

# Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde İyileşme ve İyileşme Modelleri

## Recovery in Individuals with Mental Disorders and Recovery Models

Merve BAT TONKUŞ<sup>1,2</sup>, Sevcan KARATAŞ<sup>2</sup>, Sevil YILMAZ<sup>3</sup>,  
Fatma Yasemin KUTLU<sup>3</sup>

**MBT:** [0000-0002-1046-6862](https://doi.org/10.46629/JMS.2022.86) **SK:** [0000-0003-0247-3541](https://doi.org/10.46629/JMS.2022.86) **SY:** [0000-0002-4967-8264](https://doi.org/10.46629/JMS.2022.86) **FYK:** [0000-0003-0596-4258](https://doi.org/10.46629/JMS.2022.86)

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup> İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, SHMYO, İstanbul-Türkiye

<sup>3</sup> İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD, İstanbul-Türkiye

### Öz

Ruhsal bozukluğu olan bireylerde yeti yitiminin önlenmesi için son zamanlarda sıkça gündeme gelen kavram iyileşme (recovery) kavramıdır. Ruhsal bozukluğun yol açtığı birtakım sınırlılıklara rağmen "kişilerin tutumlarını, değerlerini, duygularını, hedeflerini, becerilerini ve/veya rollerini değiştirmeye yönelik kişisel, benzersiz bir süreç" olarak tanımlanan bu kavram günümüzde, 'klinik iyileşme' ve 'kişisel iyileşme' özelliklerine yönelik ayrı ayrı vurgular yapıldığı dikkat çekmektedir. Klinik iyileşmenin, tıbbi modelin bir ürünü olarak ortaya çıkan ve sıkça ruh sağlığı alanında çalışanların kullandığı bir kavram olduğu; kişisel iyileşmenin ise bireyin gelişim ve değişimini ifade eden daha öznel bir kavram olduğu görülmektedir. İyileşmenin sağlanması ve sürekliliğinin gerçekleştirilmesi için hastalığın medikal alandan bütünsel alana doğru holistik bir yaklaşımını hedefleyen 'iyileşme yönelimli uygulamalara' önem verilmektedir. Ruhsal bozukluklar bireylerin zihinsel, bedensel ve mesleki işlevselliğini azaltsa da günümüzde iyileşme modellerini kullanarak, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin kendi kendilerine iyileşme potansiyellerini ortaya çıkarmak ve iyileşmesini sağlamak mümkündür. Hastaların iyileşme süreçlerinde aktif rol oynayan ve bakımın planlanmasından sorumlu kişi olarak Ruh Sağlığı ve Psikiyatri hemşireleri, mevcut iyileşme modelleri aracılığıyla; hastaların güçlü yönlerini fark etmelerine ve bu yönlerini geliştirmelerine, iyileşme sürecinde karşısına çıkabilecek olan sorunları tanımalarına ve bu sorunlarla nasıl baş edebileceğine yönelik bağımsız kararlar verebilmesine, hastaneye yatış tekrarlarının azaltılmasına, hastanede yatış süresinin kısaltılmasına, kişinin toplumla yeniden bağlantı kurmasını sağlayarak eski konum ve statüsüne sahip olmasına yardımcı olmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Ruhsal bozukluk, iyileşme, iyileşme modelleri

### Abstract

Recovery is the concept that has come up frequently recently to prevent disability in individuals with mental disorders. Despite some limitations caused by mental disorder, it is defined as "a personal, unique process to change people's attitudes, values, feelings, goals, and roles." For the concept of recovery, it is seen that different emphasis has been placed on 'clinical recovery' and 'personal recovery' features. It's known that clinical recovery is a concept that emerged as a product of the medical model and is frequently used by those working in the field of mental health and personal recovery is a more subjective concept expressing the development and change of the individual. "Recovery-oriented practices", which is a holistic approach from the medical field to the holistic field, is emphasized in order to ensure and sustain the recovery. Although individuals with mental disorders decrease mental, physical and occupational functioning, it's possible to reveal the self-healing potential of individuals with mental disorders and to ensure their recovery by using recovery models. Mental health and psychiatric nurses who play an active role in the recovery processes of the patients and are responsible for the care planning, through the existing recovery models; they should help patients to recognize their strengths and develop these aspects, to recognize the problems that may arise in the recovery process and to make independent decisions about how to cope with these problems, to reduce recurrent hospitalizations, reduce hospital length of stay, reconnect the person with the society and have their former position.

**Keywords:** Mental disorder, recovery, recovery models

## GİRİŞ

Ruhsal bozukluk, bireyin duygu düşünce ve davranışlarında görülen, sosyal-fiziksel işlevselliğini bozan, iç ve dış stresörlerle uyumsuzluk gösteren ve klinik olarak tanımlanabilen belirtilerin tamamını ifade etmektedir (1,2). Ruhsal bozukluklar, kişilerde yeti-yitimine yol açan hastalıklar arasında ilk sıralarda gelmektedir. Yeti-yitimi önemli günlük faaliyetlere katılma, iş/aile/arkadaş ilişkilerini devam ettirme ve kişinin gelecek hedeflerini planlama gibi rutin düzenini engellemektedir (3). Bu nedenle ruhsal bozuklukların tedavi sürecinde kalıcı yeti-yitimine yol açabilecek, çevresel/ toplumsal ve hizmete ulaşımın önündeki engellerin kaldırılarak yeti-yitiminin hızlıca tedavi edilmesi başlıca amaçlardan biri olmalıdır. Ruhsal bozukluğu olan bireylerde yeti yitimlerinin önlenmesi için son zamanlarda sıkça gündeme gelen kavram iyileşme (recovery) kavramıdır (4,5) ve iyileşme ruhsal bozukluğun yol açtığı birtakım sınırlılıklara rağmen “kişilerin tutumlarını, değerlerini, duygularını, hedeflerini, becerilerini ve/veya rollerini değiştirmeye yönelik kişisel, benzersiz bir süreç” olarak tanımlanmaktadır (6). Bu derleme çalışmasında ruhsal bozukluklarda iyileşme kavramı, tarihsel süreçteki değişimi ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin işlevselliğinin artmasına yardımcı olacak iyileşme modellerinin detaylı bir şekilde değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## İYİLEŞME VE İYİLEŞME MODELLERİ

### İyileşme Kavramı

Ruhsal bozukluğa sahip kişiler ve alandaki sağlık profesyonelleri tarafından farklı şekilde tanımları karşımıza çıkan “iyileşme” kavramının evrensel bir tanımının olmadığı görülmektedir. Literatürde iyileşme kavramının, ruhsal hastalıkların iyileşmesi; hastalık belirtilerinin geçmesi ile birlikte kişinin eski işlevselliğine dönmesi (7); bireyin güçlü ve zayıf yönlerinin çevresiyle sürekli ve dinamik bir etkileşim halinde olması (8,9); engellerin üstesinden gelerek, bağımsız yaşayabilme ve topluma katkıda bulunabilmesi (10); bireylerin istekleri doğrultusunda yaşadıkları, özgün girişimlerini keşfettikleri, potansiyellerine uygun olarak yaşadıkları bir değişim süreci (11) ya da bireylerin sağlık ve iyilik hallerini geliştirerek kendi kendilerini idare edebilecek bir hayat yaşamaları (12) şeklinde tanımlandığına rastlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise yayınlamış olduğu ruh sağlığı planında (2012) iyileşmeyi; umut kazanmak ve sürdürmek, kişinin yeteneklerini ve engellerini anlamak, aktif

bir hayata katılım, kişisel özerklik- sosyal kimlik kazanmak ve olumlu benlik duygusu kazanmak şeklinde tanımlamıştır (2).

### Tarihsel Süreç

İyileşme hareketinin ilk ne zaman ortaya çıktığından kesin bir dille söz etmek mümkün değildir ancak bağımlılık tanısı almış bireylerin oluşturduğu yardım gruplarından köken aldığı ve 1936 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) kurulan ‘Adsız Alkoliklerin’ 12 adım yaklaşımı gibi uygulamaların iyileşme hareketinin başlatılmasında öncülük ettiği düşünülmektedir (12). Adsız Alkoliklerden sonra, 1936 yılında psikiyatrist Abraham Low tarafından bugünkü adı ‘Recovery’ olan; “The Association of Nervous and Former Mental Patients” adlı bir yardım örgütü kurulmuştur. Söz konusu örgüt, düşünce süreçlerini geliştirmeye, yeniden üretken bir yaşam kazanmaya odaklanan, akran destekli bir program sunmaya günümüzde de devam etmektedir (13).

Özellikle 1960 ve 1970’li yıllarda artış gösteren sosyal hareketlenmeler; eski inançlara ve tutucu değerlere karşı çıkan insan hakları hareketleri, damgalanma karşıtı hareketler, tedavi süreçlerini sorgulayan antipsikiyatri hareketlerinin tümünün iyileşme kavramının gelişmesine katkı sağladığı düşünülmektedir (12,14). Bu gelişmeler sayesinde ruh sağlığı bozukluğu olan bireyler hizmetlerin planlanması, sunum ve değerlendirilmesine daha fazla dahil olabilmişler ve böylece hastane temelli hizmetlerden toplumsal temelli hizmetlere geçiş için gerekli alt yapı hazırlanmasında rol oynamışlardır (15,16). Zaman içinde iyileşme hareketlerindeki bu gelişmelerle “iyileşme” kavramının, ruh sağlığı içerisindeki olması gereken yer, görünür bir hal almaya başlamıştır. İyileşmenin tanımı ilk kez 1999 yılında ABD’de yayınlanan ruh sağlığı raporunda yapılmıştır (11,17) ve 2003 yılında da ‘Ruh Sağlığında Yeni Özgürlük’ komisyonunun iyileşme kavramına ilk kez ulusal bir raporda yazılı olarak yer vermesi ile dünya genelinde ruh sağlığı hizmetlerinde iyileşme odaklı yaklaşımların gerekliliği belirgin bir hal almıştır (18). Söz konusu rapor, mevcut ruh sağlığı sisteminin iyileşme önündeki engellerinden söz ederken, ruh sağlığı bakımının bireye ve aileye göre şekillenmesi gerektiğini; sadece semptom yönetimine yönelik bir bakımın yetersiz olduğunu ve bakım sürecinde hastanın da katılımın sağlanması gerektiğini vurgulamıştır (18). Zaman içinde iyileşme kavramı İngiltere, Avustralya, Kanada, İskoçya, Yeni Zelanda, İtalya

ve diğer ülkelerde de kullanılmaya başlanmış ve ruh sağlığı hizmetlerinde yerini almaya başlamıştır. (19,20).

Ülkemizde iyileşme yönelimli atılan adımlar açısından 2006 yılında hazırlanan ulusal ruh sağlığı politika metninde hastane temelli modelden, hastane-toplum denge modeline geçme kararı alınması önemli bir aşamadır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında (2011) ülkemizde sunulan hastane temelli hizmet modelinin olumsuz yanları ele alınarak eleştirilmiştir (21). Sağlık Bakanlığının (2020) yayımlanmış olduğu son raporda ülkemizde 177 toplum ruh sağlığı merkezi (TRSM)'nin hizmet verdiği belirtilmiştir (22). Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metni önemli bir kazanım olmakla beraber Türkiye'nin özellikle toplum ruh sağlığı hizmetlerindeki ihtiyaçlarının çözüme ulaşması ve iyileşme hareketlerinin kalitesi/devamlılığı için ne yazık ki yeterli düzeyde değildir. DSÖ'nün Ruh sağlığı politikalarının gelişmesine katkı sağlayacağı düşünülen önerilerine Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında da yer verilmiştir (21,23). Fakat bu önerilerin birçoğunun ülkemizde öneri boyutundan öteye geçemediği bir gerçektir (24).

### Ruhsal Bozukluklarda İyileşme

İyileşme ile ilgili yapılan tanımlarda 'klinik iyileşme' ve 'kişisel iyileşme' özelliklerine yönelik ayrı ayrı vurgular yapıldığı dikkat çekmekte ve bu iki kavram arasında ayırım yapılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. Klinik iyileşme, tıbbi modelin bir ürünü olarak ortaya çıkan ve sıkça ruh sağlığı alanında çalışanların kullandığı bir kavram olduğu; kişisel iyileşmenin ise bireyin gelişim ve değişimini ifade eden daha öznel bir kavram olduğu dikkat çekmektedir (12).

İyileşme tanım açısından farklılık gösterdiği gibi farklı gruplarla yapılan çalışmalarda öznel algılanış biçimi açısından da farklılık gösterdiği görülmektedir. Ciddi bir ruhsal bozukluğa sahip bireylerin iyileşmiş olarak kabul edilebilmesi için; "semptomların sıklık ve şiddet açısından klinik düzeyin altında olması, okul/ iş etkinliklerine tam olmasa bile yarı zamanlı katılım gösterebilmesi, alışveriş, beslenme, kişisel bakım gereksinimlerini yardımsız yapabiliyor olması, aile ve arkadaşlık ilişkilerini sürdürebilmesi; eğlenti faaliyetlerine katılım gösterebilmesi ve son olarak sayılan tüm bu ölçütleri iki yıl boyunca sürdürebiliyor olması" şeklinde ölçütler önerilmiştir (3).

Kidd ve arkadaşlarının yaptığı niteliksel bir çalışmada (2014) psikiyatrik bozukluk tanısı olan, klinisyen ve hasta yakınından oluşan on bir kişi ile bir yıl boyunca toplam

12 odak grup görüşmesi yapılmıştır. Çalışma sonucunda katılımcıların tamamının iyileşmeyi 'hastalığın yok olması' şeklinde tanımladığı görülmüştür (25). Bulimia nervoza tanısı konmuş 14 hasta ile yapılan bir başka nitel çalışmada (2014), hastaların iyileşmeyi 'zorlu-dinamik ve ileri-geri gidişleri olan bir süreç' olarak tanımladıkları ve iyileşmek için umuda ve kendi yeteneklerine güvenmeleri gerektiğine dikkat çektikleri belirlenmiştir (26). Tayland'da 24 psikiyatri hemşiresi ile yapılan nitel bir çalışmada, psikiyatri hemşirelerinin, şizofreni tanılı hastaların iyileşmesini 'semptomların düzelmesi', 'günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme' ve 'sosyal işlevselliğin olması' şeklinde değerlendirdikleri saptanmıştır (27). İntihar girişiminde bulunan kişilerle ve şizofreni hastaları ile yapılan diğer çalışmalarda da iyileşmenin; yaşamdan doyum alma, umut, iyimserlik, güçlü olma, sosyal destek arama, stresörlerle baş etme gibi ifadelerle tanımlandığı görülmüştür (28,29).

İyileşmenin sağlanması ve sürekliliğinin gerçekleştirilmesi için hastalığın medikal alandan bütünsel alana doğru ele alınmasına, otonomi ve özerkliğin maksimum düzeyde olmasına, umudun artırılmasına, sosyalleşme ve topluma katılımının desteklenmesine, barınma-egitim-istihdam gibi ihtiyaçların karşılanmasına destek sağlayan holistik bir yaklaşım olan 'iyileşme yönelimli uygulamalara' önem verilmektedir (12,30). Kişiyi yalnızca tıbbi bir 'vaka' olarak değil; kişinin güçlü yönlerinin, yeteneklerinin, ilgi alanlarının ele alınması gereken, yeti-yitiminden iyileşmeye kadar olan süreçte planlanan tüm iyileşme odaklı uygulamalar; kapsamlı, sürekli, eşgüdümlü ve işbirlikçi olmalı, kişinin güçlü ve zayıf yanlarına odaklanmalı, kanıta dayalı girişimlerden oluşmalı, kişinin ruhsal bozukluk evresiyle uyumlu olarak planlamalar içermeli, hasta yönelimli olmalı, ve paydaşlarla işbirliği içerisinde planlanmalıdır (3).

Literatürde bu uygulamaların örneklerine rastlamak mümkündür. Delice ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir olgu sunumunda (2014) öz bakım eksikliği, tedaviye erişimde yetersizlik, toplumsal hayata katılımı ve tedavi işbirliğinde isteksizliği olan şizofreni tanılı bir bireye yönelik yapılan girişimlerde, dokuzuncu ay sonunda kişinin çalışma hayatına başladığı ve birinci yılın sonunda evlilik planları yapmaya başladığı görülmüştür (31). Chiba ve arkadaşları ise (2014), kronik ruhsal bozukluğa sahip olan (n=32) ve kontrol grubundan (n=31) oluşan bir çalışmada, kişileri üç ayrı oturumdan oluşan bir programa dahil etmiştir. Üçüncü oturum sonunda kişilerin yeteneklerinin ve pozitif bakış açılarının iyileşme üzerinde pozitif etkisi olduğu sonucunu elde edilmiştir (32).

## Ruhsal Bozukluklarda İyileşmeyi Değerlendirme Ölçekleri

İyileşmenin birçok farklı tanımı karşımıza çıkmasına rağmen bunu değerlendirmede bir takım ölçütler oluşturma çabaları olmuştur. Ruhsal bozukluğu olan bireylerde iyileşme kavramını ölçmek için çeşitli ölçme araçları bulunmaktadır. 'İyileşme Değerlendirme Ölçeği', 'İyileşme Süreci Envanteri', 'Hastalığı Yönetme ve İyileşme Ölçeği' iyileşme ile ilgili çalışmalarda kullanılan ölçüm araçları arasında yer almaktadır (11,12,33). Corrigan ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen ve Güler'in (2017) geçerlik güvenirliğinin yaptığı İyileşme Değerlendirme Ölçeği, ruhsal bir bozukluğa sahip bireylerin iyileşme süreçlerini öznel olarak değerlendirebilen ve beş alt boyutlu (kendine güven ve umut, yardım arama davranışı, hedef ve başarıya yönelim, çevredekilere güven, semptomlar ile baş etme) bir ölçektir (34,35). İyileşme Süreci Envanteri, Jerrell ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiştir ve Türkçe formunun geçerlik güvenirliği Yalçiner ve arkadaşları (2019) tarafından yapılmıştır. Envanter; iyileşme sürecini 'acı', 'diğerleriyle iletişim', 'güven/amaç', 'diğerlerinin yardımı', 'yaşam alanı' ve 'umut' alt boyutları ile değerlendirmek için kullanılmaktadır (36,37). Salyers ve arkadaşları tarafından (2007) geliştirilmiş, Türkçe uyarlaması Polat ve arkadaşları (2020) tarafından yapılmış olan Hastalığı Yönetme ve İyileşme Ölçeği ise, ruhsal bozukluklar hakkında bilgi, tedaviye bağlılık, relapsı önleme, sosyal destek, etkili baş etme ve madde bağımlılığı alt boyutlarıyla değerlendirme yapan bir ölçektir (38,39)

## İyileşme Modelleri

Bireylerin yaşama dair umutlarının canlı tutulmasını sağlayarak öz yeterliliklerinin geliştirilmesi ve yaşamlarından doyum almaları gibi hedefler doğrultusunda birçok iyileşme modeli geliştirilmiştir. İyileşme modelleri, ruhsal bozukluğu olan kişilerin işlevselliklerini artırarak, kendisi için yeni hedefler belirlemeye teşvik ederek hayatlarına devam etmelerini ve hayatlarına anlam katan ilişkiler geliştirmelerini amaçlamaktadır (40).

### -Watson İnsan Bakım Modeli (Watson's Theory of Human Caring)

Jean Watson, hemşireliğin iyileştirici ve bakım verici rolünün daha çok ön plana çıkarılması gerektiğini savunmuş ve 1975-1979 yılları arasında İnsan Bakım Modeli'ni geliştirmiştir. Bu model, hemşirelerin bakım

verdikleri bireyi yalnızca tıbbi açıdan ele almaması gerektiğini; bireye şefkat göstererek humanistik bir yaklaşımla bütüncül (sosyal, psikolojik, kültürel ve spiritüel yönden) bir bakım vermesi gerektiğini vurgulayan bir modeldir (41,42). Modelde; kişilerarası bakım ilişkisi (transpersonal caring relationship), bakım zamanı (caring moment), bakım-iyileştirme bilinci (caring-healing consciousness) ve iyileştirme süreçleri (caritas processes/ caratives factors) olmak üzere dört temel unsur bulunmaktadır.

Wang ve Lee'nin (2019) eşcinsel bir erkekte intihar davranışlarını azaltmak için Watson İnsan Bakım Modeli'ni uyguladıkları bir çalışmada, kişinin intihar düşüncelerini tetikleyebilecek olayları erken fark etmeye başladığını, dürtü kontrolü geliştirdiğini ve intihar/kendine zarar verme ile ilgili fikir ve davranışlarının azaldığı belirlenmiştir (43). Durgun Ozan ve ark. 2015'te fertilizasyon tedavisi gören infertil bir kadınla gerçekleştirdikleri olgu çalışmasında tedavi başarısız sonuçlansa bile hemşirenin uyguladığı Watson's İnsan Bakım Modeli ile kişinin umudu ve iyileşmeye olan inancının arttığı bildirilmiştir (44). Literatüre bakıldığında, Watson İnsan Bakım Modelinin uygulanmasıyla hasta ve hemşire arasında güvenli bakım ilişkisinin oluştuğu ve bu sayede bireylerin iyileşme süresinin kısaldığı, hasta memnuniyetin arttığı görülmektedir.

### -Tidal Model

1990'ların sonunda Phil Barker ve Poppy Buchanan-Barker tarafından geliştirilen bir model olan Tidal Model, bireyin yaşadığı problemlere uyum sağlaması ve bu problemlerle baş edebilmeleri için nelere ihtiyaç duyulduğuna, iyileşme sürecinin kolaylaşması için ne yapılması gerektiğine odaklanmaktadır. Ruhsal sağlık sorunlarına bir iyileşme yaklaşımı olarak, zihinsel refahımızın benlik algımız, algılarımız, düşüncelerimiz ve eylemlerimiz dahil olmak üzere bireysel yaşam deneyimimize bağlı olduğunu göstermekte ve hemşirelerin bireylerle iş birliği içerisinde onlara gerekli ilgiyi göstermesi gerektiği vurgulamaktadır (45). Modelde ayrıca, bireyin iyileşmek için ihtiyacı olan tüm kaynaklara sahip olduğu, hangi kaynağın kendisi için en iyi olduğunu bireyin seçmesi gerektiği ve hemşirelerin de bu konuda kişiye yardımcı olmaları ve seçimlerine saygı göstermeleri gerektiği belirtilmektedir (11,12,46). Barker and Buchanan-Barker modelin uygulanmasına temel oluşturacak 10 tidal değer geliştirmiştir (45,47,48). Bu değerler:

**Sese değer verin:** Hastanın geçmişinde yaşadığı sıkıntılı deneyimleri aktif olarak dinleyerek, hangi konuların çözüme kavuşturulmasında ve hastanın amaç ve hedeflerinin yeniden yapılandırmasına yardımcı olunmalıdır (48,49)

**Dile saygı gösterin:** Her insanın kendi yaşam hikayesini anlatırken kullandığı birçok benzersiz dil vardır ve bu dil hastanın başkalarına kendilerini, bildiklerini, içinde buldukları durumları ve neler hissettiklerini temsil eder. Bu nedenle hemşire, hasta bireylerin kendilerini kendi dili ile ifade etmelerini sağlamalıdır (48-50).

**Samimi bir merak geliştirin:** Hemşireler hastayı ve onun yaşam hikayesini daha iyi anlayabilmek için samimi, gerçek bir merak geliştirmelidir (48,49,51).

**Çıracak olun:** Kişinin hayatını en iyi kendisi bilir. Bu nedenle hemşire; hastanın yaşam öyküsünü öğrenmek için özenle ve saygıyla bir çıracak misali onu dinlemelidir (48-51).

**Kişisel bilgeliği ortaya çıkarın:** Kişi kendi yaşamında birçok tecrübeden yola çıkarak bilgelikler geliştirir fakat çoğunlukla bu bilgeliklerinin farkında olmazlar. Bu durumda hemşire, iyileşme sürecine katkı sağlaması için hastanın sahip olduğu yeteneklerin ve niteliklerin ortaya çıkmasında hastaya rehberlik etmelidir (49,51).

**Şeffaf olun:** Şeffaf olmak hasta ve hemşirenin bir takım olarak hareket etmesini sağlar. Şeffaf olunduğunda, kişiye ne yapıldığı ve neden yapıldığı açık bir şekilde anlatıldığında güven ilişkisi kurulacaktır ve bu durum hastanın iyileşmesine katkı sağlayacaktır (49,51).

**Uygun araçları kullanın:** Kişinin yaşam hikayesinde “geçmişte nelerin işe yaradığı” ve “gelecekte nelerin işe yarayabileceği” konularına ilişkin birçok araç vardır. Hemşire, hastanın iyileşmesini sağlamak için, bu süreçte karşılaştığı sorunlarla başa çıkmak için hangi yöntemi kullanacağı konusunda hastaya yardımcı olmalıdır (48,49).

**İleriye doğru basamak oluşturun:** Hemşire ve hasta iyileştirmeyi sağlayacak olan basamakları birlikte oluşturmalarıdır. İlk adım, değişimin gücünü ortaya çıkaran ve iyileşme hedefine işaret eden önemli bir adımdır (48,49).

**Zaman ödülü verin:** Hemşire ve hastanın birlikte geçirdikleri zamandan daha değerli bir şey yoktur. Birlikte geçirilen zaman iyileşmeye katkıda bulunur. ‘Ne kadar zamanımız var?’ sorusunun hiçbir yoktur; ‘Zamanı nasıl kullanıyoruz?’ sorusunun cevabı önemlidir. Hemşire ve hastanın birlikte geçirdiği zaman etkin kullanılarak,

bireyin iyileşmesi için gerekli ihtiyaçları değerlendirilmelidir (48,49).

**Değişimin sürekli olduğunu bilin:** Değişimin nasıl olduğu konusunda insanların farkındalık kazanması gerekmektedir. Hemşire, hastanın yaşamsal deneyimleri sonucundaki değişimlerini, bu değişimlerin onları nasıl etkilediği konusunda farkında olmasını sağlayarak iyileşme sürecine yönelik vereceği kararlar için hastaya yardımcı olmalıdır (48,49,51).

Öztürk Turgut ve Çam'ın (2020) Tidal Model temelli psikiyatri hemşireliği yaklaşımının, şiddet mağduru kadınların dayanıklılığı üzerindeki etkisini inceledikleri bir çalışmada, deney grubunun, kontrol grubuna göre dayanıklılığının arttığını ve geleceğe yönelik daha olumlu ve hedef odaklı bir görüşe sahip oldukları bildirilmiştir (52). Tidal Modelin intihar düşüncesi olan yaşlı yetişkinlere uygulandığı bir çalışmada, kişileri mevcut problemlerini çözmeye konusunda destekleyerek, başatma becerilerini etkili hale getirerek intihar riskini azalttığı saptanmıştır (50). ABD’de madde kötüye kullanımı tedavisi için kadınlara birinci basamak sağlık hizmetlerinde Tidal Model rehber alınarak bakım verilmektedir. Birinci basamakta görev yapan Tidal modeli uygulayan hemşireler sayesinde kadınlar, Kuzey Amerika’da madde kötüye kullanım öyküsü olup iyileşme gösteren bireylerin %30’unu oluşturmaktadır (53). Savaşan ve Çam’ın (2019) Tidal Model ile 12 ay izlenen alkol bağımlılığı olan bireylerle yaptıkları çalışmada, Tidal model uygulanan deney grubundaki bireylerin taburcu olduktan sonra ilk bir ay içinde alkol kullananların oranının kontrol grubuna göre daha az olduğu; 12 ayın sonucunda ise; deney grubunda sürdürüm ve laps oranının kontrol grubuna göre; kontrol grubunda ise relaps oranının deney grubuna göre fazla olduğu bildirilmiştir (46). Literatüre bakıldığında, Tidal Modelin 10 değerinin uygulanmasıyla bireylerin iyileşme gösterdikleri görülmektedir.

**- İşbirliğine Dayalı İyileşme Teorisi (Recovery Alliance Theory-RAT)**

İşbirliğine Dayalı İyileşme Teorisi, Eamon Shanley ve Maureen Jubb-Shanley (2007) tarafından iyileşmenin önemini vurgulamak ve iyileşmeye yardımcı olmak amaçlı geliştirilmiştir. İyileşmenin mümkün olduğu ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin buna inanması gerektiğini vurgulamaktadır (54,55). Teori; hümanistik felsefe, iyileşme, ortaklık ilişkisi, güçlü yönler odaklanma, güçlendirme ve ortak insanlık olmak üzere altı farklı

yapıdan oluşan bir ruh sağlığı hemşireliği teorisi (56). İşbirliğine Dayalı İyileşme Teorisi'ne göre, ruh sağlığı profesyonelleri iyileşmeye odaklanmalı ve ruh sağlığı bozukluğu olan bireyle ortaklık ilişkisi kurarak iyileşme sürecine katkı sağlamalıdır. Ruhsal bozukluğu olan kişilerde, hastalıklarından ziyade hedeflerine odaklanarak iyileşme göstermeyi hedeflemektedir. Hümanist felsefe yapısına sahip olan teori, bu yapı içindeki ruhsal sağlık endişeleri insan hayatının normal bir parçası olarak kabul etmektedir ve insanlar bu endişeleriyle başa çıkmak için kişisel güçlerini ve kaynaklarını kullanabilecek kabiliyete sahiptir. Ruh sağlığı profesyonellerini, iyileşme için ruh sağlığı bozukluğu bulunan kişilerin kişisel güçlerine odaklanmaya yönlendiren teori, bireyin yetersizliklerinden ziyade güçlü yönlerini ortaya çıkarıp, bunlara odaklanması sağlanarak ve güçlü yönlerini daha da güçlendirerek hastanın motive olmasına rehberlik etmektedir (55,56).

#### - Kavramsal İyileşme Modeli (Conceptual Recovery Model)

Nora Jacobson ve Dianne Greeley (2001) tarafından geliştirilen modele göre iyileşme; kendilerini iyileşmekte olarak tanımlayan kişiler tarafından deneyimlenen içsel durumları –umut, tedavi, güçlendirme ve sosyal/ailesel bağlar- ve iyileşmeyi kolaylaştıran dışsal durumları- insan hakları ilkesinin uygulanması, olumlu iyileşme kültürü ve iyileşmeye yönelik hizmetler- ifade etmektedir. Modelin amacı, iyileşmeyi tanımlayan soyut kavramları, sistemlerin, kurumların ve bireylerin bunu kolaylaştırmak için kullanabileceği belirli stratejilerle ilişkilendirmek ve iyileşmeyi sağlamaktır (57).

2011 yılında yapılan bir sistematik derleme çalışmasında; bağlılık, gelecekle ilgili umut, iyimserlik, hayatın anlamı, güçlendirme kavramlar aracılığıyla planlanan iyileşme sürecinin, bireylerin iyileşmesine katkı sağladığı, siyahi ve azınlık etnik kökenli bireyler için iyileşmeye odaklanan çalışmaların ise, iyileşmeye etki eden kavramlar olarak maneviyat ve damgalamaya daha fazla vurgu yapıldığı bildirilmiştir (58). Yapılan bir başka çalışmanın (2018) ise, iyileşmekte olan kişinin esneklik, kendini takdir etme ve geliştirme, kendi kendine yönlendirme, aile katılımı ve sosyal bağlar ve güçlendirme gibi içsel durumları ifade eden kavramlara sahip olmasıyla, iyileşme sonuçları, iyileşme bilgisi ve ruh sağlığı hizmetlerinin iyileşme yönelimi ile arasında pozitif korelasyon görüldüğü belirtilmiştir (59).

Gavriel-Fried ve Lev-El'in (2020) madde bağımlılığında

kurtulmuş bireylerin, öznel iyi oluş, öz yeterlik ve öz kontrol becerilerinin yüksek olması, proaktif başa çıkma becerilerine sahip olması, sosyo-duygusal ve yeniden yapılandırma becerilerine sahip olması gibi içsel durumlara; akran destek gruplarına katılması, aile ve arkadaşlarının olması ve onlarla kurdukları sosyal ilişkilerin varlığı gibi dışsal durumlara sahip oldukları için madde kullanımını bırakarak tamamen iyileştikleri bildirilmiştir (60).

#### - Sağlığın İyileştirilmesi Eylem Planı (SİEP) Modeli (Wellness Recovery Action Plan-WRAP)

Sağlığın İyileştirilmesi Eylem Planı (SİEP) Modeli, 1997 yılında Mary Ellen Copeland tarafından organize edilen psikiyatrik belirtiler için sekiz günlük iyileşme becerileri seminerine katılmış olan 30 katılımcı tarafından geliştirilmiştir (61,62). Kişinin iyileşmesini kolaylaştırmak amacıyla öz yönetim planı geliştirmek için sahip olunan iç ve dış kaynakların araç olarak kullanıldığı, semptomların kişi tarafından daha iyi yönetilmesinin, kendini izleyerek yetersizlikleri yerine güçlü yönlerine odaklanmasının amaçlandığı bir iyileşme modelidir (61,63) ve altı adımdan oluşmaktadır (62,64).

Öncelikle kişiden bir sağlık/araç kutusu geliştirmesi istenir. Hasta kendini kötü hissettiğinde geçmişte yaptığı ve kendini daha iyi hissettiği biriyle sohbet etme, gevşeme egzersizleri yapma, günlük tutma gibi faaliyetlerin bir listesini çıkarır. Daha sonra sağlıklı yaşam için her gün yapabileceği aktivitelerden oluşan günlük bakım listesi (en az 30 dakika egzersiz yap, sağlıklı öğün ve atıştırma hazırla vb.) oluşturur. Hastanın relapsına neden olacak tetikleyiciler (iş stresi, biten bir ilişki vb.) ve bu tetikleyicilerle karşılaşıldığında ortaya çıkan erken uyarı işaretleri belirlenir. Durum artık kötüleşip kriz anı başladığında kişinin kontrolü, önceden kendisinin belirlediği kişiye verilir ve böylece kendini güvende hissetmesi sağlanır.

Şiddetli ve dirençli ruhsal bozukluğa sahip 519 yetişkin hastaya Sağlığın İyileştirilmesi Eylem Planı modelinin uygulandığı bir çalışmada, SİEP modelinin psikiyatrik semptomları ve anksiyeteyi azalttığı, hastaların yaşam kalitesini ve iyileşmeye yönelik umutlarını arttırdığı bildirilmiştir (65). Zhao ve ark. (2015) yaptıkları sistematik derleme çalışmasında, SİEP modelinin hastaların hastanede kalış sürelerini, taburculuk sonrası yeniden hastaneye yatışlarını azalttığı ve ilaç uyumunu arttırdığı yönelik etkisi saptanmıştır (66).

### - Bütüncül İyileşme-yönelimli Model (Integrated Recovery-oriented Model/IRM)

Bütüncül İyileşme-yönelimli Model; iyileştirme, yenileme ve toplumla yeniden bağlantı kurma olmak üzere üç temel süreci kapsar (20,67):

**İyileştirme (Remediation):** Kişi tanısını öğrendiği anda şok, korku, endişe ve inkar durumları ortaya çıkabilir. İyileştirme aşamasında amaç, kişinin hastalığı öğrendiği anda oluşacak psikolojik ve sosyal olumsuz durumları azaltmak, hastalık nedeniyle oluşan fiziksel sağlık sorunlarını ele almak, kişinin güvenliğini sağlamak amacıyla erken müdahale etmektir. Kişi iyileşme imkanını fark eder ve aşılana umut ile güçlü yönlerini fark ederek, baş etme stratejilerini belirleyerek iyileşme süreci başlamış olur.

**Yenileme (Restoration):** Bu aşamanın amacı, iyileşme sürecinde umut ve olasılık duygusunun gerekli yapıları olduğunu göstermektir. Bu aşamada kişinin sahip olduğu sosyal ve bilişsel beceriler, günlük yaşam aktiviteleri, baş etme becerileri ve yeterlilikleri gibi durumlarının yeniden oluşturulmasına yardımcı olunmalıdır.

**Toplumla Yeniden bağlantı kurma (Reconnection):** Amaç, kişiyi toplumdaki yerine/statüsüne yeniden kazandırmak ve yeniden bağlantı kurmasını sağlamak için önceki aşamalarda geliştirilen yetkinliklere dayanarak yeni bir güven ve umut duygusu ile bağımsızlık ve sosyal fırsatlar kazandırmaktır. Böylece kişilerin öz yeterlilik, öz saygı ve özgüvenlerinde artış olacak ve toplumsal ilişki içerisinde bulunmaları sağlanacaktır.

Frost ve ark. (2017) akut ve subakut ünitelerinden transfer edilen şizofreni veya buna ilişkin bozukluklara sahip olan 154 hasta ile yaptıkları bütüncül iyileşme modelinin uygulandığı bir çalışmada, 6 aylık süre içerisinde hastaların sosyal ilişki kurma ve kendine güven durumlarında artış gösterdiği bildirilmiştir (67).

### SONUÇ

Ruhsal bozukluklar her ne kadar bireylerin zihinsel, bedensel ve mesleki işlevselliğini azaltsa da günümüzde iyileşme modellerini kullanarak, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin kendi kendilerine iyileşme potansiyellerini ortaya çıkarmak ve böylece iyileşmesini sağlamak mümkündür. Hastaların iyileşme süreçlerinde aktif rol oynayan ve bakımın planlanmasından sorumlu kişi olarak Ruh Sağlığı ve Psikiyatri hemşireleri, mevcut iyileşme modelleri aracılığıyla; hastaların mümkün olduğunca kendile-

rini tanımlarına, güçlü yönlerini fark etmelerine ve bu yönlerini geliştirmelerine, iyileşme sürecinde karşısına çıkabilecek, durumunu kötü yönde etkileyebilecek olan sorunları tanımasına ve bu sorunlarla nasıl baş edebileceğine yönelik bağımsız kararlar verebilmesine, stratejiler geliştirmesine, hastaneye yatış tekrarlarının azaltılmasına, hastanede yatış süresinin kısaltılmasına, kişinin toplumla yeniden bağlantı kurmasını sağlayarak eski konum ve statüsüne sahip olmasına yardımcı olmalıdır.

Received Date/Geliş Tarihi: 11.02.2022

Accepted Date/Kabul Tarihi: 11.05.2022

### KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. What is mental illness. [cited 2021 Jen 8] Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
2. World Health Organization. Mental disorders. [cited 2021 Jen 8] Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-disorders#:~:text=Mental%20disorders%20include%3A%20depression%2C%20bipolar,mental%20disorders%20such%20as%20depression.>
3. Liberman RP. Yetiyetiminden iyileşmeye. Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC. (Çev. Ed Yıldız M). Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, 2011. 278-310.
4. Çam MO, Durmuş HA. Ruhsal hastalığı olan bireyler ve psikiyatri hemşireleri açısından iyileşme. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.2016;32(2):97-106.
5. Doğan R, Mercan N, Yüksel Ç. Ruhsal hastalıklarda iyileşme: kavram analizi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.2020;11(4):1-1.
6. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. World Psychiatry2014;13(1):12-20.
7. Yıldız M. Koruyucu psikiyatri açısından psikiyatrik iyileştirim. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics.2011;4(4):82.
8. Bodine MN. Validation of the mental health recovery measure as a clinical assessment (Doctoral thesis). Ohio, The University of Toledo. 2013
9. Klockmo C. The role of personligt ombud in supporting the recovery process for people with psychiatric disabilities (Doctoral thesis). Sundsvall, Sweden, Mid Sweden University. 2013
10. Erikson MS. An Integrative review of what contributes to personal recovery in psychiatric disabilities. Issues Ment Health Nurs.2013;34:185-191.
11. Çam O, Yalçın N. Mental Illness and Recovery. Journal of Psychiatric Nursing.2018; 9(1): 55-60.
12. Şenocak SÜ, Arslantaş H, Yüksel R. Psikiyatrik iyileşmede yeni bir yönelim: iyileşme odaklı yaklaşım. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2019;28(2):83-97.
13. Recovery International. History. [cited 2021 Jen 8] Available from: <https://>

- recoveryinternational.org/about/#History
14. Bonney S, Stickley T. Recovery and mental health: a review of the British literature. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*.2008;15(2):140-153.
  15. Sowers W. Transforming systems of care: the american association of community psychiatrists guidelines for recovery oriented services. *Community Mental Health Journal*.2005;41(6):757-774.
  16. Field BI, Reed K. The rise and fall of the mental health recovery model. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*.2016;20(2):86-95.
  17. Davidson L, Lawless MS, Leary F. İyileşme kavramları: birbiriyile çelişiyor mu yoksa birbirini tamamlayıcı mı? *Current Opinion in Psychiatry*.2006;2(1):41-46.
  18. President's New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: Transforming mental health care in America. Executive Summary. [cited 2021 Jen 4] Available from: <https://govinfo.library.unt.edu/mentalhealthcommission/freedominitiative.htm>
  19. Adams N, Compagni A, Daniels A. International pathways to mental health system transformation: strategies and challenges. *International Journal of Mental Health*.2009;1:30-45.
  20. Nişancı A. Ruh sağlığı alanında iyileşme yaklaşımı ve psikiyatrik sosyal hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*.2019;30(1);231-259.
  21. Sağlık Bakanlığı. Ulusal ruh sağlığı eylem planı.2011. [cited 2021 Jen 8] Available from: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/30333,ulusal-ruh-sagligi-eylem-planipdf.pdf?0>
  22. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri genel Müdürlüğü. Toplum ruh sağlığı merkezleri (trsm) listesi 2020. [cited 2021 Jen 5] Available from: <https://khg-msaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,43118/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-trsm-listesi.html>
  23. World Health Organization. Policies and practices for Mental Health in Europe; Meeting the Challenges.2008. [cited 2021 Jen 4]
  24. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/96450/E91732.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf)
  25. Karataş S, Çalışkan BB. Toplum ruh sağlığı modelleri: dünyada ve Türkiye'deki mevcut durum. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine*.2020;5(1):34-41.
  26. Kidd S, Kenny A, McKinstry C. The meaning of recovery in a regional mental health service: an action research study. *Journal of Advanced Nursing*.2015;71(1):181-192.
  27. Lindgren BM, Enmark A, Bohman A, Lundström M. A qualitative study of young women's experiences of recovery from Bulimia Nervosa. *Journal of Advanced Nursing*.2015;71(4): 860-869.
  28. Kaewprom C, Curtis J, Deane FP. Factors involved in recovery from schizophrenia: a qualitative study of Thai mental health nurses. *Nursing & Health Sciences*.2011;13(3):323-327.
  29. Resnick SG, Fontana A, Lehman AF, Rosenheck RA. An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia research*.2005;75(1):119-128.
  30. Chi MT, Long A, Jeang SR, Ku YC, Lu, T, Sun FK. Healing and recovering after a suicide attempt: a grounded theory study. *Journal of clinical nursing*.2014;23(11-12):1751-1759.
  31. State Government of Victoria. Framework for recoveryoriented practice. Australia. 2011. [cited 2021 Jen 2] Available from: [http://docs2.health.vic.gov.au/docs/doc/0D4B06DF135B90E0CA2578E900256566/\\$FILE/framework-recovery-oriented-practice.pdf](http://docs2.health.vic.gov.au/docs/doc/0D4B06DF135B90E0CA2578E900256566/$FILE/framework-recovery-oriented-practice.pdf).
  32. Delice MA, Akgül SM, Yıldız M. Toplum ruh sağlığı merkezi'nden hizmet alan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi. *Clinical and Experimental Health Sciences*.2014;4(2):122-125.
  33. Chiba R, Miyamoto Y, Kawakami N, Harada N. Effectiveness of a program to facilitate recovery for people with long-term mental illness in Japan. *Nursing & health sciences*.2014;16(3):277-283
  34. Bağ B. Toplum ruh sağlığı hemşireliğinde uygulamaya yönelik bir model örneği: "recovery." *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*. 2018;10(4): 471-483.
  35. Corrigan PW, Giffort D, Rashid F, Leary M, Okeke I. Recovery as a Psychological Construct. *Community Mental Health Journal*.1999;35(3):231-239.
  36. Güler C. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliliği [master's thesis]. [İzmir]: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı,2017.
  37. Jerrell JM, Cousins VC, Roberts KM. Psychometrics of the recovery process inventory. *Journal of Behavioral Health Services and Research*.2006;33(4):464-473.
  38. Yalçiner N, Türkmen SN, Irmak H, Tavşanlı NG, Elma F. İyileşme süreci envanteri türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.2019;21(8): 32-40.
  39. Polat S, Kutlu Y, Gültekin BK. Psychometric properties of the Turkish version of illness management and recovery scale-patient form. *Perspectives in Psychiatric Care*.2020; 1-8.
  40. Salyers MP, Godfrey JL, Mueser KT, Labriola S. Measuring illness management outcomes: A psychometric study of clinician and consumer rating scales for illness self management and recovery. *Community Mental Health Journal*.2007;43(5):459-480.
  41. Jacob K. Recovery model of mental illness: A complementary approach to psychiatric care. *Indian Journal of Psychological Medicine*.2015;37(2):117-119.
  42. Gönen Şentürk S, Küçükgüçlü Ö, Watson J. Caring for caregivers of individuals with dementia: from the perspective of watson's theory of human caring. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*.2017;4(1):62-72.
  43. Küçükgüçlü Ö, Gönen Şentürk S, Akpınar Söylemez B. Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimleri. *DEUHFED*.2017;10(2):668-78.
  44. Wang YH, Lee MC. Nursing experience using watson's caring theory to mitigate suicidal behaviors in a homosexual male. *Journal of Nursing*.2019;66(2):107-114.
  45. Durgun Ozan Y, Okumuş H, Lash AA. Implementation of watson's theory of human caring: a case study. *International Journal of Caring Sciences*.2015;8(1);25.
  46. A Recovery Approach To Mental Health Care (Using The Tidal Model) Tur-





- ning The Tide Handbook. 2018. [cited 2021 Jen 2] Available from: <https://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/CEIMH/tidal-model-handbook.pdf>
47. Savaşan A, Çam O. Tidal model ile izlenen alkol bağımlılarının 12 aylık takip sonuçları. *J Psychiatric Nurs.*2019;10(1):48-54.
  48. Brookes N, Murata L, Tansey M. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.*2006;13:460-463.
  49. Buchanan Barker P, Barker PJ. The Tidal Commitments: Extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.*2008;15(2):93-100.
  50. Barker P, Buchanan Barker P. The tidal model - a guide mental health professionals. In The Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.14744/phd.2018.46362>
  51. Sagna AO, Walker LO. Analysis of the tidal model and its implications in late-life suicidality. *Nursing Science Quarterly.*2020;33(4):315-321.
  52. Teixeira LA, Monteiro, ARM, Guedes, MVC, Silva L, Freitas M.C. The tidal model: analysis based on meleis's perspective. *revista brasileira de enfermagem.*2018;71(2):457-462.
  53. Öztürk Turgut E, Çam O. The effect of tidal model-based psychiatric nursing approach on the resilience of women survivors of violence. *Issues Ment Health Nurs;*2020;41(5):429-437.
  54. Young BB. Using the tidal model of mental health recovery to plan primary health care for women in residential substance abuse recovery. *Issues in Mental Health Nursing.*2010;31(9): 569-575.
  55. Cleary A, Dowling M. The road to recovery. *Mental Health Practice.*2009;12(5):28-31.
  56. Xie H. Personal Strengths and Recovery in Adults With Serious Mental Illnesses. the Degree of Doctor of Philosophy. Case Western Reserve University Frances Payne Bolton School of Nursing.2012.
  57. Shanley E, Jubb Shanley M. The recovery alliance theory of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.*2007;14:734-743.
  58. Jacobson N, Greenley D. What is recovery? a conceptual model and explanation. *Psychiatr Serv.*2001;52:482-5.
  59. Leamy M, Kuş V, Boutilier CL, Williams J, Slade M. Conceptual Framework For Personal Recovery In Mental Health: Systematic Review And Narrative Synthesis. *The British Journal of Psychiatry.*2011;199:445-452.
  60. Mak WWS, Chana RCH, Yaub SSW. Development and validation of Attitudes towards Recovery Questionnaire across Chinese people in recovery, their family carers, and service providers in Hong Kong. *Psychiatry Research.*2018;267:48-55.
  61. Gavriel Fried B, Lev-el N. Mapping and Conceptualizing Recovery Capital of Recovered Gamblers. *American Journal of Orthopsychiatry.*2020;90(1):22-36.
  62. Akgün Çıtak E. Ruhsal hastalıklarda iyileşme ve iyileşme modelleri. içinde: ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği. Editör: Doç. Dr. Nermin Gürhan. Ankara Nobel Tip Kitabevleri. Ankara.2016. p.281-283.
  63. Wilson JM, Hutson SB, Holston EC. Participant Satisfaction with Wellness Recovery Action Plan (WRAP). *Issues in Mental Health Nursing.*2013;34:846-854.
  64. Fukui S, Starnino VR, Susana M, Davidson LJ, Cook K, Rapp CA, et al. Effect of wellness recovery action plan (WRAP) participation on psychiatric symptoms, sense of hope, and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal.*2011;34(3):214-222.
  65. Copeland ME. Wellness recovery action plan. *Occupational Therapy in Mental Health.*2002;17:3(4):127-150.
  66. Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano LA, Grey DD et al. Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using wellness recovery action planning. *Schizophr Bull.*2012;38:881-91.
  67. Zhao S, Sampson S, Xia J, Jayaram MB. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews.*2015;4:CD010823.
  68. Frost GB, Tirupati S, Johnston S, Turrell M, Lewin TJ, Sly KA, et al. An Integrated Recovery-oriented Model (IRM) for mental health services: evolution and challenges. *BMC Psychiatry.*2017;17:22.