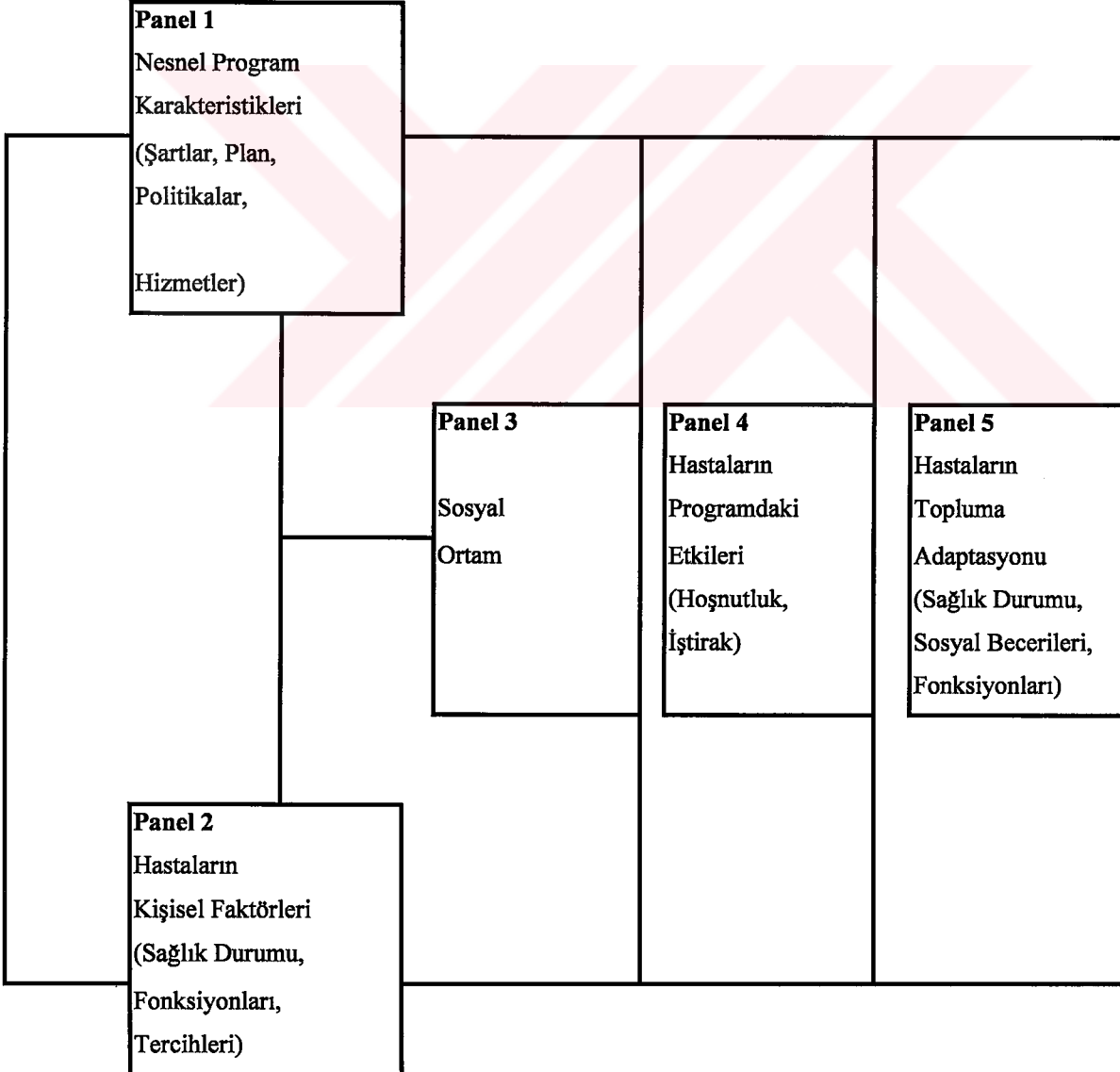
1.6.5.7. Araştırma Uygulamaları ve Geçerlilik

SOÖ el kitabında Moos'un belirttiğine göre (31), ilgili araştırmaların gözden geçirilmesi rehberliğinde bir kavramsal çerçeve oluşturuldu ve görüldü ki; SOÖ 'nin yapı, eşzamanlı ve belirleyici geçerliliğini bulgular destekler.

Kavramsal Bir Çerçeve: Şekil1'de gösterilen kavramsal model tedavi programlarını incelemek ve kendileri ve hastalarının birbirine karşılıklı etkilerini incelemek için kavramsal bir çerçeve sağlar. Bu modelde; (panel 1) programın nesnel karakteristikleri, (panel 2) hastaları kişisel karakteristiklerini ve (panel 5) hastaların topluma adaptasyonları, (panel 3) programın sosyal ortamı ile bağlantı kurar, (panel 4) hastaların program içindeki etkileri ile arasında bağlantı kurar. Bu model ayrıntılı bir değerlendirmede olması gereken ortam değişkenlerine özgüdür. Programın nesnel karakteristikleri (Panel 1) programın kurumsal koşulları fiziki planı, politikaları ve hizmetlerini ve çalışanlar ile hastaların ortak karakteristiklerini kapsar. Bu çevresel nesnel faktörlerin dördü programın kültürel veya sosyal ortamın kalitesine etkisiyle birleşir (panel 3). Sosyal ortam çevresel sistemin parçasıdır, fakat özel duruma dikkati

çekmek için biz ayrı bir panelde ele aldık. Sosyal ortam nesnel çevresel faktörlerin gelişen bir bölümüdür ve hasta fonksiyonları üzerine dolaylı etkisi vardır. Bu model gösteriyor ki, hem kişisel hem de tedavi faktörleri hastanın program içindeki etkisini belirler. Örneğin hoşnut olmaları, kendine güvenleri, kişiler arası davranışları ve programa katılımları (panel 4). Programdaki sonuçların etkisi hastaların sağlık durumu, sosyal ve iş becerileri, psikososyal uyumları açısından topluma adaptasyonlarının belirleyicisidir (panel 5). Bu model aynı zamanda çalışanların karakteristiklerini ve sosyal ortamı çalışanları nasıl etkilediğini ve hastaların programda topluma adaptasyonlarını birleştirir (31).

Şekil 1: SOÖ ile İlgili Araştırmaların Gözden Geçirilmesi Rehberliğinde Oluşturulan Bir Kavramsal Çerçeve



BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, SOÖ FormR'nin İzmir ilinde bulunan üç hastanenin sekiz psikiyatri programının servis ortamını değerlendirmek, hastalar ve çalışanların programa ilişkin algılarını ölçmek için klinik alanda kullanılabilirliğini (geçerlilik ve güvenilirlik) saptamak amacıyla karşılaştırmalı tarama türünde, ve kesitsel olarak planlanmış bir alan çalışmasıdır.

2.2. Araştırmanın Yeri

Bu araştırma, süre ve olanakların kısıtlılığı nedeniyle ve araştırma kapsamındaki faktör sayısını sınırlamak amacıyla İzmir ilindeki üç hastanede yürütülmüştür. Bunlar farklı statü ve işleyişe sahip olan; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (E.Ü.T.F.H) Psikiyatri Ana Bilim Dalına bağlı altı program, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (D.E.Ü.T.F.H.) Psikiyatri Ana Bilim Dalı ve Atatürk Eğitim Hastanesi (A.E.H.) Psikiyatri Servisi olmak üzere toplam sekiz programdır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırma İzmir il merkezinde yataklı psikiyatrik tedavi hizmeti veren; statü, işleyiş, ulaşım kolaylıkları, süre ve olanaklar göz önüne alınarak belirlenen, faktör sayısını sınırlamak aynı zamanda yeterli örnekleme oluşturabilmek amacıyla seçilen yukarıda belirttiğimiz üç hastanede yapıldı. Araştırmanın evrenini, bu üç hastanenin sekiz psikiyatri servisinde araştırmanın yürütüldüğü süre içinde yatan 132 hasta ile amacımız servis ortamını değerlendirmek olduğu için servis içinde doğrudan hasta bakımı ve tedavisiyle ilgili 97 çalışan olmak üzere toplam 229 kişi oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleme aynı zamanda araştırmanın evrenidir.

2.4. Veri Toplama Tekniği

SOÖ'nin araştırmada kullanılabilmesi için öncelikle Türkçe formu oluşturulmuştur. Son hali oluşturulan form çalışanlara ve en az bir haftasını dolduran

hastalara uygulanmıştır (hastalar için belirlenen bu süre onların servis ortamını tanımalarına olanak sağlamak için düşünüldü).

2.4.1. SOÖ'nin Türkçe Formunun Oluşturulması ve Ön Uygulama

SOÖ'nin Real formu (Form-R) araştırmacının kendisi ve üç uzman tarafından bağımsız olarak Türkçe'ye çevrildi. Aynı uzman gurubu daha önce Perin Uçman tarafından Türkçe'ye uyarlanan, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapıldıktan sonra oluşturulan 69 maddelik formdan da yararlanarak her madde için en uygun olan seçeneği saptandı ve bir form oluşturularak ilk çeviri çalışmaları tamamlandı.

Bu form Ege Üniversitesi Yabancı Diller Y.O. İngilizce bölümündeki bir uzman tarafından incelendi, kaynak dil ile karşılaştırılarak değerlendirildi, öneriler doğrultusunda gerekli değişiklikler yapıldı. Daha sonra Türk Dili ve Edebiyatı bölümünden bir araştırma görevlisi ölçeği Türk diline uygunluğu açısından inceledi.

Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra çalışma evreninden seçilen "çalışan" gurubundan sekiz kişiye araştırmacının kendisi tarafından uygulandı. Bu guruba anlaşılmayan madde olup olmadığı soruldu. Bu maddeler sekiz deneğe ayrı ayrı sence ne anlama geliyor diyerek soruldu. Alınan cevaplar sonucunda net anlaşılmadığına karar verilen maddeler için neyi sorguladığı ifade edildikten sonra, siz bunu hangi şekilde ifade ederiniz şeklinde fikir alındı, sonra düzeltme yapıldı. Ölçeğin uygulama alanı; eğitim, sosyoekonomik ve kültürel olarak geniş bir gurubu kapsadığı için evrendeki "hasta" gurubundan farklı yapılarda (örn; hastalık tanısı, eğitim düzeyi vb.) kişiler seçilerek anlaşılır olup olmadığını denetlemek amacıyla ölçek uygulandı.

Son haliyle maddelerin kaynak dilde hedeflenen anlamdan sapıp saptmadığını anlamak amacıyla her iki dili iyi bilen bir uzman klinik psikoloğa inceletildi ve olumlu olumsuz cümle oluşturulurken yanlışlık yapıp yapılmadığı yönünden denetletildi. Böylece ölçeğin Türkçe deneysel formu oluşturuldu (30, 33).

2.4.2. SOÖ Formunun Uygulanması

Yönetimi: SOÖ formu kişilere ayrı ayrı veya toplu olarak uygulanabilir. Kişinin kendi kendine yanıtlayabileceği kolay bir ölçektir (33). Bu araştırmada, kişisel ve toplu uygulama birlikte kullanıldı. Ölçeği uygulanmadan önce her kişiye araştırmanın amacı anlatıldı ve uygulama için sözlü onay alındı.

Kişiyi tanıtıcı bilgileri de içeren Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ), Form-R (Ek3) sessiz, geniş, rahat ve iyi düzenlenmiş bir ortamda cevaplandırmaya verildi. Grup olarak uygulandığında, fikir alışverişini azaltmak için kişi sayısı az tutuldu (ortalama 5-6 kişiyi geçmedi), böylece her kişinin SOÖ'ni doğru olarak tamamlaması sağlandı. Puanlamayı kolaylaştırmak amacıyla cevap kağıdı kullanıldı. Cevaplayanlar kendi formlarından veya cevap kağıtlarından takip ettiği sırada, yönerge yüksek sesle okunarak, soruların cevapları cevap kağıdında ilgili sorunun kutucuğuna doğru ise "D", yanlış ise "Y" olarak işaretlenmesi istendi (Ek 4). Cevaplayanlar tükenmez kalem kullanmasın diye silgi ve kurşun kalem temin edildi.

Anlaşılmadığında, kelime anlamlarının basit açıklaması yapıldı, fakat kişinin cevabını yönlendirmemesi konusuna dikkat edilerek. Kararsız kişilere yardımcı olundu. Örneğin, "çoğu zaman doğru olduğunu düşünüyorsan doğru cevabını ver" yada "programda çoğunluğun doğrusu ne?" yada "çoğu zaman doğru olan ne?" vb. Son çare olarak, "eğer emin değilsen yalnızca tahmin edebilirsin" denildi. Cevaplayanların bütün maddelere cevap vermelerini teşvik etmek için alt ölçekler oldukça kısadır (31). Mümkün olduğunca her form veya cevap kağıdını kontrol edip, gerekli tüm bilginin tamamlanmasına yardımcı olundu. Testin uygulanması için belirli bir süre verilmedi, fakat çoğunluk 15 ila 30 dakikada tamamladı (31, 33).

Puanlama: Servis Ortamı Ölçeği 100 maddeden ve her biri 10 maddeyi içeren 10 alt ölçekten oluşmaktadır. Ek 4'de görüldüğü gibi cevap kağıdının her bir kolundaki SOÖ maddeleri bir alt ölçek oluşturacak şekilde ayarlanmıştır. Birinci kolondaki maddeler Katılım (KA), ikinci kolondaki maddeler Destek (DE), üçüncü kolondaki maddeler Spontanlık (SP), dördüncü kolondaki maddeler Otonomi (OT), beşinci kolondaki maddeler Pratik Yönelim (PY), altıncı kolondaki maddeler Kişisel Sorun Yönelimi (KSY), yedinci kolondaki maddeler Öfke ve Saldırganlık (ÖS), sekizinci kolondaki maddeler Düzen ve Organizasyon (DO), dokuzuncu kolondaki maddeler Programın Açıklığı (PA), onuncu kolondaki maddeler Çalışanların Kontrolü (ÇK) alt ölçeklerini oluşturur.

Bir kişinin ham puanını belirlemek için; cevap kağıdı ile cevap anahtarı karşılaştırılır, doğru veya yanlış uyan cevaplar sayılır, cevap kağıdının altındaki ham puan kutucuğunun içine toplamı yazılır. Ölçekten toplam puan elde edilmez, her alt

ölçek ayrı değerlendirilir. Alt ölçekler için programın ortalama ham puanını belirlemek istediğimizde tüm hastalar ve tüm çalışanlar için ayrı ayrı alt ölçek ham puanları ortalaması alınır.

Kişilerin alt ölçek ham puanı veya bir programın ortalama ham puanını standart puana dönüştürmek için Ek2'deki Tablolar kullanılır. Bir kişinin yada bir tedavi programının sonuçları grafik haline getirilebilir (31).

2.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

2.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Hasta ve çalışanların SOÖ maddelerine verdikleri yanıtlarla elde edilen alt ölçek puan ortalamaları bağımlı değişkenlerdir.

2.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Hasta ve çalışanların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, çalışma süresi, kalış süresi), hastaneler, servisler, kişinin bulunduğu serviste hasta veya çalışan konumunda olmasıdır.

2.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi

Kişileri tanıtıcı bilgileri de içeren SOÖ Form R (Ek 3) bilgileri araştırmacı tarafından bilgisayarda kodlandı. Kodlanan veriler SPSS istatistik programı kullanılarak, araştırmanın amaçları doğrultusunda aşağıda belirtildiği şekilde analiz edilmiştir:

- 1- Tanıtıcı bilgilerin sayı ve yüzde olarak dağılımları elde edilmiştir.
- 2- SOÖ'nin on alt ölçeğine ilişkin; ortalamaları, standart sapmaları, varyansları, minimum ve maksimum puanları belirlenmiş. Bu puanlar hastalar, çalışanlar ve tümü için ayrı ayrı olmak üzere ham puanlar üzerinden verilmiştir.
- 3- Bağımsız değişkenlerle bağımlı değişkenler arasında varsayılan farklar için, varyans analizi yapılmıştır.
- 4- Yapı geçerliği için faktör analizi yapılmıştır.
- 5- SOÖ alt ölçekleri arasındaki interkorelasyonlar (iç ilişkiler), korelasyon katsayıları elde edilerek incelenmiştir.
- 6- İç tutarlık için madde analizleri ve güvenilirlik analizleri (Kuder-Richardson-20 katsayısıyla) yapılmıştır.

2.7. Araştırmanın Süresi ve Olanakları

Araştırma Mayıs 1998 tarihine kadar planlanmış ve gerekli hazırlıklar yapılmıştır. Araştırma verileri Ağustos-Eylül 1998 tarihleri arasında toplanıp değerlendirme çalışmaları tamamlandıktan sonra Yüksek Lisans Tezi olarak Sağlık Bilimleri Enstitüsüne teslim edilmiştir.



BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. Çalışan ve Hastaların Temel Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 1: Çalışan ve Hastaların Temel Özelliklerine Göre dağılımları.

Değişkenler	Çalışan Sayı %	Hasta Sayı %	Tümü Sayı %
Hastaneler			
Ege Üniversitesi T.F.H.	65 67	92 69.7	157 68.6
Atatürk Eğitim H.	18 18.6	24 18.2	42 18.3
Dokuz Eylül Ü.T.F.H.	24 14.4	16 12.1	30 13.1
Servisler			
Kapalı Erkek	20 20.6	30 22.7	50 21.8
Nevroz	9 9.3	15 11.4	24 10.5
Alkol	14 14.4	16 12.1	30 13.1
Affektif	8 8.2	5 3.8	13 5.7
Açık Erkek	3 3.1	12 9.1	15 6.6
Kapalı Kadın	11 11.3	14 10.6	25 10.9
Atatürk Eğitim H. Psk.	18 18.6	24 18.2	42 18.3
Dokuz Eylül Ü.T.F.H. Psk.	4 14.4	16 12.1	30 13.1
Yaş Grupları			
18 ve Altı	-- --	6 4.7	6 2.6
19-34	84 87	61 54	145 63.3
35-49	11 11	52 39.2	63 27.5
50 ve Üstü	2 2	13 10.1	15 6.6
Cinsiyet			
Kadın	57 58.8	51 38.6	108 47.2
Erkek	40 41.2	81 61.4	121 52.8
Süre			
Çalışma Süresi (Çalışanların)			
1 Yıl'ın Altı	61 63	-- --	-- --
1-5 Yıl	16 17	-- --	-- --
6-10 Yıl	10 10	-- --	-- --
11-18 Yıl	7 7	-- --	-- --
19 ve Üstü	3 3	-- --	-- --
Hastanede Kalış Süresi (Hastaların)			
1-3 Hafta	-- --	66 50	-- --
4-8 Hafta	-- --	50 38	-- --
9-12 Hafta	-- --	9 7	-- --
13-20 Hafta	-- --	5 4	-- --
21 ve Üstü	-- --	2 1	-- --
Toplam	97 100	132 100	229 100

Tablo 1'e baktığımızda çalışan ve hastaların temel özelliklerinin sayı ve yüzde dağılımlarını görüyoruz. Tüm grup için verilen değerlere göre, %68.6'ısını E.Ü.T.F.H. hasta ve çalışanları oluşturmaktadır. Servislere göre dağılıma baktığımızda en yüksek katılım %21.8 ile Kapalı Erkek servisinden, en düşük %5.7 ile Affektif servisindedir. Çalışanların oranı %42.4 (N=97), hastaların ise %57.6 dır (N=132). Yaş guruplarına baktığımızda çalışan ve hastaların %90.8'in 19-49 yaş arası kişiler oluşturmaktadır. Tüm grup için yaş ortalamasının 31.83 ± 10 olduğu saptanmıştır (çalışanlarda 28.13 ± 6.38 , hastalarda 34.54 ± 11.32 olmak üzere) . Cinsiyet dağılımı açısından %47.2'sini kadınlar, %52.8'ini erkekler oluşturmaktadır. Çalışanların %63'ünün çalışma süresi 1 yılın altındadır. Hastaların %88'i 1-8 haftalık süreden beri yatmaktadır.

3.2. Çalışan ve Hastaların SOÖ Alt Ölçekleri ile İlgili Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Çalışan ve hastaların SOÖ alt ölçekleri ile ilgili ortalama, standart sapma, varyans, minimum ve maksimum puanlarını Tablo 2, Tablo3, Tablo 4'de verilmiştir ve şöyledir; çalışanların alt ölçek ortalamaları 4.24 ile 7.84, Ss'sı 1.37 ile 2.66, varyansları 1.88 ile 5.40 arasında değişmektedir. Hastaların alt ölçek ortalamaları 3.91 ile 7.12, Ss'sı 1.43 ile 2.45, varyansları 2.04 ile 6.02 arasında değişmektedir. Tüm gurubun ise, alt ölçek ortalamaları 4.04 ile 7.31, Ss'sı 1.70 ile 2.52, varyansları 2.43 ile 6.33 arasında değişmektedir (Grafik 1, Grafik 2).

Tablo 2:Çalışanların SOÖ Alt Ölçekleri ile İlgili Ortalama, Standart**Sapma, Varyans, Minimum ve Maksimum Puanları**

Alt ölçek	Ort.	Ss	Varyans	Min.	Max.	N
Katılım	4.93	2.32	5.40	0	10	97
Destek	7.57	1.71	2.91	3	10	97
Spontanlık	5.92	1.73	2.99	1	9	97
Otonomi	4.24	1.71	2.93	0	9	97
Pratik Yönelim	5.63	2.10	4.40	1	9	97
Kişisel Sorun Yönelimi	6.64	1.57	2.46	2	9	97
Öfke ve Saldırganlık	5.06	1.82	3.33	1	9	97
Düzen ve Organizasyon	6.62	2.66	7.07	1	10	97
Programın Açıklığı	7.84	1.74	3.01	3	10	97
Çalışanların Kontrolü	4.74	1.37	1.88	1	8	97

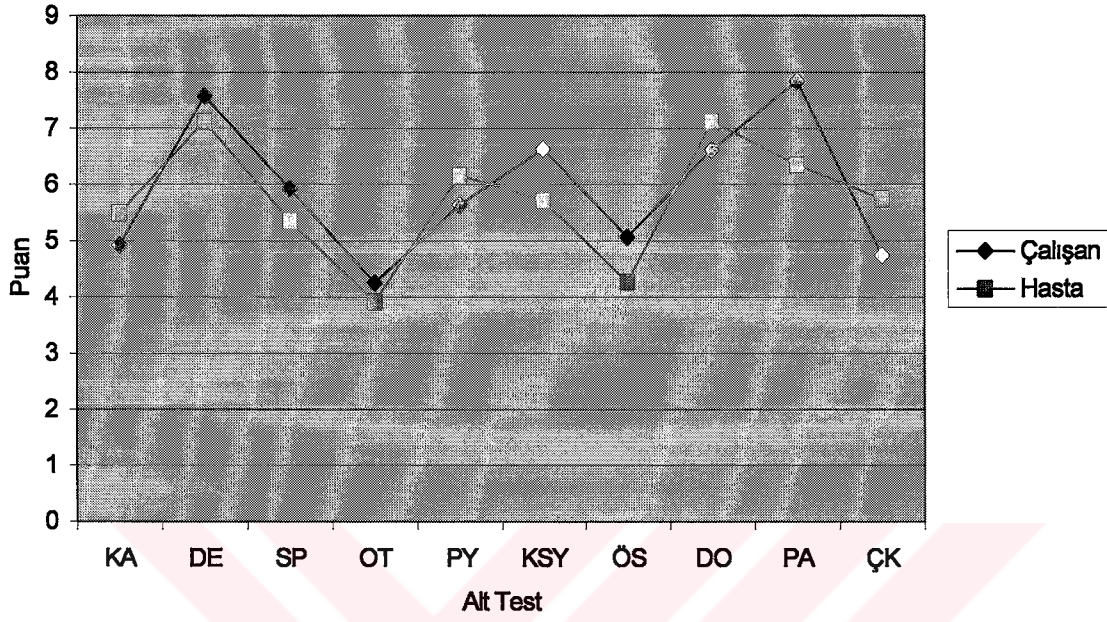
Tablo 3 :Hastaların SOÖ Alt Ölçekleri ile İlgili Ortalama, Standart Sapma,**Varyans, Minimum ve Maksimum Puanları**

Alt ölçek	Ort.	Ss	Varyans	Min.	Max.	N
Katılım	5.48	2.45	6.02	0	10	132
Destek	7.12	2.20	4.84	1	10	132
Spontanlık	5.34	1.64	2.70	1	9	132
Otonomi	3.91	1.43	2.04	0	7	132
Pratik Yönelim	6.16	2.09	4.36	0	10	132
Kişisel Sorun Yönelimi	5.71	1.75	3.05	0	9	132
Öfke ve Saldırganlık	4.27	1.68	2.83	0	9	132
Düzen ve Organizasyon	7.12	2.39	5.73	1	10	132
Programın Açıklığı	6.35	2.13	4.55	0	10	132
Çalışanların Kontrolü	5.73	1.54	2.37	2	9	132

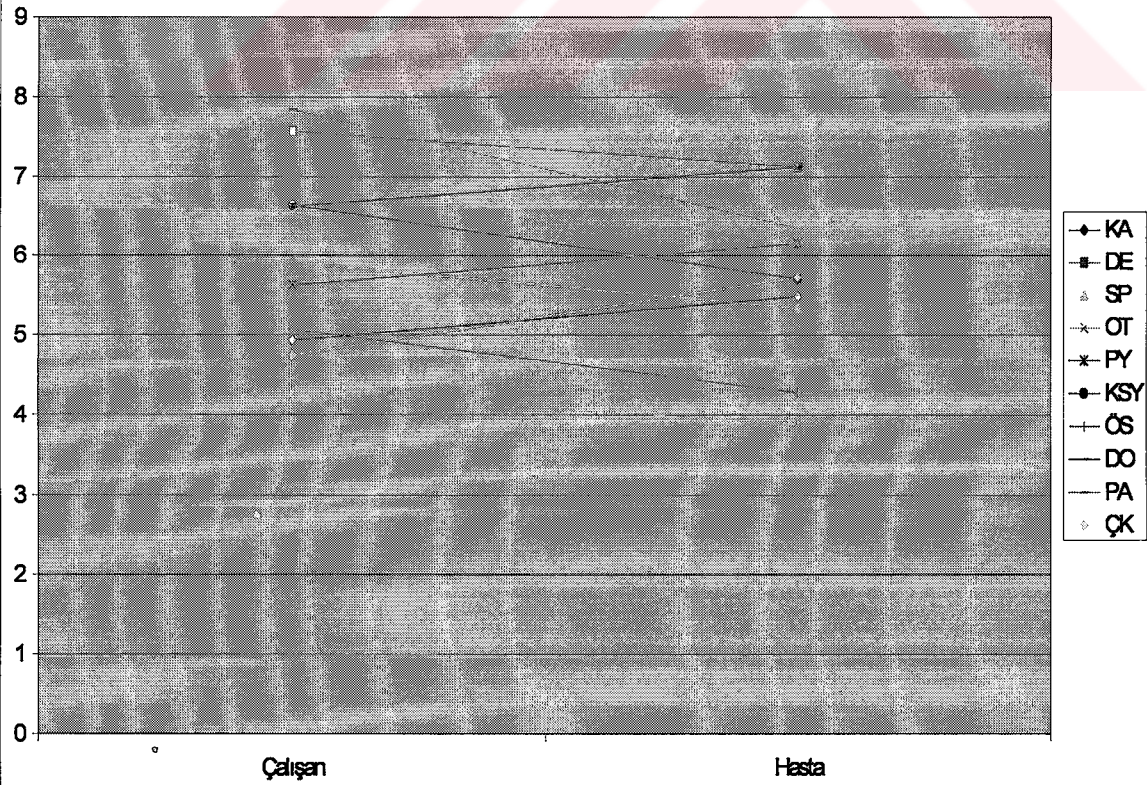
Tablo 4 :Tüm Çalışan ve hastaların SOÖ Alt Ölçekleri ile İlgili Ortalama,**Standart Sapma, Varyans, Minimum ve Maksimum Puanları**

Alt ölçek	Ort.	Ss	Varyans	Min.	Max.	N
Katılım	5.25	2.41	5.81	0	10	229
Destek	7.31	2.01	4.06	1	10	229
Spontanlık	5.59	1.70	2.89	1	9	229
Otonomi	4.05	1.56	2.43	0	9	229
Pratik Yönelim	5.93	2.10	4.43	0	10	229
Kişisel Sorun Yönelimi	6.10	1.73	3.00	0	9	229
Öfke ve Saldırganlık	4.61	1.78	3.18	0	9	229
Düzen ve Organizasyon	6.91	2.52	6.33	1	10	229
Programın Açıklığı	6.98	2.10	4.42	0	10	229
Çalışanların Kontrolü	5.31	1.55	2.39	1	9	229

Grafik1: Tüm Çalışan ve Hastaların SOÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Ham Puan Ortalamalarının Profili .



Grafik 2: Çalışan ve Hastaların SOÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması



3.3. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Araştırma Kapsamındaki Hastaneler, Servisler, Çalışan-Hasta Gurubu, Yaş Gurupları, Cinsiyet ve Süre Açısından İncelenmesi

SOÖ alt ölçek puan ortalamalarının hastaneler, servisler, çalışan-hasta gurubu, yaş gurupları, cinsiyet ve süre açısından incelenmesinde tek yönlü varyans analizi tekniği kullanılmıştır.

3.3.1. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Araştırma Kapsamındaki Hastaneler Açısından İncelenmesi

Tablo 5’de görüldüğü gibi, Araştırma kapsamındaki üç farklı hastanenin Katılım(KA) alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları varyans analizinde ($F=4.48$) $p<0.02$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde (Çoklu Sıra Testleri: Scheffe Test 0.05 önemlilik düzeyi ile sınıanmıştır.) D.E.Ü.T.F.H. puan ortalaması, E.Ü.T.F.H. puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. A.E.H. puan ortalaması da D.E.Ü.T.F.H. puan ortalamasından düşük olmakla birlikte anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Üç hastanenin Destek(DE) alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ise($F=4.10$) $p<0.02$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde A.E.H. puan ortalaması, E.Ü.T.F.H. puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. D.E.Ü.T.F.H. puan ortalaması da A.E.H. puan ortalamasından düşük olmakla birlikte aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Yapılan varyans analizinde üç hastanenin Spontanlık(SP) alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($F=2.40$, $p>0.05$).

Üç hastanenin Otonomi(OT) alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında, yapılan varyans analizinde anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($F=0.53$, $p>0.05$).

Hastanelerin Pratik Yönelim(PY) alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında($F=4.74$) $p<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde D.E.Ü.T.F.H. puan ortalaması, E.Ü.T.F.H. puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Üç hastanenin Kişisel Sorun Yönelimi(KSY) alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında fark yoktur ($F=0.26$, $p>0.05$).

Tablo 5 : SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Araştırma Kapsamındaki Hastanelere Göre Dağılımı

Alt ölçek	Hastane	N	Ort.	Ss	F, sd, p
Katılım	E.Ü.H	157	4.98	2.52	F(2,226) = 4.48 p<0.02
	A.E.H.	42	5.45	2.07	
	D.E.Ü.H	30	6.37	1.90	
	Toplam	229	5.25	2.41	
Destek	E.Ü.H	157	7.07	2.02	F(2, 226) = 4.10 p<0.02
	A.E.H	42	8.02	1.88	
	D.E.Ü.H	30	7.57	1.94	
	Toplam	229	7.31	2.01	
Spontanlık	E.Ü.H	157	5.59	1.72	F(2,226) = 2.40 p>0.05
	A.E.H	42	5.21	1.47	
	D.E.Ü.H	30	6.10	1.81	
	Toplam	229	5.59	1.70	
Otonomi	E.Ü.H	157	3.99	1.64	F(2,226) = 0.53 p>0.05
	A.E.H	42	4.10	1.49	
	D.E.Ü.H	30	4.30	1.21	
	Toplam	229	4.10	1.60	
Pratik Yönelim	E.Ü.H	157	5.71	2.14	F(2,226) = 4.74 p<0.01
	A.E.H	42	6.10	2.07	
	D.E.Ü.H	30	6.97	1.67	
	Toplam	229	5.93	2.10	
Kişisel Sorun Yönelimi	E.Ü.H	157	6.06	1.84	F(2,226) = 0.26 p>0.05
	A.E.H	42	6.14	1.37	
	D.E.Ü.H	30	6.30	1.60	
	Toplam	229	6.10	1.73	
Öfke Ve Saldırganlık	E.Ü.H	157	4.36	1.78	F(2,226) = 5.22 p<0.01
	A.E.H	42	5.24	1.57	
	D.E.Ü.H	30	5.03	1.81	
	Toplam	229	4.61	1.78	
Düzen Ve Organizasyon	E.Ü.H	157	6.81	2.62	F(2,226) = 0.39 p>0.05
	A.E.H	42	7.12	2.49	
	D.E.Ü.H	30	7.13	1.99	
	Toplam	229	6.91	2.52	
Programın Açıklığı	E.Ü.H	157	6.75	2.19	F(2,226) = 3.65 P<0.05
	A.E.H	42	7.71	1.84	
	D.E.Ü.H	30	7.13	1.80	
	Toplam	229	6.98	2.10	
Çalışanların Kontrolü	E.Ü.H	157	5.29	1.57	F(2,226) = 5.54 P<0.01
	A.E.H	42	5.83	1.29	
	D.E.Ü.H	30	4.67	1.52	
	Toplam	229	5.31	1.55	

Hastanelerin Öfke ve Saldırganlık (ÖS) alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında (F=5.22) $p<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde A.E.H. puan ortalaması, E.Ü.T.F.H. puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Üç hastanenin Düzen ve Organizasyon (DO) alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında fark yoktur (F=0.39, $p>0.05$).

Hastanelerin Programın Açıklığı(PA) alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında (F=3.65) $p<0.05$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde A.E.H. puan ortalaması, E.Ü.T.F.H. puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Hastanelerin Çalışanların Kontrolü (ÇK) alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında (F=5.54) $p<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde A.E.H. puan ortalaması, D.E.Ü.T.F.H. puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

3.3.2. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Araştırma Kapsamındaki Servisler Açısından İncelenmesi

Tablo 6 : SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Araştırma Kapsamındaki Servislere Göre Dağılımı

Servisler	N	Katılım		Destek		Spontanlık		Otonomi		Pratik Yön.	
		Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss
Kapalı Erkek	50	4.26	2.44	6.56	2.03	5.46	1.78	3.30	1.28	5.24	2.04
Nevroz	24	5.29	2.31	7.46	1.86	6.13	1.80	3.83	1.81	6.21	1.89
Alkol	30	7.60	1.57	8.77	1.07	5.60	1.50	5.03	1.73	7.40	1.61
Affektif	13	4.31	1.93	7.08	1.66	5.92	1.94	4.00	1.73	3.92	2.22
Açık Erkek	15	3.20	2.37	5.40	1.72	5.13	1.30	4.80	0.94	4.73	2.22
Kapalı Kadın	25	4.40	1.91	6.68	2.04	5.40	1.89	3.76	1.56	5.64	1.66
Atatürk E.	42	5.45	2.07	8.02	1.88	5.21	1.47	4.10	1.49	6.05	2.07
Dokuz E.Ü.	30	6.37	1.90	7.57	1.94	6.10	1.81	4.30	1.21	6.97	1.67
TOPLAM	229	5.25	2.41	7.31	2.01	5.59	1.70	4.05	1.56	5.93	2.10
Sd		7, 221		7, 221		7, 221		7, 221		7, 221	
F		11.18		7.68		1.34		4.62		7.76	
P		<0.001		<0.001		>0.05		<0.001		<0.001	

(Tablo 6'nın Devamı)

Servisler N	Kişisel Sorun Yön.		Öfke Ve Saldırganlık		Düzen Ve Org.		Programın Açıklığı		Çalışanların Kontrolü	
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.
K. Erkek 50	5.52	1.79	4.30	1.84	6.04	2.65	5.82	2.29	5.36	1.44
Nevroz 24	6.54	1.72	4.79	1.82	6.67	2.81	7.54	1.87	4.96	1.90
Alkol 30	6.40	1.54	4.20	1.81	9.03	1.19	7.90	1.58	5.87	1.25
Affektif 13	6.69	1.38	4.38	1.39	5.85	2.79	7.15	1.82	3.92	0.95
A. Erkek 15	5.33	1.91	4.00	1.65	7.20	2.43	5.73	1.39	5.40	1.88
K. Kadın 25	6.36	2.27	4.44	1.94	6.08	2.24	6.88	2.52	5.44	1.56
A.E.H. 42	6.14	1.37	5.24	1.57	7.12	2.49	7.71	1.84	5.83	1.29
D.E.Ü.T.F.H. 30	6.30	1.60	5.03	1.81	7.13	2.00	7.13	1.80	4.67	1.52
TOP. 229	6.11	1.73	4.61	1.78	6.91	2.52	6.98	2.10	5.31	1.55
Sd	7, 221		7, 221		7, 221		7, 221		7, 221	
F	1.99		1.82		5.41		5.41		4.04	
P	>0.05		>0.05		<0.001		<0.001		<0.001	

Tablo 6'da görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki servislerin KA alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ($F=11.18$) $p<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde Alkol(Alk.) servisi puan ortalaması önem sırasına göre; Açık Erkek(Aç.Er.), Kapalı Erkek(Ka.Er.), Affektif(Aff.), Kapalı Kadın(Ka.Kad.), Nevroz(Nev.), A.E.H. servislerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda D.E.Ü.T.F.H. servisi puan ortalaması önem sırasına göre; Aç.Er. ve Ka.Er. servislerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Servislerin DE alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ($F=7.68$) $p<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde Alk. servisi puan ortalaması önem sırasına göre; Aç.Er., Ka.Er., Ka.Kad. servislerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda A.E.H. servisi puan ortalaması önem sırasına göre; Aç.Er. ve Ka.Er., servislerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Servislerin SP alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($F=1.34$, $p>0.05$).

Servislerin OT alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları($F=4.62$) $p<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde sadece Alk. servisi puan ortalaması Ka.Er. servisine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Servislerin PY alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ($F=7.76$) $p<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde Alk. servisi puan ortalaması önem sırasına göre; Aff., Aç.Er., Ka.Er., servislerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda D.E.Ü.T.F.H. servisi puan ortalaması önem sırasına göre; Aff. ve Ka.Er., servislerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Servislerin KSY alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($F=1.99$, $p>0.05$).

Servislerin ÖS alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($F=1.82$, $p>0.05$)

Servislerin DO alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ($F=5.41$) $p<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde Alk. servisi puan ortalaması önem sırasına göre; Aff., Ka.Er., Ka.Kad. servislerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Servislerin PA alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ($F=5.41$) $p<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde Alk. Ve A.E.H. servisleri puan ortalaması, Ka.Er. servisine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Servislerin ÇK alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ($F=4.01$) $p<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde Alk. Ve A.E.H. servisleri puan ortalaması, Aff. servisine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

3.3.3. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışan ve Hasta Grupları Açısından İncelenmesi

Tablo 7'de görüldüğü gibi, çalışan ve hasta gruplarının KA alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları anlamlı bulunmamıştır ($F=3.01$, $p>0.05$).

İki grubun DE alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları anlamlı bulunmamıştır ($F=2.76$, $p>0.05$).

Çalışan grubunun SP alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması hasta grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($F=6.58$, $p<0.02$).

İki grubun OT alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları anlamlı bulunmamıştır ($F=2.49$, $p>0.05$).

İki grubun PY alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları anlamlı bulunmamıştır ($F=3.59$, $p>0.05$).

Çalışan gurubunun KSY alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması hasta gurubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($F=17.17$, $p<0.001$).

Çalışan gurubunun ÖS alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması hasta gurubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($F=11.46$, $p<0.001$).

İki gurubun DO alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları anlamlı bulunmamıştır ($F=2.24$, $p>0.05$).

Çalışan gurubunun PA alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması hasta gurubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($F=31.68$, $p<0.001$).

Hasta gurubunun ÇK alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması çalışan gurubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($F=25.09$, $p<0.01$).

Tablo 7 : SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışan ve Hasta Guruplarına Göre Dağılımı

Alt ölçek	Gurup	N	Ort.	Ss	F. sd. p
Katılım	Çalışan	97	4.9278	2.3240	$F(1, 227) = 3.01$ $p>0.05$
	Hasta	132	5.4848	2.4541	
	Toplam	229	5.2489	2.4105	
Destek	Çalışan	97	7.5670	1.7073	$F(1, 227) = 2.76$ $p>0.05$
	Hasta	132	7.1212	2.2000	
	Toplam	229	7.3100	2.0142	
Spontanlık	Çalışan	97	5.9175	1.7301	$F(1, 227) = 6.58$ $P<0.02$
	Hasta	132	5.3409	1.6431	
	Toplam	229	5.5852	1.7009	
Otonomi	Çalışan	97	4.2371	1.7125	$F(1, 227) = 2.49$ $p>0.05$
	Hasta	132	3.9091	1.4274	
	Toplam	229	4.0480	1.5595	
Pratik Yönelim	Çalışan	97	5.6289	2.0982	$F(1, 227) = 3.59$ $p>0.05$
	Hasta	132	6.1591	2.0890	
	Toplam	229	5.9345	2.1047	
Kişisel Sorun Yönelimi	Çalışan	97	6.6392	1.5691	$F(1, 227) = 17.17$ $P<0.001$
	Hasta	132	5.7121	1.7454	
	Toplam	229	6.1048	1.7314	
Öfke Ve Saldırganlık	Çalışan	97	5.0619	1.8247	$F(1, 227) = 11.46$ $P<0.001$
	Hasta	132	4.2727	1.6810	
	Toplam	229	4.6070	1.7827	
Düzen Ve Organizasyon	Çalışan	97	6.6186	2.6593	$F(1, 227) = 2.24$ $P>0.05$
	Hasta	132	7.1212	2.3928	
	Toplam	229	6.9083	2.5158	
Programın Açıklığı	Çalışan	97	7.8351	1.7361	$F(1, 227) = 31.68$ $P<0.001$
	Hasta	132	6.3485	2.1329	
	Toplam	229	6.9782	2.1036	
Çalışanların Kontrolü	Çalışan	97	4.7423	1.3714	$F(1, 227) = 25.09$ $P<0.01$
	Hasta	132	5.7273	1.5388	
	Toplam	229	5.3100	1.5461	

3.3.4. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Cinsiyet Açısından İncelenmesi

Tablo 8 : SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Alt ölçek	Cinsiyet	N	Ort.	Ss	F. sd. p
Katılım	Kadın	108	5.0463	2.3774	F(1, 227) = 1.45 p>0.05
	Erkek	121	5.4298	2.4352	
	Toplam	229	5.2489	2.4105	
Destek	Kadın	108	7.5463	1.9110	F(1, 227) = 2.84 p>0.05
	Erkek	121	7.0992	2.0873	
	Toplam	229	7.3100	2.0142	
Spontanlık	Kadın	108	6.1111	1.6368	F(1, 227) = 21.28 p<0.001
	Erkek	121	5.1157	1.6237	
	Toplam	229	5.5852	1.7009	
Otonomi	Kadın	108	4.1574	1.5356	F(1, 227) = 1.00 p>0.05
	Erkek	121	3.9504	1.5804	
	Toplam	229	4.0480	1.5595	
Pratik Yönelim	Kadın	108	5.9815	2.1002	F(1, 227) = 0.10 p>0.05
	Erkek	121	5.8926	2.1166	
	Toplam	229	5.9345	2.1047	
Kişisel Sorun Yönelimi	Kadın	108	6.4167	1.7408	F(1, 227) = 6.80 P<0.01
	Erkek	121	5.8264	1.6817	
	Toplam	229	6.1048	1.7314	
Öfke Ve Saldırganlık	Kadın	108	4.7130	1.8089	F(1, 227) = 0.72 p>0.05
	Erkek	121	4.5124	1.7612	
	Toplam	229	4.6070	1.7827	
Düzen Ve Organizasyon	Kadın	108	6.6296	2.6846	F(1, 227) = 2.53 p>0.05
	Erkek	121	7.1570	2.3381	
	Toplam	229	6.9083	2.5158	
Programın Açıklığı	Kadın	108	7.2870	2.0096	F(1, 227) = 4.47 P<0.05
	Erkek	121	6.7025	2.1550	
	Toplam	229	6.9782	2.1036	
Çalışanların Kontrolü	Kadın	108	4.9444	1.6167	F(1, 227) = 11.98 P<0.001
	Erkek	121	5.6364	1.4083	
	Toplam	229	5.3100	1.5461	

Tablo 8’de görüldüğü gibi, KA alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı düzeyde fark yaratmamıştır (F=1.45, p>0.05).

DE alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı düzeyde fark yaratmamıştır (F=2.84, p>0.05).

SP alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları kadınlarda, erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksektir (F= 21.28, p<0.001).

OT alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı düzeyde fark yaratmamıştır ($F=1.00$, $p>0.05$).

PY alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı düzeyde fark yaratmamıştır ($F=0.10$, $p>0.05$).

KSY alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları kadınlarda, erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksektir ($F= 6.80$, $p<0.01$).

ÖS alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı düzeyde fark yaratmamıştır ($F=0.72$, $p>0.05$).

DO alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı düzeyde fark yaratmamıştır ($F=2.53$, $p>0.05$).

PA alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları kadınlarda, erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksektir ($F=4.47$, $p<0.05$).

ÇK alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları erkeklerde, kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksektir ($F=11.98$, $p<0.001$).

3.3.5. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Yaş Grupları Açısından İncelenmesi

Tablo 9 : SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Gurubu	N	Katılım		Destek		Spontanlık		Otonomi		Pratik Yön.	
		Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss
18 ve Altı	6	4.83	1.94	5.50	2.51	4.67	1.21	3.67	2.25	6.00	2.00
19-34	145	4.84	2.33	7.12	1.96	5.73	1.74	4.09	1.60	5.72	2.12
35-49	63	6.19	2.35	8.03	1.75	5.41	1.58	4.08	1.39	6.57	1.91
50 ve Üzeri	15	5.33	2.66	6.87	2.50	5.27	1.91	3.67	1.63	5.33	2.41
Toplam	229	5.25	2.41	7.31	2.01	5.59	1.70	4.05	1.56	5.93	2.10
Sd		3, 225		3, 225		3, 225		3, 225		3, 225	
F		4.84		5.26		1.34		.46		2.92	
P		<0.01		<0.01		>0.05		>0.05		>0.05	

(Tablo 9'un Devamı)

Yaş Gurubu	N	Kişisel Sorun Yön.		Öfke Ve Saldırganlık		Düzen Ve Org.		Programın Açıklığı		Çalışanların Kontrolü	
		Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.
18 ve Altı	6	5.83	1.47	5.50	1.52	5.50	2.07	5.00	2.28	5.83	1.47
19-34	145	6.14	1.85	4.71	1.82	6.50	2.59	7.08	2.17	5.08	1.49
35-49	63	6.11	1.59	4.44	1.82	7.97	2.02	7.14	1.83	5.62	1.55
50 ve Üzeri	15	5.87	1.19	3.93	1.10	6.93	2.63	6.07	1.98	6.00	1.77
Toplam	229	6.18	1.73	4.61	1.78	6.91	2.52	6.98	2.10	5.31	1.55
Sd		3, 225		3, 225		3, 225		3, 225		3, 225	
F		.16		.56		5.97		3.03		5.35	
P		>0.05		>0.05		<0.001		>0.05		>0.05	

Tablo 9'da görüldüğü gibi, KA alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları yaş guruplarına göre değerlendirildiğinde, 35-49 yaş gurubu puan ortalaması 19-34 yaş gurubu puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksektir (F=4.48, p>0.01).

DE alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları yaş guruplarına göre değerlendirildiğinde, 35-49 yaş gurubu puan ortalaması 18 ve alt ile 19-34 yaş gurubu puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksektir (F=5.26, p>0.01).

DO alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları yaş guruplarına göre değerlendirildiğinde, 35-49 yaş gurubu puan ortalaması 19-34 yaş gurubu puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksektir (F=5.97, p>0.001).

SP(F=1.34, p>0.16), OT(F=0.46, p>0.05), PY(F=2.29, p>0.05), KSY(F=0.16, p>0.05), ÖS(F=0.56, p>0.05), PA(F=3.03, p>0.05) ve ÇK(F=5.35, p>0.05) alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları yaş guruplarına göre değerlendirildiğinde anlamlı bir fark yoktur.

3.3.6. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Süre Açısından İncelenmesi

Çalışanların çalışma süresi ve hastaların kalış süresinin alt ölçek puan ortalamalarına etkisini saptamak amacıyla her iki guruba ayrı olarak yapılan varyans analizinde on alt ölçeğin hepsinde anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Çalışanlarda 4,127, hastalarda 4,93 serbestlik derecesi ile F değerleri 2,98 ile 0,13 arasında, p değerleri 0,23 ile 0,97 arasında değişmiştir (p>0.05).

3.4. SOÖ'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasından Elde Edilen Bulguların İncelenmesi

3.4.1. Geçerlik Çalışmasından Elde Edilen Bulguların İncelenmesi

Araştırmada çalışan (N=97) ve hastalardan (N=132) elde edilen veriler kullanılarak SOÖ alt ölçekleri arasındaki interkorelasyonlar hesaplanmış , Tablo 10 ve 11'de sunulmuştur.

Tablo 10 : SOÖ Alt ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Korelasyon Katsayıları (Çalışan Gurubu için)

Alt ölçek	KA	DE	SP	OT	PY	KSY	ÖS	DO	PA	ÇK
KA	--									
DE	.50*	--								
SP	.17	.20**	--							
OT	.41*	.34*	.17	--						
PY	.56*	.50*	.09	.22**	--					
KSY	.17	.07	.26***	.21**	.09	--				
ÖS	-.24**	-.20**	-.05	-.08	-.21*	.28***	--			
DO	.63*	.57*	.09	.37*	.47*	.03	-.41*	--		
PA	.40*	.53*	.18	.34*	.36*	.26***	-.17	.54*	--	
ÇK	.04	-.06	-.31***	-.17	-.07	-.10	.09	.03	.11	--

*p<0.001 ***p<0.01 **p<0.05

Tablo 11 : SOÖ Alt ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Korelasyon Katsayıları (Hasta Gurubu için)

Alt ölçek	KA	DE	SP	OT	PY	KSY	ÖS	DO	PA	ÇK
KA	--									
DE	.62*	--								
SP	.29*	.36*	--							
OT	.11	.27***	.15	--						
PY	.60*	.46*	.21**	.05	--					
KSY	.47*	.50*	.46*	.26***	.43*	--				
ÖS	-.19**	-.07	-.02	.00	-.06	.00	--			
DO	.56*	.54*	.18**	.31*	.37*	.34*	-.24***	--		
PA	.57*	.59*	.33*	.31*	.52*	.47*	-.16	.51*	--	
ÇK	.15	.03	-.26***	-.12	.11	.01	-.05	.03	.06	--

*p<0.001 ***p<0.01 **p<0.05

Tablo 10’da görüldüğü gibi, çalışanların verilerinden elde edilen en kuvvetli alt ölçek korelasyonları; KA ile DO (.63), PY(.56) ve DE (.50) arasında; DE ile DO (.57), PA (.53) ve PY (.50) arasında; DO ile PA (.54) arasında, pozitif korelasyonlardır ve $P<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bunun yanında .47 ile .21 arasında pozitif ve negatif, anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p<0.001$). .20 ile .24 arasında negatif ve pozitif, anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p<0.05$). .26 ile .31 arasında negatif ve pozitif, anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p<0.01$).

Yine Tablo 10’a göre ÖS alt ölçeği KSY (.28) dışında diğer alt ölçeklerle anlamlı veya anlamsız negatif korelasyonlar göstermiştir. Benzeri olarak ÇK alt ölçeği de 0’a yakın yada çoğunluklarda negatif korelasyonlar göstermiştir.

Tablo 11’de görüldüğü gibi, hastaların verilerinden elde edilen en kuvvetli alt ölçek korelasyonları ; KA ile DE (.62), PY (.60),PA (.57) ve DO (.56) arasında; DE ile PA (.59), DO (.54) ve KSY (.50) arasında; PY ile PA (.52) arasında; DO ile PA (.51) arasında, pozitif korelasyonlardır ve $P<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bunun yanında .47 ile .29 arasında pozitif ve anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p<0.001$). .19 ile .21 arasında negatif ve pozitif, anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p<0.05$). .27 ile .24 arasında negatif ve pozitif, anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p<0.01$). Bunun yanında .47 ile .21 arasında pozitif ve negatif, anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p<0.001$). .20 ile .24 arasında negatif ve pozitif, anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p<0.05$). .26 ile .31 arasında negatif ve pozitif, anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p<0.01$).

Yine Tablo 11’e göre, beklendiği gibi, ÖS alt ölçeği diğer alt ölçeklerle anlamlı veya anlamsız negatif korelasyonlar göstermiştir. Benzeri olarak ÇK alt ölçeği de çok düşük yada negatif korelasyonlar göstermiştir.

Hasta ve çalışan gurubundan elde edilen korelasyonlarlar orijinal SOÖ ile büyük benzerlik göstermektedir. Bu çalışmanın bulgularında her iki gurup için en kuvvetli korelasyonlar KA, DE, DO, PA, PY alt ölçeklerinde görülmüştür. Orijinalde ise her iki gurup için KA, DE, SP alt ölçeklerinde görülmüştür. Ayrıca ÖS ve ÇK alt ölçeklerinin gösterdiği korelasyon yapısı orijinalde de benzerdir.

SOÖ'nin yapı geçerliği için faktör analizi yapılmıştır. Bu amaçla, Denny, Costello, Cochran (1984), Alden (1978), Fischer(1977), Manderscheid, Koenig ve Silbergeld (1978)'le aynı doğrultuda on SOÖ alt ölçeğinin üç boyutunu (ilişki, kişisel gelişim, sistemin işleyişi) ölçüp ölçmedikleri araştırılmıştır (30, 31).

Bu araştırmada SOÖ'nin on alt ölçeğinden elde edilen çalışan gurubunun puan ortalamalarına dayalı korelasyon matrisine Temel Bileşenler Analizi Varimax Rotasyonuyla birlikte uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda ortaya çıkan faktörlere ilişkin özdeğerler ve açıkladıkları varyans oranlarına ilişkin bulgular Tablo 12'de (çalışanlar için) verilmiştir.

Tablo 12: SOÖ'nin Alt Ölçeklerine Uygulanan Ana Bileşenler Analizi Bulguları (Çalışan Gurubu için)

Değişken	Faktör	Özdeğer	Açıklanan Varyans%	Yığılımlı Varyans%
KA	1	3.49845	35.0	35.0
DE	2	1.52889	15.3	50.3
SP	3	1.21129	12.1	62.4
OT	4	.78413	7.8	70.2
PY	5	.74854	7.5	77.7
KSY	6	.61369	6.1	83.8
ÖS	7	.58396	5.8	89.7
DO	8	.41277	4.1	93.8
PA	9	.34878	3.5	97.3
ÇK	10	.26951	2.7	100.0

Tablo 12'de görüldüğü gibi, elde edilen öz değerler 3,49845 ile ,26951 arasında değişmektedir. Bunlardan ilk üçünün özdeğeri 1,00000'den büyük olup Kaiser Normalleştirilmesine göre esas olarak alınmıştır. On alt ölçek doğrultusunda oluşmuş olan on faktör, toplam varyansın %35 ile %2,7'si arasında değişen bölümlerini açıklamaktadır. Bu on faktör arasından Kaiser Ölçütüne göre anlamlı olan ilk üçünün toplam açıkladığı varyans yüzdesi ise %62,4'dür. Bu üç faktöre ilişkin faktör örüntüsü ve alt ölçeklerin ortak varyansları (communalities) Tablo 13'de özetlenmiştir.

Tablo 13: SOÖ'ğinin Varimax Rotasyonu Öncesi Faktör Örüntüsü* ve Alt Ölçeklerin Ortak Varyansları (Çalışan Gurubu için)

Alt Boyutlar	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Ortak Varyans %
İlişki				
Katılım	.79			.64
Destek	.77			.60
Spontanlık		.61	-.35	.58
Kişisel Gelişim				
Otonomi	.57			.40
Pratik Yönelim	.69			.49
Kişisel Sorun Yönelimi		.72	.41	.73
Öfke Ve Saldırganlık	-.38	.48	.57	.70
Sistemin İşleyişi				
Düzen Ve Organizasyon	.82			.74
Programın Açıklığı	.71			.59
Çalışanların Kontrolü		-.50	.71	.77

* .35'in altındaki yükler gösterilmemiştir.

Tablo 13'de belirtildiği gibi, faktör örüntüsünün oluşturulmasında .35 alt kesme noktası olarak kabul edilmiş ,dolayısıyla bu noktanın altındaki yükler gösterilmemiştir. Varimax Rotasyonu öncesi faktör örüntüsünde 1. Faktöre güçlü derecede yüklenen altı alt ölçek vardır. Bunlar, KA (.79), DE (.77), OT (.57), PY (.69), DO (.82), PA (.71)'dir. 2. Faktöre güçlü derecede yüklenen iki alt ölçek vardır. Bunlar, SP (.61) ve KSY (.72)'dir. 3. Faktöre güçlü derecede yüklenen iki alt ölçek vardır. Bunlar,ÖS (.57) ve ÇK (.71)'dir.

Aynı zamanda SP alt ölçeği 2. Faktörden -.35; KSY alt ölçeği 3. Faktörden .41; ÖS alt ölçeği 1.'den -.38, 2.'den .48; ÇK alt ölçeği 2.'den -.50 düzeyinde yük almışlardır.

Tablo 14'de görüldüğü gibi, Varimax Rotasyonu sonrası Temel Bileşenler Analizi oldukça net bir faktör örüntüsü ortaya çıkarmıştır. .35 alt kesme noktası esas alındığında her alt ölçek yalnızca bir faktöre yüklenmiştir. 1. Faktöre güçlü derecede yüklenen altı alt ölçek vardır. Bunlar, KA (.80), DE (.77), OT (.53), PY (.69), DO (.83), PA (.74)'dür. 2. Faktöre güçlü derecede yüklenen iki alt ölçek vardır. Bunlar, SP (.71) ve ÇK (-.86)'dir. 3. Faktöre güçlü derecede yüklenen iki alt ölçek vardır. Bunlar, KSY (.79) ve ÖS (.75)'dir.

Tablo 14: SOÖ'ğinin Varimax Rotasyonu Sonrası Faktör Örüntüsü* (Çalışan Gurubu için)

Alt Boyutlar	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
İlişki			
Katılım	.80		
Destek	.77		
Spontanlık		.71	
Kişisel Gelişim			
Otonomi	.53		
Pratik Yönelim	.69		
Kişisel Sorun Yönelimi			.79
Öfke Ve Saldırganlık			.75
Sistemin İşleyişi			
Düzen Ve Organizasyon	.83		
Programın Açıklığı	.74		
Çalışanların Kontrolü		-.86	

* .35'in altındaki yükler gösterilmemiştir.

Aynı şekilde SOÖ'nin on alt ölçeğinden elde edilen hasta gurubunun puanlarına dayalı korelasyon matrisine de Temel Bileşenler Analizi Varimax Rotasyonu ile birlikte uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda ortaya çıkan faktörlere ilişkin özdeğerler ve açıkladıkları varyans oranlarına ilişkin bulgular Tablo 15'de verilmiştir.

Tablo 15: SOÖ'ğinin Alt Ölçeklerine Uygulanan Ana Bileşenler Analizi Bulguları (Hasta Gurubu için)

Değişken	Faktör	Özdeğer	Açıklanan Varyans%	Yığılımlı Varyans%
KA	1	3.86926	38.7	38.7
DE	2	1.36577	13.7	52.4
SP	3	1.06168	10.6	63.0
OT	4	.94734	9.5	72.4
PY	5	.68597	6.9	79.3
KSY	6	.54099	5.4	84.7
ÖS	7	.46174	4.6	89.3
DO	8	.39369	3.9	93.3
PA	9	.36830	3.7	96.9
ÇK	10	.30526	3.1	100.0

Tablo 15'de görüldüğü gibi, elde edilen öz değerler 3,86926 ile ,30526 arasında değişmektedir. Bunlardan ilk üçünün özdeğeri 1,00000'den büyük olup Kaiser Normalleştirilmesine göre esas olarak alınmıştır. On alt ölçek doğrultusunda oluşmuş olan on faktör, toplam varyansın %38,7 ile %3,1'i arasında değişen bölümlerini

açıklamaktadır. Bu on faktör arasından Kaiser Ölçütüne göre anlamlı olan ilk üçünün toplam açıkladığı varyans yüzdesi ise %63'dür. Bu üç faktöre ilişkin faktör örüntüsü ve alt ölçeklerin ortak varyansları (communalities) Tablo 16'da özetlenmiştir.

Tablo 16: SOÖ'ğinin Varimax Rotasyonu Öncesi Faktör Örüntüsü* ve Alt Ölçeklerin Ortak Varyansları (Hasta Gurubu için)

Alt Boyutlar	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Ortak Varyans %
İlişki				
Katılım	.81			.73
Destek	.81			.66
Spontanlık	.50	.56		.59
Kişisel Gelişim				
Otonomi	.37	.40	-.42	.47
Pratik Yönelim	.69		.31	.63
Kişisel Sorun Yönelimi	.71			.62
Öfke Ve Saldırganlık			.71	.66
Sistemin İşleyişi				
Düzen Ve Organizasyon	.71		-.35	.65
Programın Açıklığı	.80			.64
Çalışanların Kontrolü		-.76		.64

* .35'in altındaki yükler gösterilmemiştir.

Tablo 16'da belirtildiği gibi, faktör örüntüsünün oluşturulmasında .35 alt kesme noktası olarak kabul edilmiş ,dolayısıyla bu noktanın altındaki yükler gösterilmemiştir. Varimax Rotasyonu öncesi faktör örüntüsünde 1. Faktöre güçlü derecede yüklenen altı alt ölçek vardır. Bunlar, KA (.81), DE (.81), PY (.69), KSY (.71), DO (.71), PA (.80)'dir. 2. Faktöre güçlü derecede yüklenen iki alt ölçek vardır. Bunlar, SP (.56) ve ÇK (-.76)'dir. 3. Faktöre güçlü derecede yüklenen iki alt ölçek vardır. Bunlar, PY (-.42) ve ÖS (.71)'dir.

Aynı zamanda SP alt ölçeği 1. Faktörden .50; OT alt ölçeği 1. Faktörden .37 ve 2.Faktörden .40; PY alt ölçeği 3.Faktörden .35; ÖS alt ölçeği 1.'den .34; DO alt ölçeği 3.Faktörden -.35 düzeyinde yük almışlardır.

Tablo 17'de görüldüğü gibi, Varimax Rotasyonu sonrası Temel Bileşenler Analizi daha net bir faktör örüntüsü ortaya çıkarmıştır. .35 alt kesme noktası esas alındığında 1. Faktöre güçlü derecede yüklenen altı alt ölçek vardır. Bunlar, KA (.83), DE (.78), PY (.77), KSY (.72), DO (.60), PA (.76)'dir. 2. Faktöre güçlü derecede yüklenen üç alt ölçek vardır. Bunlar, SP (.57), OT (.58) ve ÇK (-.77)'dir. 3. Faktöre

güçlü derecede yüklenen bir alt ölçek vardır ve bu ÖS (-.81)'dir. SP 1.Faktöre (.46) ve DO 3. Faktöre (.52) orta derecede yüklenmiştir.

Tablo 17: SOÖ'ğinin Varimax Rotasyonu Sonrası Faktör Örüntüsü* (Hasta Gurubu için)

Alt Boyutlar	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
İlişki			
Katılım	.83		
Destek	.78		
Spontanlık	.46	.57	
Kişisel Gelişim			
Otonomi		.58	
Pratik Yönelim	.77		
Kişisel Sorun Yönelimi	.72		
Öfke Ve Saldırganlık			-.81
Sistemin İşleyişi			
Düzen Ve Organizasyon	.60		.52
Programın Açıklığı	.76		
Çalışanların Kontrolü		-.77	

* .35'in altındaki yükler gösterilmemiştir.

3.4.2. Güvenirlik Analizinden Elde Edilen Bulgular

SOÖ'nin güvenirligi Kuder Richardson 20 Güvenirlik katsayısı ile incelenmiştir. Sonuçlar hasta, çalışan ve tümü için ayrı ayrı Tablo 18'de sunulmuştur.

Tablo 18: SOÖ'ği Alt ölçeklerinin İç Tutarlık Güvenirlik Katsayıları

Alt ölçek	Kuder-Richardson 20Güvenirlik Katsayıları (N = 8 Program)		
	Çalışan (N=97)	Hasta(N=132)	Tüm(N=229)
Katılım	.6718	.7024	.6832
Destek	.4435	.6627	.5945
Spontanlık	.4719	.2825	.3850
Otonomi	.4042	.0137	.2109
Pratik Yönelim	.5905	.5931	.5930
Kişisel Sorun Yönelimi	.4526	.4917	.5133
Öfke ve Saldırganlık	.3024	.1529	.2441
Düzen ve Organizasyon	.7726	.7207	.7410
Programın Açıklığı	.5218	.6322	.6415
Çalışanların Kontrolü	.1416	.1238	.1928

Tablo 18'e göre, çalışanların alt ölçek güvenirlik katsayıları .14 ile .77 arasında değişmiştir; KA için .67, DE için .44, SP için .47, OT için .40, PY için .59, KSY için .45, ÖS için .30, DO için .77, PA için .52, ÇK için .14 olarak belirlenmiştir.

Tablo 18'e göre, hastaların alt ölçek güvenilirlik katsayıları .01 ile .72 arasında değişmiştir; KA için .70, DE için .66, SP için .28, OT için .01, PY için .59, KSY için .49, ÖS için .15, DO için .72, PA için .63, ÇK için .12 olarak belirlenmiştir.

Perin Uçman'ın daha önce Türkiye Hastaneleri örnekleminde yaptığı çalışma doğrultusunda alt kesme noktası .35 olarak alındığında ÖS ve ÇK alt ölçekleri her iki gurup içinde düşük güvenilirlik düzeyi vermiştir. SP ve OT alt ölçekleri ise yalnızca hasta örnekleminde düşük güvenilirlik düzeyi vermiştir.

Her alt ölçekteki maddeler klasik test kuramına göre kendi içinde madde analizine tabi tutulmuş ve her madde için , madde çıkarıldığında ölçek ortalamaları , madde çıkarıldığında ölçek varyansları , madde-toplam puan korelasyonları , madde çıkarıldığında ölçek alfası ve Cronbach-Alfa iç tutarlık katsayıları hesaplanmıştır.

Analizler çalışan ve hasta örneklemleri için ayrı ayrı yapılmış daha sonra iki grup birleştirilerek tüm örnekleme için analizler tekrarlanmıştır. Her alt ölçek için gerçekleştirilen analiz sonuçları Tablo 19-28 arasında verilmiştir.

Aşağıdaki değerlendirmelerde maddelerin ayırt edicilik düzeyleri , madde-toplam puan korelasyonu düşük ve madde çıkarıldığında ölçek alfası yükseliyorsa ayırt ediciliği düşük, madde-toplam puan korelasyonu .30'un üzerinde ve/veya madde çıkarıldığında ölçek alfası düşüyorsa ayırt ediciliği yüksek olarak kabul edilmiştir.

Tablo 19 :Katılım Alt ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayırıcı Madde Analizi Sonuçları

Örneklem Gurubu Güvenirlilik Katsayısı Madde Sayısı N	Alt Ölçek	Madde Çıktı. Ölçek Ort.	Madde Çıktı. Ölçek Varyansı	Madde-Toplam Korelas-yonu	Madde Çıktı. Ölçek Alfası
Çalışan Örnekleme İçin Alfa= .6730 Madde Sayısı = 10 N = 97	KA1	4.5361	4.3346	.4041	.6347
	KA2	4.1546	4.5071	.4010	.6376
	KA3	4.1134	4.8516	.2304	.6666
	KA4	4.2474	4.3756	.4108	.6339
	KA5	4.4433	4.3744	.3685	.6422
	KA6	4.6907	4.5075	.3915	.6391
	KA7	4.5464	4.1879	.4877	.6169
	KA8	4.6392	4.6289	.2881	.6578
	KA9	4.3505	4.9384	.0979	.6960
	KA10	4.6289	4.6317	.2815	.6591
Hasta Örnekleme İçin Alfa = .7020 Madde Sayısı = 10 N = 132	KA1	4.8182	4.7606	.5028	.6539
	KA2	4.7652	5.0513	.3790	.6764
	KA3	4.6742	5.2137	.3643	.6799
	KA4	4.8712	5.0596	.3293	.6851
	KA5	5.2045	5.4617	.1698	.7101
	KA6	4.9773	4.7399	.4718	.6585
	KA7	5.0758	4.9866	.3595	.6797
	KA8	5.1818	5.3102	.2350	.7003
	KA9	4.8561	4.8570	.4353	.6659
	KA10	4.9394	4.9581	.3660	.6786
Tüm Örneklem İçin Alfa = .6837 Madde Sayısı = 10 N = 229	KA1	4.6987	4.5799	.4603	.6371
	KA2	4.5066	4.8914	.3750	.6551
	KA3	4.4367	5.1155	.3061	.6672
	KA4	4.6070	4.8449	.3474	.6596
	KA5	4.8821	5.1220	.2083	.6853
	KA6	4.8559	4.6414	.4407	.6413
	KA7	4.8515	4.6972	.4106	.6473
	KA8	4.9520	5.0722	.2563	.6758
	KA9	4.6419	4.9326	.2936	.6699
	KA10	4.8079	4.8226	.3388	.6614

KA alt ölçeğine ait madde analiz sonuçları Tablo 19'da görüldüğü gibidir. Çalışan grubunda 9'uncu madde çok düşük madde- toplam puan korelasyonu göstermiştir($r = .09$, madde çıktıktan sonra ölçek alfası $.70$ 'dir). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 2, 4, 5, 6, 7'inci maddelerdir. Bu alt ölçeğin çalışanlar için iç tutarlık güvenirlik katsayısı $.67$ dir.

Hasta grubunda ise 5'inci madde düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir($r = .17$, madde çıktıktan sonra ölçek alfası $.71$ dir.). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9 ve 10'uncu maddelerdir. Bu alt ölçeğin hastalar için iç tutarlık güvenirlik katsayısı $.70$ 'dir (Tablo 19).

Tablo 20 : Destek Alt ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayırıcı Madde Analizi Sonuçları

Örneklem Gurubu Güvenirlilik Katsayısı Madde Sayısı N	Alt Ölçek	Madde Çıktı. Ölçek Ort.	Madde Çıktı. Ölçek Varyansı	Madde-Toplam Korelas-yonu	Madde Çıktı. Ölçek Alfasi
Çalışan Örnekleme İçin Alfa= .4461 Madde Sayısı = 10 N = 97	DE1	7.0103	2.5936	.0446	.4765
	DE2	6.6598	2.7685	.0631	.4507
	DE3	6.8763	2.2137	.3509	.3482
	DE4	6.8144	2.4235	.2244	.4026
	DE5	6.9691	2.3845	.1888	.4166
	DE6	6.8041	2.5341	.1453	.4317
	DE7	6.7320	2.4899	.2426	.3997
	DE8	6.7113	2.5616	.2019	.4137
	DE9	6.7938	2.5195	.1631	.4252
	DE10	6.7320	2.5732	.1690	.4232
Hasta Örnekleme İçin Alfa = .6624 Madde Sayısı = 10 N = 132	DE1	6.5682	3.8503	.3782	.6267
	DE2	6.3939	3.8436	.4545	.6114
	DE3	6.3712	4.1131	.3052	.6421
	DE4	6.5606	3.7291	.4484	.6102
	DE5	6.5000	4.0382	.2886	.6465
	DE6	6.2803	4.2185	.3228	.6397
	DE7	6.4697	3.7472	.4667	.6069
	DE8	6.3106	4.2768	.2512	.6516
	DE9	6.3712	4.0825	.3238	.6385
	DE10	6.2652	4.7765	-.0393	.6939
Tüm Örneklem İçin Alfa = .5946 Madde Sayısı = 10 N = 229	DE1	6.7555	3.3522	.2504	.5753
	DE2	6.5066	3.3914	.3456	.5520
	DE3	6.5852	3.3578	.3041	.5602
	DE4	6.6681	3.1788	.3778	.5393
	DE5	6.6987	3.3781	.2451	.5764
	DE6	6.5022	3.5581	.2302	.5780
	DE7	6.5808	3.2182	.4008	.5350
	DE8	6.4803	3.5753	.2385	.5762
	DE9	6.5502	3.4503	.2662	.5698
	DE10	6.4629	3.8813	.0321	.6160

DE alt ölçeğine ait madde analiz sonuçları Tablo 20' de görüldüğü gibidir. Çalışan grubunda 1 ve 2'inci maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir (1. madde $r = .04$, 2. madde $r = .06$, madde çıktıktan sonra ölçek alfaları 1. madde için .47, 2. madde için .45'dir). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 3 ve 7'inci maddelerdir. Bu alt ölçeğin çalışanlar için iç tutarlık güvenilirlik katsayısı .45'dir.

Hasta grubunda ise 10'uncu madde çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir ($r = .04$, madde çıktıktan sonra ölçek alfasi .69 dur.). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 2, 3, 4, 6, 7 ve 9'uncu maddelerdir. Bu alt ölçeğin hastalar için iç tutarlık güvenilirlik katsayısı .66'dır (Tablo 20).

Tablo 21 : Spontanlık Alt ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayrı Ayrı Madde Analizi Sonuçları

Örneklem Gurubu Güvenirlilik Katsayısı Madde Sayısı N	Alt Ölçek	Madde Çıktı. Ölçek Ort.	Madde Çıktı. Ölçek Varyansı	Madde-Toplam Korelas-yonu	Madde Çıktı. Ölçek Alfasi
Çalışan Örnekleme İçin Alfa= .4765 Madde Sayısı = 10 N = 97	SP1	6.7629	2.7036	.3215	.4147
	SP2	6.7320	2.9899	.1053	.4742
	SP3	7.0619	2.7878	.1087	.4839
	SP4	7.1753	2.4169	.3584	.3844
	SP5	7.1443	2.7498	.1316	.4754
	SP6	6.7938	2.6445	.3326	.4076
	SP7	7.2990	2.5451	.3096	.4075
	SP8	6.9381	2.6003	.2600	.4260
	SP9	6.6495	3.1675	.0175	.4860
	SP10	5.9175	2.9931	.0068	.5149
Hasta Örnekleme İçin Alfa = .2851 Madde Sayısı = 10 N = 132	SP1	6.1591	2.3180	.2063	.2076
	SP2	5.9015	2.5475	.1895	.2347
	SP3	6.3712	2.2657	.2404	.1881
	SP4	6.4470	2.6002	.0280	.2996
	SP5	6.0758	2.4370	.1487	.2404
	SP6	6.2576	2.4370	.1119	.2583
	SP7	6.3561	2.6738	-.0338	.3322
	SP8	6.2045	2.2250	.2641	.1735
	SP9	5.8409	2.8371	-.0436	.3061
	SP10	5.3409	2.6997	-.0724	.3599
Tüm Örneklem İçin Alfa = .3840 Madde Sayısı = 10 N = 229	SP1	6.4148	2.5596	.2801	.3031
	SP2	6.2533	2.8917	.1497	.3605
	SP3	6.6638	2.5926	.2052	.3325
	SP4	6.7555	2.6417	.1883	.3407
	SP5	6.5284	2.8380	.0562	.3977
	SP6	6.4847	2.5842	.2314	.3217
	SP7	6.7555	2.8259	.0689	.3918
	SP8	6.5153	2.5052	.2772	.2999
	SP9	6.1834	3.1241	-.0066	.3968
	SP10	5.5852	2.8929	.0022	.4249

SP alt ölçeğine ait madde analiz sonuçları Tablo 21' de görüldüğü gibidir. Çalışan grubunda 3, 9 ve 10'uncu maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir (3. madde $r = .10$, 9. madde $r = .02$ ve 10. madde $r = .01$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfaları 3. madde için .48, 9. madde için .49, 10. madde için .52'dir). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 4, 6, ve 7'inci maddelerdir. Bu alt ölçeğin çalışanlar için iç tutarlık güvenirlilik katsayısı .48'dir.

Hasta grubunda ise 4, 7, 9 ve 10'uncu maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir (4. madde $r = .03$, 7. madde $r = -.03$, 9. madde $r = -.04$, 10. madde $r = -.07$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfaları sırasıyla .30, .33, .31, .36'dır.). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 3, ve 8'inci maddelerdir. Bu alt ölçeğin hastalar için iç tutarlık güvenirlilik katsayısı .29'dur (Tablo 21).

Tablo 22 : Otonomi Alt ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayrı Ayrı Madde Analizi Sonuçları

Örneklem Gurubu Güvenirlilik Katsayısı Madde Sayısı N	Alt ölçek	Madde Çıktı. Ölçek Ort.	Madde Çıktı. Ölçek Varyansı	Madde- Toplam Korelas- yonu	Madde Çıktı. Ölçek Alfası
Çalışan Örnekleme İçin Alfa= .4082 Madde Sayısı = 10 N = 97	OT1	4.0103	2.6770	.0571	.4197
	OT2	3.8247	2.2710	.2795	.3272
	OT3	4.0309	2.5095	.2002	.3673
	OT4	3.4948	2.4609	.2019	.3651
	OT5	4.0825	2.3681	.3867	.3063
	OT6	3.5464	2.6254	.0608	.4224
	OT7	3.8144	2.4235	.1699	.3782
	OT8	4.1237	2.6720	.1527	.3866
	OT9	3.8144	2.7985	-.0676	.4782
	OT10	3.3918	2.5116	.2510	.3531
Hasta Örnekleme İçin Alfa = .0134 Madde Sayısı = 10 N = 132	OT1	3.5379	1.8993	-.0726	.0720
	OT2	3.6439	1.8799	-.0319	.0379
	OT3	3.6212	1.8249	.0049	.0114
	OT4	3.2955	1.7059	.0726	-.0449
	OT5	3.7576	1.7881	.1245	-.0600
	OT6	3.1970	1.8388	-.0064	.0198
	OT7	3.5758	1.7270	.0696	-.0404
	OT8	3.8030	1.9456	-.0043	.0163
	OT9	3.4773	1.9918	-.1436	.1277
	OT10	3.2727	1.7113	.0736	-.0450
Tüm Örneklem İçin Alfa = .2125 Madde Sayısı = 10 N = 229	OT1	3.7380	2.2732	-.0401	.2580
	OT2	3.7205	2.0444	.1237	.1644
	OT3	3.7948	2.1463	.0749	.1937
	OT4	3.3799	2.0261	.1363	.1566
	OT5	3.8952	2.0504	.2435	.1172
	OT6	3.3450	2.1919	.0224	.2232
	OT7	3.6769	2.0267	.1239	.1634
	OT8	3.9389	2.2682	.0702	.1980
	OT9	3.6201	2.3506	-.1083	.3014
	OT10	3.3231	2.0442	.1464	.1529

OT alt ölçeğine ait madde analiz sonuçları Tablo 22'de görüldüğü gibidir. Çalışan grubunda 1, 6, ve 9'uncu maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir (1. madde $r = .06$, 6. madde $r = .06$, 9. madde $r = -.06$, madde çıktıktan sonra ölçek alfa'ları 1. madde için .42, 6. madde için .42, 9. madde için .47'dir). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 2, 3, 4, 5 ve 10'uncu maddelerdir. Bu alt ölçeğin çalışanlar için iç tutarlık güvenirlik katsayısı .41'dir.

Hasta grubunda ise tüm maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir ($r = -.14$ ile .12 arası). Bu alt ölçeğin iç tutarlık güvenirlik katsayısı .01'dir (Tablo 22).

Tablo 23 : Pratik Yönelim Alt ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayrı Ayrı Madde Analizi Sonuçları

Örneklem Gurubu Güvenirlilik Katsayısı Madde Sayısı N	Alt ölçek	Madde Çıktı. Ölçek Ort.	Madde Çıktı. Ölçek Varyansı	Madde-Toplam Korelas-yonu	Madde Çıktı. Ölçek Alfasi
Çalışan Örnekleme İçin Alfa= .5989 Madde Sayısı = 10 N = 97	PY1	5.2887	4.0200	.0815	.6205
	PY2	5.0000	3.2708	.5100	.5080
	PY3	4.8351	3.4517	.5198	.5174
	PY4	4.8660	3.2839	.6039	.4923
	PY5	4.9175	3.2015	.6095	.4847
	PY6	5.4433	3.8535	.2583	.5770
	PY7	5.2474	4.1048	.0300	.6341
	PY8	4.7629	4.1619	.0882	.6081
	PY9	5.1753	4.1877	-.0174	.6470
	PY10	5.1237	3.7137	.2252	.5867
Hasta Örnekleme İçin Alfa = .5957 Madde Sayısı = 10 N = 132	PY1	5.4697	3.8082	.1874	.5908
	PY2	5.5000	3.5802	.3095	.5601
	PY3	5.3712	3.5634	.4079	.5391
	PY4	5.4318	3.4075	.4583	.5227
	PY5	5.5076	3.3053	.4771	.5139
	PY6	5.7879	3.5424	.3211	.5568
	PY7	5.8939	4.0039	.0922	.6114
	PY8	5.2955	3.9349	.2270	.5802
	PY9	5.7576	3.9866	.0687	.6221
	PY10	5.4167	3.8022	.2155	.5831
Tüm Örneklem İçin Alfa = .5906 Madde Sayısı = 10 N = 229	PY1	5.3930	3.8887	.1482	.5968
	PY2	5.2882	3.4955	.3934	.5310
	PY3	5.1441	3.5712	.4490	.5237
	PY4	5.1921	3.4191	.5051	.5054
	PY5	5.2576	3.3325	.5129	.4986
	PY6	5.6419	3.6870	.3056	.5552
	PY7	5.6201	4.1313	.0434	.6189
	PY8	5.0699	4.0828	.1657	.5856
	PY9	5.5109	4.1369	.0237	.6274
	PY10	5.2926	3.7693	.2303	.5745

PY alt ölçeğine ait madde analiz sonuçları Tablo 23' de görüldüğü gibidir. Çalışan grubunda 1, 7 ve 9'uncu maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir (1. madde $r = .08$, 7. madde $r = .03$ ve 9. madde $r = -.02$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfaları 1. madde için .62, 7. madde için .63, 9. madde için .65'dir). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 2, 3, 4, ve 5'inci maddelerdir. Bu alt ölçeğin çalışanlar için iç tutarlık güvenirlik katsayısı .60'dır.

Hasta grubunda ise 7, ve 9'uncu maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir (7. madde $r = .09$, 9. madde $r = .07$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfaları sırasıyla .61, .62'dir.). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 2, 3, 4, 5, ve 6'ncı maddelerdir. Bu alt ölçeğin hastalar için iç tutarlık güvenirlik katsayısı .60'dır (Tablo 23).

Tablo 24 : Kişisel Sorun Yönelimi Alt ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayır Ayrı Madde Analizi Sonuçları

Örneklem Gurubu Güvenirlilik Katsayısı Madde Sayısı N	Alt ölçek	Madde Çıktı. Ölçek Ort.	Madde Çıktı. Ölçek Varyansı	Madde- Toplam Korelas- yonu	Madde Çıktı. Ölçek Alfası
Çalışan Örnekleme İçin Alfa= .4513 Madde Sayısı = 10 N = 97	KSY1	8.1237	2.5887	.0180	.4882
	KSY2	7.5876	2.5157	.1593	.4322
	KSY3	7.5464	2.3963	.3380	.3834
	KSY4	7.6289	2.6942	-.0167	.4894
	KSY5	7.5567	2.4577	.2546	.4055
	KSY6	7.7010	2.3159	.2341	.4046
	KSY7	7.7010	2.3784	.1855	.4235
	KSY8	7.7113	2.2700	.2641	.3924
	KSY9	7.7010	2.2534	.2841	.3846
	KSY10	6.6392	2.4622	.1597	.4324
Hasta Örnekleme İçin Alfa = .4904 Madde Sayısı = 10 N = 132	KSY1	7.1894	3.4829	-.0642	.5284
	KSY2	6.5076	3.0152	.2632	.4475
	KSY3	6.5303	2.7090	.4847	.3767
	KSY4	6.5758	3.0858	.1600	.4772
	KSY5	6.6970	2.7777	.3131	.4241
	KSY6	6.8030	2.9838	.1639	.4786
	KSY7	6.5455	3.1506	.1326	.4847
	KSY8	6.7803	2.7224	.3315	.4159
	KSY9	6.5909	3.1443	.1135	.4919
	KSY10	5.7121	3.0463	.1371	.4872
Tüm Örneklem İçin Alfa = .5138 Madde Sayısı = 10 N = 229	KSY1	7.5852	3.3052	.0291	.5385
	KSY2	6.9651	3.0777	.2232	.4862
	KSY3	6.9607	2.8186	.4450	.4263
	KSY4	7.0218	3.1793	.1062	.5188
	KSY5	7.0611	2.8120	.3408	.4476
	KSY6	7.1834	2.8873	.2342	.4817
	KSY7	7.0349	3.1391	.1268	.5135
	KSY8	7.1747	2.7325	.3393	.4445
	KSY9	7.0611	3.0576	.1683	.5020
	KSY10	6.1048	2.9977	.1882	.4965

KSY alt ölçeğine ait madde analiz sonuçları Tablo 24' de görüldüğü gibidir. Çalışan grubunda 1, ve 4'üncü maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir (1. madde $r = .02$, 4. madde $r = -.02$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfa 1. madde için .49, 4. madde için .49'dur). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 3, 5, 6, 8, ve 9'uncu maddelerdir. Bu alt ölçeğin çalışanlar için iç tutarlık güvenirlilik katsayısı .45'dir.

Hasta grubunda ise 1, ve 9'uncu maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir (1. madde $r = -.06$, 9. madde $r = .11$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfa 1. madde için .53, 9. madde için .49'dur.). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 2, 3, 5, ve 8'inci maddelerdir. Bu alt ölçeğin hastalar için iç tutarlık güvenirlilik katsayısı .49'dur (Tablo 24).

Tablo 25 : Öfke Ve Saldırganlık Alt ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayır Ayır Madde Analizi Sonuçları

Örneklem Gurubu Güvenirlilik Katsayısı Madde Sayısı N	Alt ölçek	Madde Çıktı. Ölçek Ort.	Madde Çıktı. Ölçek Varyansı	Madde- Toplam Korelas- yonu	Madde Çıktı. Ölçek Alfası
Çalışan Örnekleme İçin Alfa= .3073 Madde Sayısı = 10 N = 97	ÖS1	5.9175	2.9098	.0463	.3136
	ÖS2	6.2165	2.8172	.0857	.2969
	ÖS3	6.0928	2.7309	.1300	.2755
	ÖS4	6.0722	2.6510	.1818	.2495
	ÖS5	5.9381	2.6003	.2463	.2203
	ÖS6	5.9381	2.9336	.0260	.3231
	ÖS7	6.3196	2.6989	.1956	.2467
	ÖS8	6.0309	2.6345	.1973	.2419
	ÖS9	5.8866	2.6016	.2715	.2119
	ÖS10	5.0619	3.3295	-.2085	.4276
Hasta Örnekleme İçin Alfa = .1501 Madde Sayısı = 10 N = 132	ÖS1	5.1818	2.2415	.1791	.0596
	ÖS2	5.5076	2.2824	.1206	.0922
	ÖS3	5.5530	2.4170	.0380	.1436
	ÖS4	5.5758	2.4446	.0252	.1509
	ÖS5	5.2424	2.3377	.0872	.1137
	ÖS6	5.3258	2.1602	.1970	.0396
	ÖS7	5.5909	2.3046	.1313	.0888
	ÖS8	5.3636	2.6759	-.1405	.2501
	ÖS9	5.3636	2.2179	.1524	.0694
	ÖS10	4.2727	2.8258	-.2260	.2976
Tüm Örneklem İçin Alfa = .2477 Madde Sayısı = 10 N = 229	ÖS1	5.4934	2.6458	.1117	.2157
	ÖS2	5.8079	2.6208	.1051	.2183
	ÖS3	5.7817	2.6100	.1075	.2168
	ÖS4	5.7860	2.5812	.1270	.2064
	ÖS5	5.5371	2.5567	.1579	.1908
	ÖS6	5.5852	2.5684	.1379	.2006
	ÖS7	5.8996	2.5907	.1538	.1948
	ÖS8	5.6463	2.7559	.0117	.2673
	ÖS9	5.5852	2.4368	.2277	.1507
	ÖS10	4.6070	3.1782	-.2268	.3826

ÖS alt ölçeğinin tüm maddeleri çalışan ve hasta gruplarında çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir (çalışan gurubunda $r = -.20$ ile $.27$ arası, hasta gurubunda $r = -.22$ ile $.18$ arası). Bu alt ölçeğin iç tutarlık güvenirlilik katsayısı çalışanlar için $.31$, hastalar için $.15$ 'dir (Tablo 25).

Tablo 26 : Düzen Ve Organizasyon Alt ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayır Ayır Madde Analizi Sonuçları

Örneklem Gurubu Güvenirlilik Katsayısı Madde Sayısı N	Alt ölçek	Madde Çıktı. Ölçek Ort.	Madde Çıktı. Ölçek Varyansı	Madde- Toplam Korelas- yonu	Madde Çıktı. Ölçek Alfası
Çalışan Örnekleme İçin Alfa= .7728 Madde Sayısı = 10 N = 97	DO1	6.0206	6.1246	.2887	.7741
	DO2	5.9381	5.7045	.5125	.7437
	DO3	6.1237	5.5262	.5472	.7380
	DO4	6.0103	5.3853	.6348	.7255
	DO5	6.0515	6.0077	.3342	.7682
	DO6	5.8866	5.9974	.4017	.7583
	DO7	6.0412	5.2691	.6826	.7179
	DO8	5.7835	6.3172	.3281	.7663
	DO9	5.8454	6.4446	.2105	.7800
	DO10	5.8660	5.9506	.4409	.7535
Hasta Örnekleme İçin Alfa = .7208 Madde Sayısı = 10 N = 132	DO1	6.3864	4.8038	.3735	.7000
	DO2	6.3333	4.9873	.3110	.7093
	DO3	6.3409	4.6081	.5295	.6762
	DO4	6.4545	4.4941	.5022	.6776
	DO5	6.4545	4.7384	.3705	.7007
	DO6	6.5379	4.6627	.3828	.6989
	DO7	6.4697	4.7090	.3795	.6992
	DO8	6.2727	4.7342	.5503	.6779
	DO9	6.4242	5.3148	.0931	.7444
	DO10	6.4167	4.7640	.3761	.6996
Tüm Örneklem İçin Alfa = .7422 Madde Sayısı = 10 N = 229	DO1	6.2314	5.3716	.3397	.7309
	DO2	6.1659	5.3057	.4118	.7201
	DO3	6.2489	4.9860	.5269	.7017
	DO4	6.2664	4.8980	.5644	.6953
	DO5	6.2838	5.2919	.3591	.7283
	DO6	6.2620	5.3082	.3584	.7282
	DO7	6.2882	4.9692	.5180	.7028
	DO8	6.0655	5.4387	.4452	.7178
	DO9	6.1790	5.8494	.1307	.7589
	DO10	6.1834	5.3171	.3934	.7227

DO alt ölçeğine ait madde analiz sonuçları Tablo 26'da görüldüğü gibidir. Çalışan grubunda 9'uncu madde orta düzeyde düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir ($r = .21$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfası .78'dir). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 2, 3, 4, 5, 6,7, 8, ve 10'uncu maddelerdir. Bu alt ölçeğin çalışanlar için iç tutarlık güvenirlilik katsayısı .77'dir.

Hasta grubunda ise 9'uncu madde çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir ($r = .09$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfası .74'dür.). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 2, 3, 4, 5, 6,7, 8, ve 10'uncu maddelerdir. Bu alt ölçeğin hastalar için iç tutarlık güvenirlilik katsayısı .72'dir (Tablo 26).

Tablo 27 : Programın Açıklığı Alt Ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayır Ayır Madde Analizi Sonuçları

Örneklem Gurubu Güvenirlik Katsayısı Madde Sayısı N	Alt Ölçek	Madde Çıktı. Ölçek Ort.	Madde Çıktı. Ölçek Varyansı	Madde-Toplam Korelas-yonu	Madde Çıktı. Ölçek Alfa'sı
<i>Çalışan Örnekleme İçin</i> Alfa= .5228 Madde Sayısı = 10 N = 97	PA1	7.0928	2.4809	.2455	.4889
	PA2	6.9691	2.5928	.2758	.4834
	PA3	7.1031	2.4059	.2968	.4714
	PA4	6.9794	2.6662	.1934	.5042
	PA5	7.1753	2.2294	.3924	.4341
	PA6	6.9175	2.6598	.3081	.4823
	PA7	7.1031	2.5726	.1704	.5138
	PA8	7.1237	2.7554	.0339	.5581
	PA9	7.1959	2.4508	.2185	.4994
	PA10	6.8557	2.8956	.2019	.5129
<i>Hasta Örnekleme İçin</i> Alfa = .6380 Madde Sayısı = 10 N = 132	PA1	5.5985	3.8147	.3215	.6094
	PA2	5.7576	3.8034	.2610	.6240
	PA3	5.7045	3.4922	.4599	.5754
	PA4	5.5076	3.9312	.3320	.6092
	PA5	5.9621	3.7924	.2721	.6212
	PA6	5.5152	3.8242	.4000	.5963
	PA7	5.6894	3.6814	.3514	.6022
	PA8	5.8864	3.9641	.1680	.6463
	PA9	6.0758	3.8721	.2714	.6202
	PA10	5.4394	4.1566	.2630	.6232
<i>Tüm Örneklem İçin</i> Alfa = .6400 Madde Sayısı = 10 N = 229	PA1	6.2314	3.7839	.2660	.6236
	PA2	6.2707	3.6369	.3336	.6089
	PA3	6.2969	3.4992	.4050	.5919
	PA4	6.1310	3.9126	.2680	.6229
	PA5	6.4760	3.4786	.3720	.5994
	PA6	6.1092	3.7994	.3878	.6033
	PA7	6.2882	3.6885	.2930	.6183
	PA8	6.4105	3.8132	.1884	.6442
	PA9	6.5502	3.5644	.3283	.6104
	PA10	6.0393	4.0993	.2756	.6259

PA alt ölçeğine ait madde analiz sonuçları Tablo 27'de görüldüğü gibidir. Çalışan grubunda 8'inci madde çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir ($r = .03$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfası .56'dır).Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 2, 3, 5, 6, ve 9'uncu maddelerdir. Bu alt ölçeğin çalışanlar için iç tutarlık güvenilirlik katsayısı .52'dir.

Hasta grubunda ise 8'inci madde orta düzeyde düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir($r = .17$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfası ,65'dir.). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 3, 4, 6 ve 7'inci maddelerdir. Bu alt ölçeğin hastalar için iç tutarlık güvenilirlik katsayısı .64'dür (Tablo 27).

Tablo 28: Çalışanların Kontrolü Alt Ölçeğinin Çalışan, Hasta ve Tüm Örneklem Gurubu için Ayır Ayır Madde Analizi Sonuçları

Örneklem Gurubu Güvenirlilik Katsayısı Madde Sayısı N	Alt Ölçek	Madde Çıktı. Ölçek Ort.	Madde Çıktı. Ölçek Varyansı	Madde-Toplam Korelas-yonu	Madde Çıktı. Ölçek Alfasi
Çalışan Örnekleme İçin Alfa= .1496 Madde Sayısı = 10 N = 97	ÇK1	4.4948	1.7942	-.0874	.2225
	ÇK2	4.5155	1.7107	-.0064	.1712
	ÇK3	4.3299	1.4317	.1725	.0385
	ÇK4	4.4948	1.5026	.1787	.0473
	ÇK5	4.6186	1.8217	-.0565	.1875
	ÇK6	3.8041	1.8050	.0264	.1471
	ÇK7	4.0412	1.6858	-.0140	.1802
	ÇK8	3.8866	1.6224	.1485	.0830
	ÇK9	4.5464	1.7088	.0124	.1582
	ÇK10	3.9485	1.5911	.1212	.0911
Hasta Örnekleme İçin Alfa = .1269 Madde Sayısı = 10 N = 132	ÇK1	5.2045	2.4693	-.2239	.2840
	ÇK2	5.2348	1.9368	.1283	.0530
	ÇK3	5.2121	1.8020	.2332	-.0273
	ÇK4	5.3258	1.8396	.2143	-.0095
	ÇK5	5.4545	2.1277	.0309	.1217
	ÇK6	4.7727	2.4060	-.1262	.1647
	ÇK7	5.1439	2.0326	.0640	.0997
	ÇK8	4.9697	1.8006	.3310	-.0698
	ÇK9	5.2727	2.4899	-.2358	.2902
	ÇK10	4.9545	2.1353	.0452	.1132
Tüm Örneklem İçin Alfa = .1989 Madde Sayısı = 10 N = 229	ÇK1	4.9039	2.2977	-.1003	.2828
	ÇK2	4.9301	1.9600	.1422	.1344
	ÇK3	4.8384	1.8290	.2298	.0719
	ÇK4	4.9738	1.8590	.2379	.0730
	ÇK5	5.1004	2.1609	.0525	.1899
	ÇK6	4.3624	2.3724	-.0465	.2181
	ÇK7	4.6769	2.1758	-.0132	.2309
	ÇK8	4.5109	2.0054	.1967	.1145
	ÇK9	4.9651	2.2795	-.0807	.2685
	ÇK10	4.5284	2.1450	.0609	.1857

ÇK alt ölçeğinin tüm maddeleri çalışan ve hasta gruplarında çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir (çalışan gurubunda $r = -.08$ ile $.18$ arası, hasta gurubunda $r = -.24$ ile $.33$ arası). Bu alt ölçeğin iç tutarlık güvenirlik katsayısı çalışanlar için $.15$, hastalar için $.13$ 'dür (Tablo 28).

Tablo 19 ile 28 arasında belirtilen her alt ölçeğe ait, 10'ar maddenin SOÖ formundaki madde numaraları aşağıdaki gibidir:

1.soru	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
KA1	DE1	SP1	OT1	PY1	KSY1	ÖS1	DO1	PA1	ÇK1
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
KA2	DE2	SP2	OT2	PY2	KSY2	ÖS2	DO2	PA2	ÇK2
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
KA3	DE3	SP3	OT3	PY3	KSY3	ÖS3	DO3	PA3	ÇK3
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.
KA4	DE4	SP4	OT4	PY4	KSY4	ÖS4	DO4	PA4	ÇK4
41.	42.	43.	44.	45.	46.	47.	48.	49.	50.
KA5	DE5	SP5	OT5	PY5	KSY5	ÖS5	DO5	PA5	ÇK5
51.	52.	53.	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.
KA6	DE6	SP6	OT6	PY6	KSY6	ÖS6	DO6	PA6	ÇK6
61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.	68.	69.	70.
KA7	DE7	SP7	OT7	PY7	KSY7	ÖS7	DO7	PA7	ÇK7
71.	72.	73.	74.	75.	76.	77.	78.	79.	80.
KA8	DE8	SP8	OT8	PY8	KSY8	ÖS8	DO8	PA8	ÇK8
81.	82.	83.	84.	85.	86.	87.	88.	89.	90.
KA9	DE9	SP9	OT9	PY9	KSY9	ÖS9	DO9	PA9	ÇK9
91.	92.	93.	94.	95.	96.	97.	98.	99.	100.
KA10	DE10	SP10	OT10	PY10	KSY10	ÖS10	DO10	PA10	ÇK10

BÖLÜM IV

TARTIŞMA ve SONUÇ

4.1. Çalışan ve Hastaların Temel Özellikleri

Tablo 1’de çalışan ve hastaların temel özelliklerinin sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir. Çalışan ve hastaların, %68.6’ısını E.Ü.T.F.H. Psikiyatri. A.B.D. hasta ve çalışanları oluşturmaktadır, bunun nedeni diğer iki hastanede birer psikiyatri servisi varken E.Ü.T.F.H.’de altı servis olmasıdır. Servislere göre dağılıma baktığımızda en yüksek katılım %21.8 ile Kapalı Erkek servisinden, en düşük %5.7 ile Affektif servisindedir, Kapalı Erkek servisi sekiz servis içinde yatak sayısı en çok olan ve hasta dönüşümünün hızlı olduğu bir servistir (ortalama 30 hasta), Affektif servisi ise yatak sayısı en az olan servistir (12 yatak). Araştırma kapsamındaki guruplardan çalışanların oranı %42.4, hastaların ise %57.6 dır. Yaş guruplarına baktığımızda çalışan ve hastaların %90.8’ini 19-49 yaş arası kişiler oluşturmaktadır, yaş ortalamasının 31.83 \pm 10 olduğu saptanmıştır (çalışanlarda 28.13 \pm 6.38, hastalarda 34.54 \pm 11.32 olmak üzere) . Cinsiyet dağılımı açısından baktığımızda araştırmada her iki cinsiyetin yer alışı oranı birbirine yakındır, %47.2’sini kadınlar, %52.8’ini erkekler oluşturmaktadır. Çalışanların %63’ünün çalışma süresi 1 yılın altında çıkmıştır, bunun nedeni E.Ü.T.F.H.’ne ait altı psikiyatri servisinde çalışanların 6 ayda bir rotasyona tabi olmalarıdır. Hastaların %88’i ortalama 1-8 haftalık süreden beri yatmaktadır.

4.2. Çalışan ve Hastaların SOÖ Alt Ölçekleri ile İlgili Puan Ortalamaları

Çalışan ve hastaların SOÖ alt ölçekleri ile ilgili ortalama, standart sapma, varyans, minimum ve maksimum puanları çalışanlar,hastalar ve tümü için (Tablo 2, Tablo3 ve Tablo 4’de) verilmiştir. Bu veriler araştırmanın normlarını tanımlamada yararlıdır.

Çalışanların alt ölçek ortalamaları 4.24 ile 7.84, Ss’sı 1.37 ile 2.66, varyansları 1.88 ile 5.40 arasında değişmektedir. Hastaların alt ölçek ortalamaları 3.91 ile 7.12, Ss’sı 1.43 ile 2.45, varyansları 2.04 ile 6.02 arasında değişmektedir. Tüm gurubun ise, alt ölçek ortalamaları 4.04 ile 7.31, Ss’sı1.70 ile 2.52, varyansları 2.43 ile 6.33 arasında değişmektedir.

Bu çalışmanın normlarını 3 hastanenin 8 psikiyatri servisinde çalışan toplam 97 hasta ve 132 çalışan oluşturmuştur. Çalışanlar hastalara göre, SOÖ bildirimlerinde programlarını katılımı daha düşük, düzen ve organizasyonu eksik, pratik yönelimini yetersiz, çalışanların kontrolü daha az olarak bildirdiler. Destek, spontanlık, otonomi, kişisel sorun yönelimi, öfke ve saldırganlık, programın açıklığını ise çalışanlar, hastalara göre daha yüksek buldular.

Yukarıdaki bilgiler ışığında diyebiliriz ki çoğu alana çalışanlar, hastalardan daha fazla önem verdiğini rapor etti. Moos, Mc. Bride ve Austin (1991) benzeri sonuçlar elde ettiğini ve çalışanların daha fazla sorumluluğa sahip oldukları için programı daha pozitif gördüklerini ileri sürdü. Yinede bazı programlarda bu iki gurubun SOÖ bildirimleri birbirine yakındır (30, 31).

Bu çalışmanın normlarıyla Amerikan ve İngiliz normlarını karşılaştırdığımızda Amerikan normlarına benzer özellikler taşıdığını görüyoruz, fakat bu çalışmada çalışanların daha az katılım, düzen ve organizasyon, pratik yönelim bildirdiğini görüyoruz (Ek1).

4.3. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Araştırma Kapsamındaki Hastaneler, Servisler, Çalışan-Hasta Gurubu, Yaş Gurupları, Cinsiyet ve Süre Açısından İncelenmesi

SOÖ alt ölçek puan ortalamaları hastaneler, servisler, çalışan-hasta gurubu, yaş gurupları, cinsiyet ve süre açısından incelenmiştir.

4.3.1. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Araştırma Kapsamındaki Hastaneler Açısından İncelenmesi

Bağımsız değişkenlerle, bağımlı değişkenler arasındaki ilişkileri incelerken Tablo 5'e baktığımızda, araştırma kapsamındaki üç farklı hastanenin SOÖ puanları arasındaki farkın önemlilik düzeyini görüyoruz. KA alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları varyans analizinde ($F=4.8$) $p<0.02$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde (Çoklu Sıra Testleri: Scheffe Test 0.05 önemlilik düzeyi ile sınanmıştır) D.E.Ü.T.F.H. puan ortalaması, E.Ü.T.F.H. puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. A.E.H. puan ortalaması da D.E.Ü.T.F.H. puan ortalamasından düşük olmakla birlikte anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Üç

hastanenin DE alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ise ($F=4.10$) $p<0.02$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde A.E.H. puan ortalaması, E.Ü.T.F.H. puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. D.E.Ü.T.F.H. puan ortalaması da A.E.H. puan ortalamasından düşük olmakla birlikte aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Yapılan varyans analizinde üç hastanenin SP alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($F=2.40$, $p>0.05$). Üç hastanenin OT alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında, yapılan varyans analizinde anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($F=0.53$, $p>0.05$). Hastanelerin PY alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında ($F=4.74$) $p<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde D.E.Ü.T.F.H. puan ortalaması, E.Ü.T.F.H. puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Üç hastanenin KSY alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında fark yoktur ($F=0.26$, $p>0.05$). Hastanelerin ÖS alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında ($F=5.22$) $p<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde A.E.H. puan ortalaması, E.Ü.T.F.H. puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Üç hastanenin DO alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında fark yoktur ($F=0.39$, $p>0.05$). Hastanelerin PA alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında ($F=3.65$) $p<0.05$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde A.E.H. puan ortalaması, E.Ü.T.F.H. puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hastanelerin ÇK alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında ($F=5.54$) $p<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde A.E.H. puan ortalaması, D.E.Ü.T.F.H. puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Yukarıdaki bulgular doğrultusunda üç hastanenin, ortalamaları arasında anlamlı fark bulunan alt ölçekler programın özellikleriyle ilgili alanlardandır (KA, DE, PY, ÖS, PA, ÇK) . Ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmayan alt ölçekler ise çoğunlukla programdaki kişisel gelişim alanlarıyla ilgilidir (SP, OT, KSY). Hastaneler arasındaki farklılara göre hesaplanan varyans oranı %14 ile %78 arasında değişti.

Moos'un 8, 28 ve 36 programla yürüttüğü programlar arasındaki farklılara göre hesaplanan varyans oranı %2'den az ile %50'den fazla arasında değişti. SOÖ alt ölçekleri hemen her zaman hem hasta, hem de çalışanlar için farklı hastanelerden örneklenen programlar arasında belirgin olarak fark gözetir (31). Bu durumda SOÖ hastaneler arasındaki farkları açıkça belirlemiştir diyebiliriz.

4.3.2. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Araştırma Kapsamındaki Servisler Açısından İncelenmesi

Tablo 6’da araştırma kapsamındaki servislerin SOÖ puan ortalamaları arasındaki farkların önemlilik düzeylerine bakıldı. KA alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ($F=11.18$) $p<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde Alk. servisi puan ortalaması önem sırasına göre; Aç.Er., Ka.Er., Aff., Ka.Kad., Nev., A.E.H. Psk. servislerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda D.E.Ü.T.F.H. Psk. servisi puan ortalaması önem sırasına göre; Aç.Er. ve Ka.Er. servislerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Servislerin DE alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ($F=7.68$) $p<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde Alk. servisi puan ortalaması önem sırasına göre; Aç.Er., Ka.Er., Ka.Kad. servislerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda A.E.H. Psk. servisi puan ortalaması önem sırasına göre; Aç.Er. ve Ka.Er., servislerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Servislerin SP alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($F=1.34$, $p>0.05$). Servislerin OT alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ($F=4.62$) $p<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde sadece Alk. servisi puan ortalaması Ka.Er. servisine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Servislerin PY alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ($F=7.76$) $p<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde Alk. servisi puan ortalaması önem sırasına göre; Aff., Aç.Er., Ka.Er., servislerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda D.E.Ü.T.F.H. Psk. servisi puan ortalaması önem sırasına göre; Aff. ve Ka.Er., servislerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Servislerin KSY alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($F=1.99$, $p>0.05$). Servislerin ÖS alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($F=1.82$, $p>0.05$). Servislerin DO alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ($F=5.41$) $p<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde Alk. servisi puan ortalaması önem sırasına göre; Aff., Ka.Er., Ka.Kad. servislerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Servislerin PA alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ($F=5.41$) $p<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde Alk. ve A.E.H. Psk. servisleri puan ortalaması, Ka.Er. servisine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Servislerin ÇK alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ($F=4.01$) $p<0.001$ düzeyinde anlamlı

bulunmuştur. Yapılan ileri analizde Alk. ve A.E.H. Psk. servisleri puan ortalaması, Aff. servisine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Yukarıda belirttiğimiz bulgular ışığında diyebiliriz ki, SOÖ (aynı hastaneden örneklenen programlarda bile) programlar arasında belirgin olarak fark gözetmiştir (31). Programlar arasındaki farklılıklara göre hesaplanan varyans oranı toplam varyansın %11 ile %47'si arasında değişti.

4.3.3. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışan ve Hasta Gurupları Açısından İncelenmesi

Tablo 7'de çalışan ve hasta guruplarının SOÖ bildirimleri karşılaştırıldığında KA alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları anlamlı bulunmamıştır ($F=3.01$, $p>0.05$). İki gurubun DE alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları anlamlı bulunmamıştır ($F=2.76$, $p>0.05$). Çalışan gurubunun SP alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması hasta gurubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($F=6.58$, $p<0.02$). İki gurubun OT alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları anlamlı bulunmamıştır ($F=2.49$, $p>0.05$). İki gurubun PY alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları anlamlı bulunmamıştır ($F=3.59$, $p>0.05$). Çalışan gurubunun KSY alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması hasta gurubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($F=17.17$, $p<0.001$). Çalışan gurubunun ÖS alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması hasta gurubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($F=11.46$, $p<0.001$). İki gurubun DO alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları anlamlı bulunmamıştır ($F=2.24$, $p>0.05$). Çalışan gurubunun PA alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması hasta gurubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($F=31.68$, $p<0.001$). Hasta gurubunun ÇK alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması çalışan gurubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($F=25.09$, $p<0.01$).

Bulguların da gösterdiği gibi çalışanların SP, KSY, ÖS, PA alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları hastalara göre anlamlı düzeyde yüksektir, ÇK puan ortalaması ise anlamlı düzeyde düşüktür. Çalışanlar programda sorumlulukları altında olduğunu düşündükleri pozitif davranışlara hastalardan daha fazla önem verme eğilimindeyken, negatif kabul ettiklerine ise hastalardan daha az önem verme eğilimindedirler. Main, McBride, Austin'in 1991'de yaptıkları bir çalışmada hemşire ekibi KA, DE, SP, PY, KSY ve PA konusunda hastalardan yüksek, ÇK'de ise

hastalardan düşük bildirim verdi. Friedman, Jeger, Slotnick (1980) , bir program içinde hemşirelerin diğer çalışanlardan daha fazla sorumluluk sahibi olduğunu değerlendirdi. Böylece denebilir ki tedavi ortamının algılanışını kişinin rolü (hasta yada çalışan olması) etkileyebilir (16, 26).

4.3.4. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Cinsiyet Açısından İncelenmesi

Tablo 8’de SOÖ puan ortalamalarının cinsiyete göre fark yaratıp yaratmadığına bakılmıştır. KA alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı düzeyde fark yaratmamıştır ($F=1.45$, $p>0.05$). DE alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı düzeyde fark yaratmamıştır ($F=2.84$, $p>0.05$). SP alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları kadınlarda, erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksektir ($F=21.28$, $p<0.001$). OT alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı düzeyde fark yaratmamıştır ($F=1.00$, $p>0.05$). PY alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı düzeyde fark yaratmamıştır ($F=0.10$, $p>0.05$). KSY alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları kadınlarda, erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksektir ($F=6.80$, $p<0.01$). ÖS alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı düzeyde fark yaratmamıştır ($F=0.72$, $p>0.05$). DO alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı düzeyde fark yaratmamıştır ($F=2.53$, $p>0.05$). PA alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları kadınlarda, erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksektir ($F=4.47$, $p<0.05$). ÇK alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları erkeklerde, kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksektir ($F=11.98$, $p<0.001$).

Kadınlarda PA, KSY, SP puan ortalamaları anlamlı düzeyde erkeklerden yüksek iken, erkeklerde ÇK puan ortalaması anlamlı düzeyde kadınlardan yüksektir. Bu bulgular sonucunda kadınların program içinde daha rahat olduğunu, erkeklerin ise kontrolü daha fazla hissettiklerini söyleyebiliriz.

Kadın çalışanların oranı tedavi ortamını etkiler. Goldmeier ve Silver (1988)’e göre, kadın çalışanların çoğunlukta olduğu ekip üyeleri, az olanlara göre daha çok KA, DE, DO, PA bildirdi, bu da kişiler arası ilişkiler ve programın yapısını etkiler (18, 31).

4.3.5. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Yaş Gurupları Açısından İncelenmesi

Tablo 9’da görüldüğü gibi KA alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları yaş guruplarına göre değerlendirildiğinde, 35-49 yaş gurubu puan ortalaması 19-34 yaş gurubu puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksektir ($F=4,48$, $p>0.01$). DE alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları yaş guruplarına göre değerlendirildiğinde, 35-49 yaş gurubu puan ortalaması 18 ve alt ile 19-34 yaş gurubu puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksektir ($F=5.26$, $p>0.01$). DO alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları yaş guruplarına göre değerlendirildiğinde, 35-49 yaş gurubu puan ortalaması 19-34 yaş gurubu puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksektir. Bu bulgular sonucunda yaşın servis ortamı algısını etkilediğini söyleyebiliriz. Genç hastalara göre orta yaş gurubu programa daha iyi adapte olmuşlardır.

Linn (1978) Yaşlı hastaların KSY, öfkenin açıkça ifadesi, ÇK’ne genç hastalara göre daha az önem verdiğini rapor etti. Strasser, Falkoner, Martino-Saltzman (1992) bir rehabilitasyon ünitesinde benzer bulgular elde ettiler ve yaşlı hastaların programa entegre olması için yeni tedavi amaçları geliştirilmesinin üzerinde durdular (30,31).

4.3.6. SOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Süre Açısından İncelenmesi

Çalışanların çalışma süresi ve hastaların kalış süresinin alt ölçek puan ortalamalarına etkisi olmadığı saptandı. Diyebiliriz ki, süre program algısını etkilemeyen bir değişkendir.

4.4.SOÖ’nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasından Elde Edilen Bulgular

4.4.1. Geçerlik Çalışmasından Elde Edilen Bulgular

Araştırmada çalışan (N=97) ve hastalardan (N=132) elde edilen veriler kullanılarak SOÖ alt ölçekleri arasındaki interkorelasyonlar hesaplanmıştır (Tablo 10 ve 11).

Tablo 10’da görüldüğü gibi çalışanların verilerinden elde edilen en kuvvetli alt ölçek korelasyonları (43); KA ile DO (.63), PY(.56) ve DE (.50) arasında; DE ile DO (.57), PA (.53) ve PY (.50) arasında; DO ile PA (.54) arasında, pozitif korelasyonlardır ve $P<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bunun yanında .47 ile .21 arasında pozitif ve negatif, anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p<0.001$). .20 ile .24 arasında

negatif ve pozitif, anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p < 0.05$). .26 ile .31 arasında negatif ve pozitif, anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p < 0.01$). Yine Tablo 10'a göre ÖS alt ölçeği KSY (.28) dışında diğer alt ölçeklerle anlamlı veya anlamsız negatif korelasyonlar göstermiştir. Benzeri olarak ÇK alt ölçeğinde 0'a yakın yada çoğunluklarda negatif korelasyonlar göstermiştir.

Tablo 11'de görüldüğü gibi hastaların verilerinden elde edilen en kuvvetli alt ölçek korelasyonları ; KA ile DE (.62), PY (.60), PA (.57) ve DO (.56) arasında; DE ile PA (.59), DO (.54) ve KSY (.50) arasında; PY ile PA (.52) arasında; DO ile PA (.51) arasında, pozitif korelasyonlardır ve $P < 0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bunun yanında .47 ile .29 arasında pozitif ve anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p < 0.001$). .19 ile .21 arasında negatif ve pozitif, anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p < 0.05$). .27 ile .24 arasında negatif ve pozitif, anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p < 0.01$). Bunun yanında .47 ile .21 arasında pozitif ve negatif, anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p < 0.001$). .20 ile .24 arasında negatif ve pozitif, anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p < 0.05$). .26 ile .31 arasında negatif ve pozitif, anlamlı düzeyde zayıf korelasyonlar vardır ($p < 0.01$).

Yine Tablo 11'e göre beklendiği gibi, ÖS alt ölçeği diğer alt ölçeklerle anlamlı veya anlamsız negatif korelasyonlar göstermiştir. Benzeri olarak ÇK alt ölçeği de çok düşük yada negatif korelasyonlar göstermiştir.

Hasta ve çalışan gurubundan elde ettiğimiz korelasyonlarlar orijinal SOÖ testiyle benzerlikler göstermektedir. Bizim bulgularımızda her iki gurup için en kuvvetli korelasyonlar KA, DE, DO, PA, PY alt ölçeklerinde görülmüştür. Orijinalde ise her iki gurup için KA, DE, SP alt ölçeklerinde görülmüştür. Ayrıca ÖS ve ÇK alt ölçeklerinin gösterdiği korelasyon yapısı orijinaldekine benzerdir (bakınız Ek1).

SOÖ'nin yapı geçerliği için faktör analizi yapılmıştır. Bu amaçla, SOÖ'nin on alt ölçeğinden elde edilen çalışan gurubunun puanlarına dayalı korelasyon matrisine Temel Bileşenler Analizi, Varimax Rotasyonu ile birlikte uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda ortaya çıkan faktörlere ilişkin özdeğerler ve açıkladıkları varyans oranlarına ilişkin bulgular Tablo 12'de (çalışanlar için) verilmiştir.

Tablo 12'de görüldüğü gibi, elde edilen öz değerler 3,49845 ile ,26951 arasında değişmektedir. Bunlardan ilk üçünün özdeğeri 1,00000'den büyük olup Kaiser Normalleştirilmesine göre esas olarak alınmıştır. On alt ölçek doğrultusunda oluşmuş

olan on faktör, toplam varyansın %35 ile %2,7'si arasında değişen bölümlerini açıklamaktadır. Bu on faktör arasından Kaiser Ölçütüne göre anlamlı olan ilk üçünün toplam açıkladığı varyans yüzdesi ise %62,4'dür. Bu üç faktöre ilişkin faktör örüntüsü ve alt ölçeklerin ortak varyansları (communalities) Tablo 13'de özetlenmiştir.

Tablo 13'de belirtildiği gibi, faktör örüntüsünün oluşturulmasında .35 alt kesme noktası olarak kabul edilmiş ,dolayısıyla bu noktanın altındaki yükler gösterilmemiştir. Varimax Rotasyonu öncesi faktör örüntüsünde 1. Faktöre güçlü derecede yüklenen altı alt ölçek vardır. Bunlar, KA (.79), DE (.77), OT (.57), PY (.69), DO (.82), PA (.71)'dir. 2. Faktöre güçlü derecede yüklenen iki alt ölçek vardır. Bunlar, SP (.61) ve KSY (.72)'dir. 3. Faktöre güçlü derecede yüklenen iki alt ölçek vardır. Bunlar,ÖS (.57) ve ÇK (.71)'dir. Aynı zamanda SP alt ölçeği 2. Faktörden -.35; KSY alt ölçeği 3. Faktörden .41; ÖS alt ölçeği 1.'den -.38, 2.'den .48; ÇK alt ölçeği 2.'den -.50 düzeyinde yük almışlardır.

Tablo 14'de görüldüğü gibi, Varimax Rotasyonu sonrası Temel Bileşenler Analizi oldukça net bir faktör örüntüsü ortaya çıkarmıştır. .35 alt kesme noktası esas alındığında her alt ölçek yalnızca bir faktöre yüklenmiştir. 1. Faktöre güçlü derecede yüklenen altı alt ölçek vardır. Bunlar, KA (.80), DE (.77), OT (.53), PY (.69), DO (.83), PA (.74). 2. Faktöre güçlü derecede yüklenen iki alt ölçek vardır. Bunlar, SP (.71) ve ÇK (-.86). 3. Faktöre güçlü derecede yüklenen iki alt ölçek vardır. Bunlar, KSY (.79) ve ÖS (.75).

Aynı şekilde SOÖ'nin on alt ölçeğinden elde edilen hasta gurubunun puanlarına dayalı korelasyon matrisine de Temel Bileşenler Analizi Varimax Rotasyonu ile birlikte uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda ortaya çıkan faktörlere ilişkin özdeğerler ve açıkladıkları varyans oranlarına ilişkin bulgular Tablo 15'de verilmiştir.

Tablo 15'de görüldüğü gibi, elde edilen öz değerler 3,86926 ile ,30526 arasında değişmektedir. Bunlardan ilk üçünün özdeğeri 1,00000'den büyük olup Kaiser Normalleştirilmesine göre esas olarak alınmıştır. On alt ölçek doğrultusunda oluşmuş olan on faktör, toplam varyansın %38,7 ile %3,1'i arasında değişen bölümlerini açıklamaktadır. Bu on faktör arasından Kaiser Ölçütüne göre anlamlı olan ilk üçünün toplam açıkladığı varyans yüzdesi ise %63'dür. Bu üç faktöre ilişkin faktör örüntüsü ve alt ölçeklerin ortak varyansları (communalities) Tablo 16'da özetlenmiştir.

Tablo 16’da belirtildiği gibi, faktör örüntüsünün oluşturulmasında .35 alt kesme noktası olarak kabul edilmiş, dolayısıyla bu noktanın altındaki yükler gösterilmemiştir. Varimax Rotasyonu öncesi faktör örüntüsünde 1. Faktöre güçlü derecede yüklenen altı alt ölçek vardır. Bunlar, KA (.81), DE (.81), PY (.69), KSY (.71), DO (.71), PA (.80)’dir. 2. Faktöre güçlü derecede yüklenen iki alt ölçek vardır. Bunlar, SP (.56) ve ÇK (-.76)’dir. 3. Faktöre güçlü derecede yüklenen iki alt ölçek vardır. Bunlar, PY (-.42) ve ÖS (.71)’dir.

Aynı zamanda SP alt ölçeği 1. Faktörden .50; OT alt ölçeği 1. Faktörden .37 ve 2.Faktörden .40; PY alt ölçeği 3.Faktörden .35; ÖS alt ölçeği 1.’den .34; DO alt ölçeği 3.Faktörden -.35 düzeyinde yük almışlardır.

Tablo 17’de görüldüğü gibi, Varimax Rotasyonu sonrası Temel Bileşenler Analizi daha net bir faktör örüntüsü ortaya çıkarmıştır. .35 Alt kesme noktası esas alındığında 1. Faktöre güçlü derecede yüklenen altı alt ölçek vardır. Bunlar, KA (.83), DE (.78), PY (.77), KSY (.72), DO (.60), PA (.76)’dir. 2. Faktöre güçlü derecede yüklenen üç alt ölçek vardır. Bunlar, SP (.57), OT (.58) ve ÇK (-.77)’dir. 3. Faktöre güçlü derecede yüklenen bir alt ölçek vardır ve bu ÖS (-.81)’dir. SP 1.Faktöre (.46) ve DO 3. Faktöre (.52) orta derecede yüklenmiştir.

Moos’un (1996) (30,31) bildirdiğine göre ve ilgili literatüre baktığımızda, çoğu araştırmacı SOÖ için üç boyutlu bir yapı tanımlamıştır, fakat bunların çoğu kendine özgüdür. Örneğin, Denny, Costello, Cochran (1984) üç ikinci düzen faktörü tanımlamıştır. Genel değerlendirme (KA,DE,PY,PA), düzensiz aktiveteler (yüksek ÖS ve düşük DO) ve ekip gücü (yüksek ÇK ve düşük SP). Fischer (1977) beş alkolizm tedavi programından alınan verilere dayanarak bir temel elemanlar analizi rapor etmiş, ve üç sonuç faktörünü şöyle isimlendirmiştir; etkileşim (KA, SP, OT), tedavi yönelimi (DE, PY, KSY) ve kontrol (DO,ÇK, düşük ÖS). Manderscheid, Koenig ve Silbergeld (1978) ilişki, kişisel gelişim ve sistemin bakım çevresine benzeyen üç faktör belirlemiştirler. Maloney(1986) hasta ve çalışanlar için 3 faktör tanımladı. 1. Faktörde KA, DE, SP, PY, KSY, DO,PA, (OT yalnızca hastalarda) , 2. Faktörde ÖS, KSY, DO(negatif), 3. Faktörde yüksek ÇK(hastalar için), yüksek OT ve düşük ÇK (çalışanlar için) buldu . Engel, Knap ve Doblhoff-Thun (1983) benzer olarak 3 faktör tanımlamıştır. 1. İlişki, amaç yönelimi, organizasyon, açıklık, 2. KSY, ÖS, düşük organizasyon, 3. ÇK, düşük OT .

Friis,1984'de alt ölçek ortalama puanlarına uygulanan faktör analizinde 3 faktör tanımlamış ve bunları şöyle adlandırmıştır, genel aktiviteler (KA, DE, PY, KSY, PA), öfke ve kaos (yüksek ÖS ve düşük DO), kontrol (yüksek SC, düşük SP yada OT)(14).

Alden (1978) ilk faktöre yüklenen 8 faktör bulmuş, öfke ve saldırganlık ile ekip kontrolü ikinci ve üçüncü faktörler olarak tanımlanmıştır (2).

Squier, 1994'de 3 boyut bildirmiştir. 1. Organizasyonel Yapı (DO,PA, KA, DE), 2. Hasta Öncelikleri (SP, OT, PY ve düşük ÇK), 3. Kendini İfade (KA, KSY, ÖS) (39).

Görüldüğü gibi farklı çalışmalardan yakın sonuçlar elde edilse de hiç biri kuramsal olarak, belirlenen orijinal yapıyla aynı sonucu vermemiştir. Çünkü, SOÖ'nin faktör yapısını ararken bazı problemler vardır. Faktörü analiz eden çözümler kavramsal düşünceler, örneğin çeşitli yönleri, istatistiksel prosedürler ve kullanılan kriterlerle belirlenir (31).

Eldeki veriler doğrultusunda çalışan ve hasta gurubun faktör analizi birlikte ele alındığında iki yapı arasında önemli bir değişme olmadığını gözleyebiliriz. Ortak değerlendirme sonucunda ise 1.Faktör bir tedavi oluşumunda gözlenen temel özellikleri kapsadığı için bu faktör genel olarak "Programın Politikaları ve Tedavi Yönelimi" olarak isimlendirilebilir. 2.Faktör kontrol ve kontrole zıt öğeleri içerdiği için bu faktör "Kontrol Düzeyi" olarak isimlendirilebilir. 3.Faktör kişisel sorun ve öfke-saldırganlık düzeyini belirttiği için bu faktöre ise "Kişisel Sorunların İfadesi" denebilir.

4.4.2. Güvenirlik Çalışmasından Elde Edilen Bulgular

SOÖ'nin güvenirligi Kuder Richardson 20 Güvenirlik katsayısı ile incelenmiştir. Sonuçlar hasta, çalışan ve tümü için ayrı ayrı Tablo 18'de sunulmuştur.

Tablo 18'e göre çalışanların alt ölçek güvenirlik katsayıları .14 ile .77 arasında değişmiştir; KA için .67, DE için .44, SP için .47, OT için .40, PY için .59, KSY için .45, ÖS için .30, DO için .77, PA için .52, ÇK için .14 olarak belirlenmiştir.

Tablo 18'e göre hastaların alt ölçek güvenirlik katsayıları .01 ile .72 arasında değişmiştir; KA için .70, DE için .66, SP için .28, OT için .01, PY için .59, KSY için .49, ÖS için .15, DO için .72, PA için .63, ÇK için .12 olarak belirlenmiştir.

Uçman'ın daha önce Türkiye Hastaneleri örnekleminde yaptığı çalışma doğrultusunda alt kesme noktası .35 olarak alındığında ÖS ve ÇK alt ölçekleri her iki

gurup içinde düşük güvenilirlik düzeyi vermiştir. SP ve OT alt ölçekleri ise yalnızca hasta örnekleminde düşük güvenilirlik düzeyi vermiştir.

Öner (1996)'nın aktardığına göre, Uçman (1978) SOÖ'nin geçerli ve güvenilir kabul edildiği çalışmasında, yapılan ön çalışma sonucunda alt ölçeklerin güvenilirlik katsayıları .35 ile .61 arasında bulunmuştur. SP, OT ve ÖS alt ölçekleri çok düşük güvenilirlik değerleri verdikleri için ölçekten çıkarılmıştır (33).

Bu çalışmada da beklendiği gibi, SP, OT, ÖS alt ölçekleri çok düşük güvenilirlik değerleri vermişlerdir fakat beklenenin dışında ÇK alt ölçeğinde düşük güvenilirlik düzeyi göstermiştir.

Her alt ölçekteki maddeler klasik test kuramına göre kendi içinde madde analizine tabi tutulmuş ve her madde için , madde çıkarıldığında ölçek ortalamaları , madde çıkarıldığında ölçek varyansları , madde-toplam puan korelasyonları , madde çıkarıldığında ölçek alfası ve Cronbach-Alfa iç tutarlık katsayıları hesaplanmıştır.

Analizler çalışan ve hasta örneklemini için ayrı ayrı yapılmış daha sonra iki grup birleştirilerek tüm örneklem için analizler tekrarlanmıştır. Her alt ölçek için gerçekleştirilen analiz sonuçları Tablo 19-28 arasında verilmiştir.

Aşağıdaki değerlendirmelerde maddelerin ayırt edicilik düzeyleri , madde-toplam puan korelasyonu düşük ve madde çıkarıldığında ölçek alfası yükseliyorsa ayırt ediciliği düşük, madde-toplam puan korelasyonu .30'un üzerinde ve/veya madde çıkarıldığında ölçek alfası düşüyorsa ayırt ediciliği yüksek olarak kabul edilmiştir.

KA alt ölçeğine ait madde analiz sonuçları Tablo 19' da görüldüğü gibidir. Çalışan grubunda 9'uncu madde çok düşük madde- toplam puan korelasyonu göstermiştir($r = .09$, madde çıktıktan sonra ölçek alfası .70'dir). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 2, 4, 5, 6, 7'inci maddelerdir. Bu alt ölçeğin çalışanlar için iç tutarlık güvenilirlik katsayısı .67 dir.

Hasta grubunda ise 5'inci madde düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir($r = .17$, madde çıktıktan sonra ölçek alfası .71 dir.). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9 ve 10'uncu maddelerdir. Bu alt ölçeğin hastalar için iç tutarlık güvenilirlik katsayısı .70'dir (Tablo 19).

DE alt ölçeğine ait madde analiz sonuçları Tablo 20'de görüldüğü gibidir. Çalışan grubunda 1 ve 2'inci maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir (1. madde $r = .04$, 2. madde $r = .06$, madde çıktıktan sonra ölçek alfaları 1.

madde için .47 , 2. madde için .45'dir). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 3 ve 7'inci maddelerdir. Bu alt ölçeğin çalışanlar için iç tutarlık güvenilirlik katsayısı .45'dir.

Hasta grubunda ise 10'uncu madde çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir($r = .04$, madde çıktıktan sonra ölçek alfası .69 dur.). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 2, 3, 4, 6, 7 ve 9'uncu maddelerdir. Bu alt ölçeğin hastalar için iç tutarlık güvenilirlik katsayısı .66'dır (Tablo 20).

SP alt ölçeğine ait madde analiz sonuçları Tablo 21' de görüldüğü gibidir. Çalışan grubunda 3, 9 ve 10'uncu maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir (3. madde $r = .10$, 9. madde $r = .02$ ve 10. madde $r = .01$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfaları 3. madde için .48 , 9. madde için .49 ,10. madde için .52'dir). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 4, 6, ve 7'inci maddelerdir. Bu alt ölçeğin çalışanlar için iç tutarlık güvenilirlik katsayısı .48'dir.

Hasta grubunda ise 4, 7, 9 ve 10'uncu maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir(4. madde $r = .03$, 7. madde $r = -.03$, 9. madde $r = -.04$, 10. madde $r = -.07$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfaları sırasıyla .30, .33, .31, .36' dır.). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 3, ve 8'inci maddelerdir. Bu alt ölçeğin hastalar için iç tutarlık güvenilirlik katsayısı .29 dur (Tablo 21).

OT alt ölçeğine ait madde analiz sonuçları Tablo 22'de görüldüğü gibidir. Çalışan grubunda 1, 6, ve 9'uncu maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir(1. madde $r = .06$, 6. madde $r = .06$, 9. madde $r = -.06$, madde çıktıktan sonra ölçek alfaları 1. madde için .42 , 6. madde için .42, 9. madde için .47'dir). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 2, 3, 4, 5 ve 10'uncu maddelerdir. Bu alt ölçeğin çalışanlar için iç tutarlık güvenilirlik katsayısı .41'dir.

Hasta grubunda ise tüm maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir ($r = -.14$ ile .12 arası). Bu alt ölçeğin iç tutarlık güvenilirlik katsayısı .01'dir (Tablo 22).

PY alt ölçeğine ait madde analiz sonuçları Tablo 23'de görüldüğü gibidir. Çalışan grubunda 1, 7 ve 9'uncu maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir (1. madde $r = .08$, 7. madde $r = .03$ ve 9. madde $r = -.02$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfaları 1. madde için .62 , 7. madde için .63 , 9. madde için .65'dir).

Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 2, 3, 4, ve 5'inci maddelerdir. Bu alt ölçeğin çalışanlar için iç tutarlık güvenirlik katsayısı .60'dır.

Hasta grubunda ise 7, ve 9'uncu maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir(7. madde $r = .09$, 9. madde $r = .07$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfaları sırasıyla .61, .62'dir.). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 2, 3, 4, 5, ve 6'ıncı maddelerdir. Bu alt ölçeğin hastalar için iç tutarlık güvenirlik katsayısı .60'dır (Tablo 23).

KSY alt ölçeğine ait madde analiz sonuçları Tablo 24'de görüldüğü gibidir. Çalışan grubunda 1, ve 4'üncü maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir (1. madde $r = .02$, 4. madde $r = -.02$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfaları 1. madde için .49, 4. madde için .49'dur).Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 3, 5, 6, 8, ve 9'uncu maddelerdir. Bu alt ölçeğin çalışanlar için iç tutarlık güvenirlik katsayısı .45'dir.

Hasta grubunda ise 1, ve 9'uncu maddeler çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir(1. madde $r = -.06$, 9. madde $r = .11$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfaları sırasıyla .53, .49'dur.). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 2, 3, 5, ve 8'inci maddelerdir. Bu alt ölçeğin hastalar için iç tutarlık güvenirlik katsayısı .49'dur (Tablo 24).

ÖS alt ölçeğinin tüm maddeleri çalışan ve hasta gruplarında çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir (çalışan gurubunda $r = -.20$ ile .27 arası, hasta gurubunda $r = -.22$ ile .18 arası). Bu alt ölçeğin iç tutarlık güvenirlik katsayısı çalışanlar için .31, hastalar için .15'dir (Tablo 25).

DO alt ölçeğine ait madde analiz sonuçları Tablo 26'da görüldüğü gibidir. Çalışan grubunda 9'uncu madde orta düzeyde düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir ($r = .21$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfası .78'dir).Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 2, 3, 4, 5, 6,7, 8, ve 10'uncu maddelerdir. Bu alt ölçeğin çalışanlar için iç tutarlık güvenirlik katsayısı .77'dir.

Hasta grubunda ise 9'uncu madde çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir($r = .09$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfası ,74'dür.). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 2, 3, 4, 5, 6,7, 8, ve 10'uncu maddelerdir. Bu alt ölçeğin hastalar için iç tutarlık güvenirlik katsayısı .72'dir (Tablo 26).

PA alt ölçeğine ait madde analiz sonuçları Tablo 27’de görüldüğü gibidir. Çalışan grubunda 8’inci madde çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir ($r = .03$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfası $.56$ ’dır).Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 2, 3, 5, 6, ve 9’uncu maddelerdir. Bu alt ölçeğin çalışanlar için iç tutarlık güvenirlik katsayısı $.52$ ’dir.

Hasta grubunda ise 8’inci madde orta düzeyde düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir($r = .17$, madde çıktıktan sonraki ölçek alfası $.65$ ’dir.). Yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip olan maddeler 1, 3, 4, 6 ve 7’inci maddelerdir. Bu alt ölçeğin hastalar için iç tutarlık güvenirlik katsayısı $.64$ ’dür (Tablo 27).

ÇK alt ölçeğinin tüm maddeleri çalışan ve hasta gruplarında çok düşük madde-toplam puan korelasyonu göstermiştir (çalışan gurubunda $r = -.08$ ile $.18$ arası, hasta gurubunda $r = -.24$ ile $.33$ arası). Bu alt ölçeğin iç tutarlık güvenirlik katsayısı çalışanlar için $.15$, hastalar için $.13$ ’dür (Tablo 28).

Yukarıda yüksek ayırt edicilik düzeyine sahip oldukları belirtilen maddeler dışındaki maddeler alanı iyi temsil edeceğini düşündüğümüz başka maddelerle değiştirilebilir, yada revizyondan geçirilebilir. Sorunlu maddelerin beklenenden farklı bir alanı ölçmüş olabileceği, yada çevri süreciyle ilişkili sorunlardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir, çünkü sıklıkla kullandığımız ve bize doğal gelen sözcükler toplumun başka kesimlerince benimsenmemiş olabilir.

Savaşır’ın aktardığına göre, teknik olarak kurallara son derece uygun bir şekilde çevrilen “Genel Sağlık Anketi”nin bazı maddelerinde uygulama sonunda sorun olduğu görülmüş. Örneğin “Kendinizi mutsuz ve çökkün hissediyor musunuz?” yada “Çevrenizde yararlı bir rol oynadığınızı düşünüyor musunuz?” gibi cümleler ilk bakışta Türkçe olarak hatalı görünmese de, anlaşılmasında bazı güçlükler olduğu ortaya çıkmıştır. Bunlar “Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?”, “İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?” şeklinde değiştirildiğinde çok daha iyi sonuçlar alındığı görülmüş (37). Madde analizinde sorunlu olan maddelere baktığımda, bu maddelerden bazılarının uygulama sırasında anlaşılmakta güçlük çekilen maddeler olduğunu gözlemledim.

4.5.Sonuç

SOÖ'nin Türk psikiyatri servislerinden seçilen bir örneklemede tedavi ortamını değerlendirmek amacıyla kullanılabilirliğini ölçmek için yapılan bu çalışma sonucunda bulgular şöyledir;

SOÖ'nin güvenilirliği Kuder Richardson 20 Güvenirlik katsayısı ile incelenmiştir. Çalışanların alt ölçek güvenirlilik katsayıları KA için .67, DE için .44, SP için .47, OT için .40, PY için .59, KSY için .45, ÖS için .30, DO için .77, PA için .52, ÇK için .14 olarak belirlenmiştir. Hastaların alt ölçek güvenirlilik katsayıları .01 ile .72 arasında değişmiştir; KA için .70, DE için .66, SP için .28, OT için .01, PY için .59, KSY için .49, ÖS için .15, DO için .72, PA için .63, ÇK için .12 olarak belirlenmiştir.

SP ile OT (yalnızca hasta gurubunda olmak üzere), ÖS ve ÇK alt ölçekleri çok düşük güvenirlilik değerleri vermişlerdir. Bu alt ölçekler dışında kalan KA, DE, PY, KSY, DO, PA ve SP ile OT (yalnızca çalışan gurubunda olmak üzere) güvenirliliği kabul edilebilir düzeydedir. Ayrıca güvenirlilik için madde analizleri de yapılmıştır. Her alt ölçekteki maddeler klasik test kuramına göre kendi içinde madde analizine tabi tutulmuş ve her madde için, madde çıkarıldığında ölçek ortalamaları, madde çıkarıldığında ölçek varyansları, madde-toplam puan korelasyonları, madde çıkarıldığında ölçek alfası ve Cronbach-Alfa iç tutarlık katsayıları hesaplanmıştır. Bunun sonucunda ayırt edicilik düzeyi yüksek olan ve sorunlu olan maddeler belirlenmiştir.

SOÖ'nin geçerliği "Yapı-kavram geçerliği" ile değerlendirilmiştir. Bu amaçla faktör analizi yapılmıştır. SOÖ'nin on alt ölçeğinden elde edilen çalışan ve hasta gurubunun puanlarına dayalı korelasyon matrisine Temel Bileşenler Analizi, Varimax Rotasyonuyla birlikte uygulanmıştır. Bu analizler sonucunda orijinal yapıdaki gibi üç boyut bulunmuştur, fakat bazı alt ölçekler orijinalde olduğundan farklı faktörlerde yer almıştır. Sonuçta, bu çalışmada yer aldığı haliyle içeriğine bakarsak, 1.Faktör bir tedavi oluşumunda gözlenen temel özellikleri kapsadığı için bu faktör genel olarak "Programın Politikaları ve Tedavi Yönelimi" olarak isimlendirilebilir. 2.Faktör kontrol ve kontrole zıt öğeleri içerdiği için bu faktör "Kontrol Düzeyi" olarak isimlendirilebilir. 3.Faktör kişisel sorun ve öfke-saldırganlık düzeyini belirttiği için bu faktöre ise "Kişisel Sorunların İfadesi" denebilir.

Araştırmada, çalışan ve hastalardan elde edilen veriler kullanılarak birleştirici ve ayırt edici geçerlik için SOÖ alt ölçekleri arasındaki interkorelasyonlar hesaplanmıştır. Sonucunda, SOÖ alt ölçeklerinin ortamın çeşitli yönlerini temsil ettiği için birbiriyle ilişkili fakat birbirinden farklı alanları değerlendirdiği gözlenmiştir. Birbiriyle yüksek derecede ilişkili olanlar çoğunlukla aynı boyuta ait alt ölçeklerdir.

Genel olarak değerlendirecek olursak, SOÖ'nin araştırmanın yürütüldüğü üç hastanedeki psikiyatrik servis ortamını değerlendirmekte kullanmak amacıyla kabul edilebilir düzeyde geçerliği ve güvenilirliği vardır.

Çalışan ve hastaların temel özelliklerinin sayı ve yüzde dağılımları şöyledir. Çalışan ve hastaların, %68,6'ısını E.Ü.T.F.H. Psikiyatri. A.B.D. hasta ve çalışanları oluşturmaktadır. Servislere göre dağılıma baktığımızda en yüksek katılım %21,8 ile Kapalı Erkek servisinden, en düşük %5,7 ile Affektif servisindedir. Araştırma kapsamındaki guruplardan çalışanların oranı %42,4, hastaların ise %57,6 dır. Yaş guruplarına baktığımızda çalışan ve hastaların %90,8'ini 19-49 yaş arası kişiler oluşturmaktadır, tüm gurubun yaş ortalaması 31.83 ± 10 'dur. Cinsiyet dağılımı açısından baktığımızda araştırmada her iki cinsiyetin yer alış oranı birbirine yakındır, %47,2'sini kadınlar, %52,8'ini erkekler oluşturmaktadır. Çalışanların %63'ünün çalışma süresi 1 yılın altında çıkmıştır, bunun nedeni E.Ü. Hastanesindeki altı psikiyatri servisinde çalışanların 6 ayda bir rotasyona tabi olmalarıdır. Hastaların %88'i ortalama 1-8 haftalık süreden beri yatmaktadır.

Çalışan ve hastaların SOÖ alt ölçekleri ile ilgili ortalama, standart sapma, varyans, minimum ve maksimum puanları çalışanlar, hastalar ve tümü için verilmiştir. Bu veriler araştırmanın normlarını tanımlamada yararlıdır. Bu çalışmanın normlarını 3 hastanenin 8 psikiyatri servisinde çalışan toplam 97 hasta ve 132 çalışan oluşturmuştur. Çalışanlar hastalara göre, SOÖ bildirimlerinde programlarını katılımı daha düşük, düzen ve organizasyonu eksik, pratik yönelimini yetersiz, çalışanların kontrolü daha az olarak bildirdiler. Destek, spontanlık, otonomi, kişisel sorun yönelimi, öfke ve saldırganlık, programın açıklığını ise çalışanlar, hastalara göre daha yüksek buldular. Çalışanların alt ölçek ortalamaları 4.24 ile 7.84, Ss'sı 1.37 ile 2.66, varyansları 1.88 ile 5.40 arasında değişmektedir. Hastaların alt ölçek ortalamaları 3.91 ile 7.12, Ss'sı 1.43 ile 2.45, varyansları 2.04 ile 6.02 arasında değişmektedir. Tüm gurubun ise, alt

ölçek ortalamaları 4.04 ile 7.31, Ss'sı1.70 ile 2.52, varyansları 2.43 ile 6.33 arasında değişmektedir.

Bağımsız değişkenlerle, bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde; hastaneler, servisler, çalışan-hasta, kadın-erkek ve yaş gurupları açısından SOÖ alt ölçekleri puan ortalamaları fark göstermiştir. Süre açısından değerlendirildiğinde, çalışma süresi (çalışanlar için) ve kalış süresi (hastalar için) alt ölçek puan ortalamalarında fark göstermemiştir.



4.6. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz şunlardır:

SOÖ'nin araştırmanın yürütüldüğü üç hastanedeki psikiyatrik servis ortamını değerlendirmekte kullanmak amacıyla kabul edilebilir düzeyde geçerliği ve güvenilirliği vardır. Bunun yanında geçerlik ve güvenilirlik düzeyinin artırılabilceği kanısındayım. Testin “geçerlik” ve “güvenirlik” dereceleri testteki maddelerin kalite ve niteliğine bağlıdır. Bu nedenle madde analiz ile iyi sorular seçilerek, revizyondan geçirilerek veya değiştirilerek daha başlangıçta testin geçerliği ve güvenilirliği büyük ölçüde garanti altına alınabilir (34). Yapı-kavram geçerliği için Özgüven (1994) “her seferinde testle ilgili yeni bir parça bilgi edinilerek yığılımlı şekilde testin yapısı ve puanın anlamı hakkında bilgiler elde edilmektedir. Bu nedenle bir testin yapı-kavram geçerliğinin bilinmesi bitmeyen bir süreç olarak uzun zaman almaktadır” demiştir (34). Ölçeğin yığılımlı çalışmalarına ihtiyaç vardır. Onun için bu çalışmanın sonuçları bir ön çalışma gibi kabul edilip, ölçeğin ilerideki “geçerlik” ve “güvenirlik” çalışmalara yön vereceği düşüncesindeyim.

Ayrıca ölçeğin diğer geçerlik (ölçüt ve kapsam geçerliği) ve güvenilirlik (test-tekrar test ve paralel formlar güvenilirliği) ölçütleriyle de sınanmasının iyi olacağını düşünüyorum.

Norm çalışmalarının büyük guruplarda yapılarak daha genellenebilir bilgiler elde edilmesi yararlı olacaktır.

Sonraki çalışmalarda servis ortamını etkileyen değişkenler daha kapsamlı ele alınırsa yararlı olacaktır. Örneğin hasta kişinin tanısı, çalışanların iş doyumunu, kurumun politikaları ve yapısı vb.

Bulgular sonucunda, programların önemli bir oranının hasta çalışan ilişkilerinin kalitesine yada hastalar ve hastaların kişisel gelişimleri yönündeki beklentilerin gerçekleşmesine yeterince önem vermediğini gözlemleyebiliriz. Servis ortamı değerlendirmeleri ve düzenlemeleri hastanın, en üst düzeyde yarar sağlaması ve en iyi tedavi sonuçlarına ulaşması üzerine odaklanmalıdır.

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, SOÖ'nin Türk Psikiyatri Servislerinde ortam değerlendirmelerinde kullanılıp kullanılmayacağını incelemektir. Bu amaçla ölçeğin Türkçe'ye çevirisi yapıldıktan sonra üç hastanenin sekiz psikiyatri servisindeki hasta ve çalışanlara uygulanmış. Elde edilen veriler araştırmanın amacı doğrultusunda analiz edilmiştir. Hasta ve çalışanların ham puanları üzerinden ortalama, Ss, varyans min., max. değerleri saptanmıştır. Geçerlik için hasta ve çalışan grupta ayrı olmak üzere faktör yapısına bakılmıştır. İki grupta da 3'er faktör saptanmıştır ve şöyle adlandırılmıştır 1.Faktör "Programın Politikaları ve Tedavi Yönelimi", 2.Faktör "Kontrol Düzeyi", 3.Faktör "Kişisel Sorunların İfadesi" . Ayrıca ayırt edici ve birleştirici geçerlik için alt ölçek interkolerasyonları bakılmıştır. İç tutarlık için Kuder Richardson 20 formülü uygulanmıştır. Güvenirliliği kabul edilebilir olan alt ölçeklerin güvenilirlik katsayıları tüm grup için .74 ile .51 arasında değişmiştir. Ayrıca madde analizi yapılarak maddelerin ayırt edicilik düzeyine bakılmıştır. Alt ölçek puan ortalamalarının çeşitli değişkenlere göre değişimine bakılmış ve hastaneler, servisler, yaş, cinsiyet, çalışan veya hasta olması açısından anlamlı bulunur iken süre açısından anlamlı bir değişim yoktur.

Sonuç olarak SOÖ'nin araştırma kapsamındaki servislerin ortamını değerlendirmede kullanılabilir olduğu düşünülmüştür. Ölçeğin sonraki çalışmalarında diğer geçerlik ve güvenilirlik yöntemleri ile de sınanması ve sorunlu maddelerin revizyondan geçmesi, geçerlik ve güvenilirlik düzeyi açısından daha köklü bilgiler edinmeye yarayacaktır.

SUMMARY

The purpose of this study is to investigate the psychometric properties of the Moos Ward Atmosphere Scale- Form R (SOÖ) in psychiatric wards in Turkey.

The scale which is translated into Turkish has administered to patients and staff from eight program of three different hospitals. The data obtained from SOÖ, were analyzed internal consistency, item statistics, factor structure, subscale intercorrelation, variability of its subscales according to hospitals, programs, age, gender, case of patient or staff , hospitalization time for patients, working time for staff.

The internal consistency of Turkish version of the SOÖ varies from .74 to .51. The results are similar to previously reported Uçman's study had done in Turkey.

Factor analysis of patient's and staff's mean subscale scores identified 3 factors, that were labeled as; "program policy and treatment orientation", "level of control", "expression of personal problem", like previously reported in other studies.

Consequently, reliability and validity of SOÖ in this study is enough but it should be confirmed by other methods and the problematic items should be revised.

KAYNAKLAR

- 1- Abraham,I&Foley,T. The Work Environment Scale and the Ward Atmosphere Scale (Short Forms):Psychometric Data. *Perceptual and Motor Skills*,1984, 58,319-322.
- 2-Alden, L. Treatment Environment and Patient Improvement. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1978b,166,327-334.
- 3-Barker, P.S. *Patient Assessment in Psychiatric Nursing*, 1985,303-333.
- 4-Barry, P.D. *Mental Health and Mental Illness. Fourth Edition*, 1990,278-285.
- 5-Belegen, A.M.; Goode C.; Reed L. Nurse Staffing and Patient Outcomes. *Nursing Research, Jaunary / February,1998,: Vol 47, No: 1.*
- 6-Burti, L.; Glick, I.D.; Tansella, M. Measuring the Treatment of a Psychiatric Ward and a Community Mental Health Center after Italian Reform. *Community Mental Health Journal*, 1990,26,193-204
- 7-Callahan, P.; Young-Cüreton, G.; Zalar, M.; W.S. Relationship Between Tolerance/Intolerance of Ambiguity and Perceived Environmental Uncertainty in Hospitals. *Journal of Psychosocial Nursing*, 1997,Vol. 35,and No: 11, 39-43.
- 8-Caplan, C.A. Nursing Staff and Patient Perceptions of the Ward Atmosphere in a Maximum Security Forensic Hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1993,7,23-29.
- 9-Darcy, P.T. *Theory and Practice of Psychiatric Care*. 1984, 19-27.
- 10-Dorr, D.; Honea, S.; Pozner, R. Ward Atmosphere and Psychiatric Nurse's Job Satisfaction. *American Journal of Community Psychology*. 1980, 8, 455-461.
- 11-Eriksen,L. Ward Atmosphere Changes During Restructuring of an Alcoholism Treatment Center: A Quasi- Experimental Study. *Addictive Behaviors*, 1987, 12, 33-42.
- 12-Fischer, J. The Relationship Between Alcoholic Patients' Milieu Perception and Measures of their Drinking During a Brief Follow-up Period. *International Journal of the Addictions*, 1979,14, 1151-1156.
- 13-Flaherty, J.; Naidu, J.; Lawton, R.; Pathak, D. Racial Differences in Perception of Ward Atmosphere. *American Journal of Psychiatry*, 1981,138, 815-817.
- 14-Friis, S. From Enthusiasm to Resignation in a Therapeutic Community: A Process Evaluation of a Mental Hospital Ward With the Ward Atmosphere Scale (SOÖ). *Journal of the Oslo City Hospitals*, 1981a,31, 51-54.
- 15-Friis, S. Characteristics of a Good Ward Atmosphere. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1986a,74, 469-473.

- 16-Friedman,S; Jeger,A; Slotnick, R. Psychosocial Climate of a Psychiatric Ward :Differential Perceptions of Nursing Personnel and other Professionals. *American Journal of Community Psychology*, 1980-8, 613-615.
- 17-Gökçe,B *Toplumsal Bilimlerde Araştırma*. Savaş Yayınları- Ankara, 1992.
- 18-Goldmeier,j; Silver SB Women Staff Members and Ward Atmospheres in a Forensic Hospital. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 1988, 32, 257-265.
- 19-Hovardaoğlu, S; Sezgin, N (çevirenler) *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme Standartları*. Türk Psikologlar Derneği ve ÖSYM Yayını 1998.
- 20-İkiz, F; Püskülcü, H; Eren, Ş *İstatistiğe Giriş. 4.Baskı, Barış Yayınları,Fakülteler Kitapevi*,1996.
- 21-James, I.; Derek L.; Firth; Hugh. A Systematic Comparison of Feedback and Staff Discussion in Changing the Ward Atmosphere. *Journal of Advanced Nursing*, 1990,15, 329-336.
- 22-Johnson, B.S. *Psychiatric Mental Health Nursing: (Adaptation and Growth). Third Edition, Chapter 14*. 1993.
- 23-Kahn, E. M.; Sturke, I. T.; Schaeffer, J. Inpatient Group Processes Paralleled Unit Dynamics.*International Journal of Group Psychotherapy*, 1992,42, 407-419.
- 24-Karasar, N. *Bilimsel Araştırma Yöntemi; Kavramlar, İlkeler, Teknikler, 1.Basım*, 1995.
- 25- Karasar, N. *Araştırmalarda Rapor Hazırlama. 8. Basım*,1995.
- 26-Klass, D.; Growe, G.; Strizich, M. Ward Treatment Milieu and Post-Hospital Functioning. *Archives of General Psychiatry*, 1977,34, 1047-1052.
- 27-Kum, N. ve ark. *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları*,No:13,1996, 6/9-11.
- 28-Lanza, M.L.; Kayne, H.L.; Hicks, C.; Milner, J. Environmental Characteristics Related to Patient Assault. *Issues. Ment. Healt Nurs. May-Jun*; 1994, 15(3), 319-335
- 29-Main, S.; McBride, A. B.; Austin, J. K. Patient and Staff Perceptions of a Psychiatric Ward Environment. *Issues in Mental Health Nursing*, 1991, 12, 149-157.
- 30-Moos, R.H. Ward Atmosphere Scale: An Annotaded Bibliography Update. Palo Alto, California. April 1996.

- 31-Moos, R.H. *Ward Atmosphere Scale (SOÖ) Manual; Sampler Set Manual, Test Booklets and Scoring Key Manual. Published by Mind Garden. Third Edition. 1996*
- 32-Öner, N. Güvenirliği ve/ veya Geçerliği Sınanmış Psikolojik Testler. *Türk Psikoloji Dergisi*,1994,9(33), 9-18.
- 33-Öner, N. *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler; Bir Başvuru Kaynağı. Boğaziçi Matbaası, 1996 Mayıs. 592-594.*
- 34-Özgtiven, İ E *Psikolojik Testler. Yeni Doğu Matbaası-Ankara 1994*
- 35-Pratt, T. C.; Linn, M. W.; Carmichael, J. S.; Webb, N. L. The Alcoholic's Perception of the Ward as a Predictor of After Care Attendance. *Journal of Clinical Psychology, July,1977, Vol. 33, No. 3.*
- 36-Rhodes, L. Social Climate Perception and Depression of Patient and Staff in a Chronic Hemodialysis Unit. *Journal of Nervous and Mental Disease*,1981, 169, 169-175.
- 37-Savaşır, I. Ölçek Uyarlanmasındaki Sorunlar ve Bazı Çözüm Yolları. *Türk Psikoloji Dergisi*,1994, 9(33), 27-32.
- 38-Smith, J.; Gross C.; Roberts J. The Evolution of A Therapeutic Environment For Patients With long-term Mental Illness as Measured by the Ward Atmosphere Scale. *Journal of Mental Health. 1996,5,4,349-360.*
- 39-Squier, R.W. The Relationship Between Ward Atmosphere and Staff Attitude to Treatment in Psychiatric In-Patient Units. *British Journal of Medical Psychology, 1994, 67, 319-331.*
- 40-Steiner, H.; Haldipur, C.; Stack, L. The Acute Admission Ward as a Therapeutic Community. *American Journal of Psychiatry, 1982,139, 897-901.*
- 41-Strasser, D.C.; Falconer, J.F., Saltzman, D.M. The Relationship of Patient's Age to the Perception of the Rehabilitation Enviroment..*JAGS-MAY,1992, Vol.40, No; 5*
- 42-Stuart, G.W.; Laraia, M.T. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing Sixth Edition. Chapter 33, 699-715.*
- 43-Sümbüloğlu, K; Sümbüloğlu,V Biyoistatistik 5.Baskı, Özdemir Yayıncılık, 1994
- 44-Şahin, N. Psikolojik Araştırmalarda Ölçek Kullanımı. *Türk Psikoloji dergisi, 1994, 9(33), 19-26.*
- 45-Taylor, C.M. *Essential of Psychiatric Nursing. Thirteenth Edition, 1990, 99-110.*

- 46-Teasdale, J.; Evans, J.; Greene, S.; Hitchcock, C.; Hunt, H.; Connell, P. Ward Environment in an Inpatient drug dependence Treatment Unit: II. Attempts to Improve Ward Environment. *International Journal of the Addictions*, 1975,10, 539-555.
- 47-Topsever, Y. *Psikolojide Araştırma Deney ve Analiz*. Ege Ü. Basımevi -İzmir, E.Ü:Edebiyat Fak. Yayınları no:60, 1991.
- 48-Verhaest, S.; Pierloot, R.; Janssens, G. Comparative Assessment of two Different Types of Therapeutic Communities. *International Journal of Social Psychiatry*, 1982, 18, 895-899.
- 49-Verinis, J.; Flaherty, J. Using the Ward Atmosphere Scale to Help Change the Treatment Environment. *Hospital and Community Psychiatry*, 1978, 29, 238-240
- 50-Woods, D.; Billig, J. The A-B Variable and Preferred Inpatient Environment. *Journal of Clinical Psychology*, 1979, 35, 429-432.



EK-1

Orijinal SOÖ'nin Psikometrik Verilerini Gösteren Tablolar

Tablo 29: Amerikan Normatif Örnekleme

Alt ölçek	Hasta N = 982		Çalışan N = 875	
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss
Katılım	5,41	2,45	6,62	2,28
Destek	5,72	2,19	6,72	1,75
Spontanlık	4,52	1,98	5,57	1,79
Otonomi	5,23	2,51	6,32	2,36
Pratik Yönelim	5,97	2,23	7,52	2,09
Kişisel Sorun Yönelimi	4,79	2,35	5,91	2,13
Öfke Ve Saldırganlık	4,94	2,35	6,52	2,07
Düzen Ve Organizasyon	6,20	2,24	6,07	2,32
Programın Açıklığı	5,30	2,00	6,69	1,97
Çalışanların Kontrolü	5,28	2,03	3,48	1,90

Tablo 30: İngiliz Normatif Örnekleme

Alt ölçek	Hasta N = 450		Çalışan N = 290	
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss
Katılım	4,32	1,34	5,50	1,68
Destek	6,03	1,18	6,97	1,06
Spontanlık	4,79	0,86	5,80	1,09
Otonomi	4,84	0,93	5,48	1,11
Pratik Yönelim	5,46	1,03	6,70	1,22
Kişisel Sorun Yönelimi	4,21	0,95	5,25	1,07
Öfke Ve Saldırganlık	4,30	1,28	5,35	1,57
Düzen Ve Organizasyon	6,43	1,65	6,63	1,78
Programın Açıklığı	5,38	1,05	7,17	0,86
Çalışanların Kontrolü	3,96	1,26	2,40	0,92

Tablo 31:Orijinal SOÖ'nin Güvenirlik Bulguları

Alt Test	İç Tutarlık N = 46 Program		Ortalama Maddeden Alt Teste Korelasyon		Bir Haftalık Test –Test Güvenirliliği
	Hasta	Çalışan	Hasta	Çalışan	Hasta
Katılım	.78	.82	.51	.51	.79
Destek	.65	.60	.44	.44	.78
Spontanlık	.55	.65	.46	.46	.69
Otonomi	.55	.69	.43	.43	.76
Pratik Yönelim	.59	.63	.46	.44	.68
Kişisel Sorun Yönelimi	.76	.78	.53	.53	.83
Öfke Ve Saldırganlık	.76	.74	.53	.54	.71
Düzen Ve Organizasyon	.75	.82	.53	.53	.75
Programın Açıklığı	.59	.70	.45	.42	.76
Çalışanların Kontrolü	.59	.63	.43	.43	.76
Toplam	.66	.71	.48	.47	.75

Tablo 32:Orijinal SOÖ'nin Hasta ve Ekip İçin Alt ölçek İnterkorelasyonları

Alt Test	KA	DE	SP	OT	PY	KSY	ÖS	DO	PA	ÇK
Katılım		50	33	34	49	32	-06	46	38	-13
Destek	47		36	31	50	22	-19	46	50	-20
Spontanlık	44	41		27	29	41	09	10	31	-39
Otonomi	23	26	23		31	20	03	24	30	-19
Pratik Yönelim	45	35	23	36		33	01	31	31	-13
Kişisel Sorun Yönelimi	37	27	35	23	21		31	-02	15	-14
Öfke Ve Saldırganlık	16	-01	14	19	09	34		-46	-20	-08
Düzen Ve Organizasyon	33	33	17	06	26	03	-34		43	02
Programın Açıklığı	36	49	32	25	32	19	-06	40		-11
Çalışanların Kontrolü	-17	-15	-26	-20	-06	-05	-07	02	-05	

Not: Üst çaprazdaki değerler hastalara ait, alt çaprazdaki değerler çalışanlara aittir.

EK-2**Ham Puanı Standart Puanı Çevirme Tabloları****Ek-2A SOÖ Form R Alt Ölçek Ham Puanlarını Standart Puanlara Çevirme Tablosu**

HAM PUAN	Katılım		Destek		Spontanlık		Otonomi		Pratik Yönelim	
	Hasta Normları	Ekip Normları	Hasta Normları	Ekip Normları	Hasta Normları	Ekip Normları	Hasta Normları	Ekip Normları	Hasta Normları	Ekip Normları
10,0	90	72	95	90	—	—	96	79	99	79
9,5	85	69	89	84	—	—	91	79	93	75
9,0	81	66	84	78	95	89	87	71	87	67
8,5	77	62	79	72	90	83	82	67	80	62
8,0	72	59	74	66	85	78	77	63	74	56
7,5	68	56	69	60	80	72	72	59	68	50
7,0	64	53	63	53	75	66	67	55	62	44
6,5	59	49	58	47	70	61	62	51	56	38
6,0	55	46	53	41	65	55	57	47	50	32
5,5	51	43	48	35	60	49	53	43	44	26
5,0	46	39	43	29	55	44	48	40	38	20
4,5	42	36	37	23	50	38	43	36	32	14
4,0	38	33	32	17	45	32	38	32	26	9
3,5	34	29	27	11	40	26	33	28	20	3
3,0	29	26	22	5	35	21	28	24	14	—
2,5	25	23	16	—	30	15	23	20	8	—
2,0	21	19	11	—	25	9	19	16	2	—
1,5	16	16	6	—	20	4	14	12	—	—
1,0	12	13	1	—	15	—	9	8	—	—
0,5	8	9	—	—	10	—	4	4	—	—

EK-2A (Devam)

HAM PUAN	Kişisel Sorun Yönelimi		Öfke ve Agresyon		Düzen ve Organizasyon		Programın Açıklığı		Çalışanların Kontrolü	
	Hasta Normları	Ekip Normları	Hasta Normları	Ekip Normları	Hasta Normları	Ekip Normları	Hasta Normları	Ekip Normları	Hasta Normları	Ekip Normları
10,0	—	—	—	—	81	74	99	80	89	106
9,5	—	—	—	—	77	71	94	76	85	101
9,0	84	73	81	70	73	68	89	71	81	97
8,5	80	69	77	66	69	65	84	67	77	93
8,0	76	66	74	62	65	62	78	62	72	89
7,5	72	62	70	58	61	59	73	57	68	84
7,0	68	58	66	54	57	56	68	53	64	80
6,5	64	54	62	50	52	53	63	48	60	76
6,0	60	51	58	46	48	50	57	44	56	72
5,5	56	47	54	42	44	46	52	39	52	67
5,0	52	43	50	38	40	43	47	34	48	63
4,5	48	39	47	34	36	40	42	30	44	59
4,0	44	36	43	30	32	37	36	25	39	54
3,5	40	32	39	26	28	34	31	21	35	50
3,0	35	28	35	22	24	31	26	16	31	46
2,5	31	25	31	18	20	28	21	12	27	42
2,0	27	21	27	14	16	25	15	7	23	37
1,5	23	17	24	10	12	22	10	2	19	33
1,0	19	13	20	5	8	19	5	—	15	29
0,5	15	10	16	2	4	15	—	—	10	25

EK-2B Form R Kişisel Ham Puanları Standart Puanlara Çevirme Tablosu

Ham Puan	Katılım		Destek		Spontanlık		Otonomi		Pratik Yönelim	
	1 Hasta	2 Ekip Ü.	1 Hasta	2 Ekip Ü.	1 Hasta	2 Ekip Ü.	1 Hasta	2 Ekip Ü.	1 Hasta	2 Ekip Ü.
10	69	65	70	69	–	–	69	66	68	62
9	65	60	65	63	73	69	65	61	64	57
8	61	56	60	57	68	64	61	57	59	52
7	56	52	56	52	63	58	57	53	55	48
6	52	47	51	46	57	52	53	49	50	43
5	48	43	47	40	52	47	49	44	46	38
4	44	39	42	34	47	41	45	40	41	33
3	40	34	38	29	42	36	41	36	37	28
2	36	30	33	23	37	30	37	32	32	24
1	32	25	28	17	32	24	33	27	28	19
	Kişisel Sorun Yönelimi		Öfke ve Saldırganlık		Düzen ve Organizasyon		Programın Açıklığı		Çalışanların Kontrolü	
Ham Puan	1 Hasta	2 Ekip Ü.	1 Hasta	2 Ekip Ü.	1 Hasta	2 Ekip Ü.	1 Hasta	2 Ekip Ü.	1 Hasta	2 Ekip Ü.
10	–	–	–	–	67	67	74	67	73	84
9	68	65	67	62	63	63	69	62	68	79
8	64	60	63	57	58	58	64	57	65	74
7	59	55	59	52	54	54	59	52	58	69
6	55	50	55	47	49	50	54	46	54	63
5	51	46	50	43	45	45	49	41	49	58
4	47	41	46	38	40	41	44	36	44	53
3	42	36	42	33	36	37	39	31	39	47
2	38	32	37	28	31	32	34	26	34	42
1	34	27	33	23	27	28	29	21	29	37

- 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 çalışanlar hastaları geçmişleri hakkında konuşmaya teşvik ederler.
- 87-Burada hastalar nadiren öfkelenir.
- 88-Hastaların görüşme istekleri olduğunda çalışanlar onları nadiren bekletirler.
- 89-Buradaki hastalar ne zaman taburcu olacaklarını hiçbir zaman bilemezler.
- 90-Burada hastaların kişisel sorunlarını başkalarıyla paylaşmaları güvenli değildir.
- 91-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.

TEŞEKKÜR EDERİM

ÖZGEÇMİŞ

1968 Afyon doğumluyum. İlk ve orta öğrenimimi İzmir'de tamamladım. 1987 yılında SSK İzmir Sağlık Meslek Lisesi'nden mezun oldum, SSK Konya Hastanesinde ameliyathane hemşiresi olarak başladım. 1989-1993 yıllarında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda lisans eğitimimi tamamladım. Aynı yıl Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği dalında yüksek lisans öğrencisi olarak başladım. Üniversite Eğitimim süresince klinik hemşiresi olarak çocuk servisi, acil servis ve çeşitli yoğunbakımlarda çalıştım. 1993'de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı'nda çalışmaya başladım ve halen aynı bölümde çalışmaktayım.

Sarı (DOĞAN) BOZKURT