






Psikiyatrik İyileşmede Yeni Bir Yönelim: İyileşme Odaklı Yaklaşım

A New Direction to Psychiatric Wellness: Recovery Oriented Approach

Süleyman Ümit Şenocak¹ , Hülya Arslantaş¹ , Rüveyda Yüksel¹ 

¹Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ABSTRACT

Recovery is a process of change in which individuals struggle to improve their health and wellness, to maintain a life which they lead on their own and to reach their full potential. Definitions on recovery necessitated to make a distinction between the terms *clinical recovery* and *personal recovery*. *Clinical recovery* is a term of medical model which is defined by mental health professionals. It has meanings like symptom reduction or healing, restoring social functionality, turning back to previous health status of the patient and it is a reflection of the biomedical model. However, *personal recovery* is a concept which points out improvement and change process of individuals.

Interest on the "recovery" concept increase gradually and developed countries have started to restructure their mental health systems by including recovery-oriented applications and service structures. In this article more attention will be paid to concept of personal recovery which means a change and improvement process, instead of discussing clinical recovery adopted by biomedical model. Although there are numerous publications related to recovery-oriented approach in the worldwide literature, a limited but increasing number of studies are encountered in our country. Historical process of recovery-oriented approach, definitions of recovery concept, recovery models, some of the guiding principles based on recovery-oriented approach, worldwide researches related to recovery-oriented approach and current situation in our country will be discussed in this article. With this review, it is expected to contribute guiding in terms of planning and performing these services in our country.

Key words: Psychiatric wellness, recovery oriented approach.

ÖZ

İyileşme; bireylerin sağlık ve iyilik hallerini geliştirmek, kendi kendilerini idare edebilecekleri bir hayat yaşamak ve tam potansiyellerine ulaşmak için çabaladıkları bir değişim sürecidir. İyileşme kavramı için yapılan tanımlar; *kliniik iyileşme* ve *kişisel iyileşme* üzerine bir ayırım yapılmasını zorunlu kılmıştır. Kliniik iyileşme; ruh sağlığı çalışanları tarafından tanımlanan tıbbi modelin bir terimidir. Semptomların azalması ya da durması ve sosyal işlevselliğin düzeltilmesi, hastanın önceki sağlık durumuna geri dönmesi anlamına gelir ve biyomedikal görüşün bir yansımasıdır. *Kişisel iyileşme* ise bireyin gelişim ve değişim sürecini ifade eden bir kavramdır.

"İyileşme" kavramına duyulan ilgi giderek artmaktadır ve gelişmiş ülkeler kendi ruh sağlığı sistemlerini, iyileşme yönelimli uygulamaları ve hizmet yapılarını kapsayacak şekilde yeniden şekillendirmeye başlamışlardır. Bu makalede, biyomedikal görüşün benimsemiş olduğu kliniik iyileşme yerine bir gelişim ve değişim sürecini ifade eden kişisel iyileşme kavramı üzerinde durulacaktır. Dünya alan yazın çalışmalarında iyileşme yönelimli yaklaşıma ilişkin sayısız yayın bulunmakla birlikte ülkemizde konu ile ilgili olarak gittikçe artmakta olan az sayıda yayına rastlanılmıştır. Bu makalede iyileşme odaklı yaklaşımın tarihsel sürecinden, iyileşme kavramının tanımından ve iyileşmeye rehberlik eden ilkelere, iyileşme modellerinden, iyileşme yönelimli yaklaşımı temel alan bazı kılavuz ilkelere, iyileşme odaklı yaklaşım ile ilgili dünyadan araştırma örneklerinden ve ülkemizdeki durumdan söz edilecektir. Derlemenin ülkemizde de bu hizmetlerin planlanması ve yürütülmesi açısından yol gösterici olmasına katkı sağlaması umulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Psikiyatrik iyileşme, iyileşme odaklı yaklaşım.

Giriş

İyileşme kavramına ilişkin çeşitli tanımlar yapılmıştır. İyileşmenin tanımı üzerinde bir görüş birliği olmamasına rağmen kavram Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde politikalara ve uygulamalara yön vermeye devam etmektedir¹. İyileşme üzerine yapılan tanımlar; *kliniik iyileşme* ve *kişisel*



iyileşme üzerine bir ayırım yapılmasını zorunlu kılmıştır. *Klinik iyileşme*; ruh sağlığı çalışanları tarafından tanımlanan, tıbbi modelin bir terimidir. Semptomların azalması ya da durması ve sosyal işlevselliğin düzeltilmesi, hastanın önceki sağlık durumuna geri dönmesi anlamına gelir ve biyomedikal görüşün bir yansımasıdır². *Kişisel iyileşme* ise bireyin gelişim ve değişim sürecini ifade eden bir kavramdır.

"İyileşme yönelimli uygulama" terimi; otonomi ve kişiselleşmiş bakım ilkelerini kapsayan ruh sağlığı bakımı yaklaşımını tanımlar. Başlamış oldukları iyileşme yolculuklarını fark etmeleri ve bu yolculuklarında sorumluluk almaları için insanları destekleyen, ayrıca kendi hedeflerini tanımlamaları için onlara yardım eden bir takım becerilerin uygulanması sürecidir. İyileşme yönelimli uygulamada; yaşanmış ruhsal hastalık deneyimi olan insanlar kendi hayatlarının ve deneyimlerinin uzmanı olarak düşünülürken, ruh sağlığı profesyonelleri ise mevcut tedavi hizmetlerinin uzmanı olarak düşünülmektedir ve bu iki uzman grubunun işbirliğine ihtiyaç duyulmaktadır^{2,3}.

İyileşme modelleri olarak güçlü yönler modeli, iyileşme ittifakı teorisi, kavramsal iyileşme modeli, işbirliğine dayalı iyileşme modeli ve Tidal modelden söz edilmektedir. 2000'li yıllardan itibaren çeşitli ruh sağlığı hizmet kurumları, iyileşme yönelimli yaklaşımı temel alan rehber ilkeler yayınlamaya başlamışlardır. İyileşme odaklı yaklaşımların gelişmiş ülkelerin ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu için önemli bir yapıtaşı olması beraberinde konu ile ilgili modellerin ve ilkelerin geliştirilmesine katkı sağlamış gibi görünmektedir. İyileşme modelleri ve ilkelerinin belirlenmiş olması konu ile ilgili araştırmaların yapılmasını da beraberinde getirmiştir. Ülkemizde de konuya ilginin gittikçe artmakta olduğu görülmektedir. Her ne kadar iyileşme odaklı yaklaşımlar rehabilitasyon hizmetleri gibi algılanıyor olsada, bu yaklaşım aslında daha çok ruhsal problemi olan bireylerin kişisel iyileşmelerini kapsamaktadır. İyileşme odaklı yaklaşımın sürdürülebilirliği, ülkenin ruh sağlığı hizmetlerinin sunum politikasının bir parçası olması ile mümkün olabilir. Bu amaçla bu derlemede iyileşme odaklı yaklaşımın tarihsel sürecinden, iyileşme kavramının tanımından ve iyileşmeye rehberlik eden ilkelerden, iyileşme modellerinden, iyileşme yönelimli yaklaşımı temel alan bazı kılavuz ilkelerden, iyileşme odaklı yaklaşım ile ilgili dünya araştırma örneklerinden ve ülkemizdeki durumdan söz edilecektir.

İyileşme Odaklı Yaklaşımın Tarihsel Süreci

İyileşme hareketinin tam olarak ne zaman ortaya çıktığını belirtmek güçtür ancak bağımlılık alanının bir parçası olan kendine yardım gruplarından köken aldığı söylenebilir. 1930'larda kurulan Adsız Alkoliklerin 12 adım yaklaşımı gibi yaklaşımların bu kavrama rehberlik ettiği söylenebilir. Günümüzde sözü edilen anlamıyla iyileşme kişisel iyileşme kavramı ile ilişkilidir. Dönemin bir diğer kendine yardım örgütü "Recovery", Abraham Low isimli bir psikiyatrist tarafından 1937'de kurulmuştur. Örgüt; düşünce süreçlerini değiştirmeye, otonomiye geliştirmeye ve yeniden üretken bir yaşam kazanmaya odaklanan akran destekli bir program sunar ve kişinin ancak kendi başarılarının veya başarısızlıklarının sorumluluğunu üstlenmesi durumunda optimal sağlığa ulaşabileceğini ileri sürer. Birleşik Devletlerdeki bir grup eski bir psikiyatri hastası tarafından kurulan "We Are Not Alone (Yalnız Değiliz)" bu akıma verilebilecek bir başka örnektir⁴⁻⁷.

1960'larda ve 1970'lerde ortaya çıkan sosyal hareketler, iyileşme kavramının gelişimine katkı sağlamıştır. Toplumdaki gruplara baskı yapan ve onları sınırlayan inançlara ve değerlere karşı çıkan insan hakları hareketi ve tüketici hakları hareketi, ayrımcılık ve damgalama karşıtı hareketler, psikiyatristlerin ruhsal bozukluğu olan bireyleri alıkoyarak zorla tedavi etmelerini ve her türlü sağlık problemini ilaç kullanarak giderme eğilimini sorgulayan antipsikiyatri hareketi bu akımlara örnek gösterilebilir. Psikofarmakolojideki gelişmeler de psikiyatrik hastalığı olan kişilere, semptomlarını kontrol altında tutabilmeleri açısından fırsatlar sunmaktadır. Bu hareketler ve gelişmeler sayesinde ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanan kişiler; bireysel haklarının korunmasının yanı sıra, ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması, sunumu ve değerlendirilmesi süreçlerine daha fazla katılım gösterebilmişlerdir. Böylece, hastane temelli hizmetlerden toplum temelli hizmetlere geçiş ve psikiyatrik rehabilitasyonun gelişmesi için gerekli zemin hazırlanmıştır^{5,7-13}. İyileşme hareketinin başlangıç noktasının Amerika Birleşik Devletleri olduğu ileri sürülmektedir¹⁴.

İyileşme sürecinin daha iyi bir şekilde anlaşılmasıyla; problemlerinin üstesinden gelmeye çabalayan insanlar ve onlara hizmet eden ruh sağlığı sistemleri için öneminin ve değerinin farkına varılması giderek artmıştır. Böylece hizmet sistemlerinin dönüşümüne ihtiyaç duyulduğu daha görünür hale gelmiştir. Bu duruma, iyileşmeyi vurgulayan ilk ulusal rapor olan Amerikan Başkanının Ruh Sağlığı Yeni Özgürlük Komisyonu

Raporu'nun¹⁵ (President's New Freedom Commission Report) 2003 yılında ortaya çıkmasıyla en belirgin şekilde iyileşmeye dikkat çekilmiştir. Rapor; ruhsal hastalığı olan bireyler için mevcut ruh sağlığı sisteminde iyileşmeye yönelik yaygın engeller olduğunu kabul etmekte ve ruh sağlığı sistemini iyileşme odaklı bir sisteme dönüştürmeyi hedeflemektedir. Rapora göre, iyileşmeye dönüşüm sürecinde ruh sağlığı bakımı; ruh sağlığı hizmeti alan kişilere ve onların ailelerine göre şekillenmelidir. Danışanın yaşam zorlukları ile mücadele etmesine, esnekliği inşa etmeye odaklanılmalıdır ve bakımın her aşamasındaki karar verme sürecinde hizmet alan kişiler ile işbirliği yapılması gerekmektedir. Sadece semptom yönetimine odaklanan bir bakım yetersiz olacaktır^{5,15,16}.

İyileşme Kavramının Tanımı

İyileşme kavramına ilişkin çeşitli tanımlar yapılmıştır. İyileşmenin tanımı üzerinde bir görüş birliği olmamasına rağmen kavram Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde politikalara ve uygulamalara yön vermeye devam etmektedir¹. İyileşme üzerine yapılan tanımlar; *klınik iyileşme* ve *kişisel iyileşme* üzerine bir ayrım yapılmasını zorunlu kılmıştır. *Klınik iyileşme*; ruh sağlığı çalışanları tarafından tanımlanan, tıbbi modelin bir terimidir. Semptomların azalması ya da durması ve sosyal işlevselliğin düzeltilmesi, hastanın önceki sağlık durumuna geri dönmesi anlamına gelir ve biyomedikal görüşün bir yansımasıdır². *Kişisel iyileşme* ise bireyin gelişim ve değişim sürecini ifade eden bir kavramdır.

Anthony¹⁷ iyileşmeyi; "Bir kişinin tutumlarının, değerlerinin, hislerinin, hedeflerinin, becerilerinin ve/veya rollerinin değiştiği son derece kişisel, eşsiz bir değişim süreci" olarak tanımlamıştır. Ruh sağlığı problemlerinin veya ruhsal hastalıkların neden olduğu sınırlılıklar olsa bile anlamlı, tatmin edici ve ümit verici bir yaşam sürme şeklidir. Bir kişi ruhsal hastalığın yıkıcı etkileri altında büyüdüğünden iyileşme; yaşamında yeni bir anlam ve amaç geliştirmesini gerektirir¹⁷. Bireylerin sağlık ve iyilik hallerini geliştirmek, kendi kendilerini idare edebilecekleri bir hayat yaşamak ve tam potansiyellerine ulaşmak için çabaladıkları bir değişim sürecidir¹⁸.

Corrigan ve arkadaşları¹⁹ tarafından yapılan bir çalışmada danışanlar; aile ilişkileri, diğer kişilerarası ilişkiler, psikiyatrik semptomlar, genel sağlık sorunları, istihdam, günlük yaşam aktiviteleri, yaşamdaki hedeflerini başarmak ile ilişkili sorunlarında yardım istediklerini belirtmişlerdir. Danışanlar ayrıca, iyileşmenin; özgüven, çalışkan olma, benlik saygısını yeniden kazanma, tedavide azalma olması, hastalık öncesi işlevsellik düzeyine geri dönme, ilişkilerin gelişmesi anlamına geldiğini de belirtmişlerdir²⁰.

Leamy ve arkadaşları²⁰ yapmış oldukları sistematik derlemede iyileşme süreçlerinin 5 kategoride ele alınabileceği kavramsal bir çerçeve belirtmişlerdir. Bu kategoriler; hayatta bağlantıda olma (connectedness), umut (hope) ve geleceğe ilişkin iyimserlik, kimlik (identity), yaşamı anlamlandırma (meaning in life) ve güçlendirmeyi (empowerment) içermektedir. Akran desteği ve destek grupları, toplumun bir parçası olmak, iyileşme olasılığına inanmak, değişim motivasyonu, umut aşıl原因 ilişkiler, olumlu düşünme, olumlu kimlik algısını yeniden inşa etme, damgalamanın üstesinden gelme, yaşam kalitesi, anlamlı bir yaşam-sosyal rol ve hedefler, kişisel sorumluluk, yaşam kontrolü, güçlü yönler odaklanma gibi alanlar bu kategorilerin alt boyutlarını oluşturmaktadır.

İyileşme kavramı ile bireye özgü/eşsiz ve birey tarafından yönlendirilen, yüksek düzeyde kişiselleştirilmiş bir yolculuk anlaşılmaktadır ve bu yüzden bir hizmet bağlamında standardize edilemez çünkü iyileşme kişi tarafından tanımlandığı için, her bireyin kendisine özgü bir iyileşme hedefi olacaktır². İyileşmenin son derece kişisel bir kavram olması, kişinin kendisi tarafından tanımlanması nedeniyle, iyileşmenin tanımı üzerinde ortak bir görüş birliği bulunmamaktadır. Ancak yapılan tanımlar benzer bileşenleri içermektedir: Umud, otonomi, sağlığa kavuşma, kişisel gelişim, güçlendirme, kişisel sorumluluk, akran desteği, özsaygı, seçim yapma, anlamlı sosyal uğraşlar, yaşam memnuniyeti, spiritüalite, kişinin eşsiz güçlü yönleri, bireyselleştirilmiş bakım, kendini yönetme, sosyal/toplumsal katılım, doğrusal olmayan bakım, kişisel hedef oluşturma^{2,5,21-23}.

"İyileşme yönelimli uygulama" terimi; otonomi ve kişiselleştirilmiş bakım ilkelerini kapsayan ruh sağlığı bakımı yaklaşımını tanımlar. Başlamış oldukları iyileşme yolculuklarını fark etmeleri ve bu yolculuklarında sorumluluk almaları için insanları destekleyen, ayrıca kendi hedeflerini tanımlamaları için onlara yardım eden bir takım becerilerin uygulanması sürecidir. İyileşme yönelimli uygulamada; yaşanmış ruhsal hastalık deneyimi olan insanlar kendi hayatlarının ve deneyimlerinin uzmanı olarak düşünülürken, ruh sağlığı

profesyonelleri ise mevcut tedavi hizmetlerinin uzmanı olarak düşünülmektedir ve bu iki uzman grubunun işbirliğine ihtiyaç duyulmaktadır^{2,3}.

İyileşme yönelimli uygulama; otonomi ve özyönetimi maksimize eder, ruh sağlığı problemi yaşayan insanların kendi içlerinde var olan güçlü yönleri ve kapasiteleri sayesinde iyileşebileceklerine inanır, kendi iyileşme hedeflerini oluşturmalarında onlara yardım eder, toplumsal, sosyal ve kültürel yaşamın bütün yönlerinde bir vatandaş olarak katılım göstermelerini teşvik eder. Barınma, eğitim ve istihdam gibi iyi oluşu etkileyebilecek çeşitli faktörleri de ele alarak holistik bir yaklaşımı benimser^{2,3}.

İyileşme yönelimli hizmetler önce bireye odaklanmalıdır. Bir hastalığı olan "vaka"dan ziyade; güçlü yönleri, yetenekleri, ilgi alanları olan bir birey vardır. İyileşmeyi destekleyen hizmetlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi süreçlerinde ve insanların iyileşme yolculuklarının bütün aşamalarında bireyler ile işbirliğini gerektirir. Bireylerin; kendi iyileşme süreçlerinin her aşamasında bireysel karar verme ve seçim yapma hakkı vardır. Hizmetler; ruhsal yeti yitimi olsa bile, bireyin kendinde var olan kapasitesine odaklanmalıdır²¹. İyileşme yönelimli hizmetler; ruh sağlığı ve fiziksel sağlık açısından insanların en iyi sonuca ulaşmaları için kanıt temelli tedavi, terapi, rehabilitasyon ve psikososyal destek sağlamalıdır³.

İyileşmeye Rehberlik Eden İlkeler

Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Yönetimi 2005 yılında, iyileşmeye rehberlik eden on iki ilke yayınlamıştır²⁴. Bu ilkeler;

- 1. İyileşme için pek çok yol vardır.** Bireyler kendilerine özgü gereksinimleri, güçlü yönleri, hedefleri, sağlık tutumları, davranışları ve iyileşme beklentileri ile eşsizdirler. İyileşme yolları genellikle bir kriz veya gelişimsel bir değişim süreci durumunda kimliğin yeniden tanımlanmasını gerektirir ve son derece kişiseldir. Klinik tedavi, ilaç tedavisi, aile desteği, akran desteği ve diğer yaklaşımları içerebilir. İyileşme yolları psikososyal ve/veya farmakolojik tedavinin bir veya daha fazla yönünü içerebilir. Bazıları için iyileşme ne tedavi ne de yardım gruplarına katılımı gerektirir. Bireydeki farklılıklar, iyileşmede kullanılan yollarda da farklılık ortaya çıkmasına yol açar.
- 2. İyileşme kendine dönük ve güçlendiricidir.** Kişi iyileşme ajanıdır ve kendi iyileşme hedeflerine yönelik karar verme otoritesine sahiptir. İyileşme süreci, bireyleri, ulaşabilecekleri en yüksek otonomi seviyesine getirir.
- 3. İyileşme, değişim gereksiniminin kişisel olarak kabulünü gerektirir.** Birey, bir problem olduğunu kabul etmelidir.
- 4. İyileşme bütüncüdür.** İyileşme, aşamalı olarak kişinin daha iyi bir zihinsel, bedensel ve ruhsal dengeye gelmesi sürecidir ve bu süreç kişinin yaşamındaki aile, iş ve toplum gibi farklı yönleriyle de ilişkilidir.
- 5. İyileşmenin kültürel boyutları vardır.** Herkesin iyileşme süreci eşsizdir ve bu süreç kültürel inançlardan ve geleneklerden etkilenir.
- 6. İyileşme, sağlığın gelişmesi sürecinde oluşur.** İyileşme doğrusal bir süreç değildir. Sürekli gelişime ve işlevin iyileşmesine dayalıdır. Ancak sürecin doğal bir parçası olarak relapslar veya geriye dönüşler yaşanabilir.
- 7. İyileşme, umuttan doğar.** İyileşme çabasındaki bireyler, kendi iyileşme deneyimlerini paylaşan kişileri görünce umutlanırlar, karşılaştıkları engelleri aşabileceklerine dair motivasyon duyarlar.
- 8. İyileşme, sağlığa kavuşma ve kendini yeniden tanımlama sürecini gerektirir.** İyileşme; kişinin olumlu ve anlamlı bir kimlik duygusu geliştirdiği bütüncül bir sağlığa kavuşma sürecidir.
- 9. İyileşme; ayrımcılık ve damgalamayı ele almayı gerektirir.**
- 10. İyileşme, akranlar ve dostlar ile desteklenir.** Umut ve destek sağlayan ve değişim kaynakları ve stratejileri öneren insanların varlığı ve katılımı iyileşme sürecinde son derece önemlidir.
- 11. İyileşme, toplumda yeniden bir hayata katılmayı ve yeniden bir hayat inşa etmeyi gerektirir.** İyileşme, ruhsal hastalığın getirdiği sınırlılığa rağmen bir hayat kurmayı gerektirir. İyileşme; sağlıklı aile

ilişkileri, sosyal ilişkiler ve kişisel ilişkiler inşa etme sürecidir. Eğitim, istihdam ve barınma gibi yaşam kalitesine ilişkin konularda başarı kazanmayı ve başkalarına yardım etme gibi yöntemler ile toplumda daha yapıcı roller üstlenmeyi içerir.

12. İyileşme gerçekliktir. Olabilir, olacaktır ve olur.

İyileşme Modelleri

1) Güçlü Yönler Modeli (The Strengths Model): Ruhsal hastalığı olan insanlardaki patolojiyi vurgulayan, onların semptomlarına ve problemlerine odaklanan geleneksel medikal modelin aksine; güçlü yönler modelinde her bireyin eşsiz güçlü yönleri ve yeteneklere sahip olduğu benimsenir ve problemlerinin üstesinden gelmede birey bu özelliklerinden destek alır. Girişimler, bireyin kendisi tarafından belirlenir. Toplum; kaynakların bulunduğu verimli bir arazidir. Klinisyenler danışanı toplumdaki kaynaklara yönlendirebilecek kişilerdir. Bir kişi, yaşam deneyimlerinin ve bulunduğu çevrenin bir ürünü olduğu için, bireyin güçlü yönlerinin tam olarak değerlendirilebilmesi için bireyi bulunduğu çevrede görmek gerekir. Ciddi ruhsal hastalığı olan insanlar gelişmeye, öğrenmeye ve değişmeye devam edebilirler. Onların iyileşebileceğine ilişkin olumlu beklentiler içinde olmak gerekir²⁵⁻²⁸. “Problem Odaklı Geleneksel Yaklaşımda” sokakta yaşayan danışan “*ensiz bir danışan*” olarak ifade edilirken, “Güçlü Yönleri Temelli Yaklaşım Modelinde” danışan “*sokaktayken hayatta kalma becerilerine sahip bir birey*” olarak kabul edilir²⁵. Güçlü yönleri dayalı uygulama; sadece bireyin değil, aynı zamanda ailenin ve toplumun da güçlü yönlerinin tanımlanması, gereksinim duyulan kişisel ve çevresel kaynakların tanımlanması ve desteklenmesi anlamına gelir. Bu güçlü yönler, daha sonra kendileri için belirledikleri hedeflere ulaşmalarını sağlayarak, psikiyatrik bozuklukların iyileşmesi ve yaşamlarını dönüştürmelerinde insanlara yardım etmeyi amaçlar²⁷. Güçlü yönleri dayalı uygulama; insanların ve toplumların hedeflerine ulaşmak ve hayallerini ve arzularını gerçekleştirmek için sahip oldukları güçlü yönleri, varlıklarını ve kaynakların kullanımına odaklanır. İnsanların ve toplulukların kendilerinde var olan nitelikleri fark etmeleri ve uygulama için fırsatlar sunan güçlü yönleri çeşitliliğini takdir etmeleri çok önemlidir²⁸. Güçlü yönleri modelinin kullanımı; hastaneye yatış oranları, istihdama/egitime ulaşma, öz yeterlik ve umut gibi kişiye özgü alanlarda olumlu sonuçlar vermiştir²⁸.

2) İyileşme İttifakı Teorisi (Recovery Alliance Theory-RAT): İyileşme İttifakı Teorisi; hümanistik felsefeye dayalı orta düzey bir ruh sağlığı hemşireliği teorisidir. Teori 6 yapıdan oluşmaktadır. Bunlar: Hümanistik felsefe, iyileşme, ortaklık ilişkisi, güçlü yönleri odaklanma, güçlendirme ve evrensel/ortak insanlık. Bu yapılardan türeyen baş etme, öz sorumluluk/kontrol ve çalışma birliği kavramları ruh sağlığı hemşireliği uygulamasına ait yapıların bir sisteme dönüşmesinde temel oluşturmaktadır²⁹.

Ruh sağlığı sorunları, insan yaşamının ve gelişiminin normal bir parçası olarak görülmektedir. Bireyler güçlü yönlerini geliştirebilir, psikolojik potansiyellerini geliştirecek kaynakları tanımlayabilir ve ruh sağlığı sorunları ile baş edebilirler. Ruh sağlığı hemşirelerinin yardımları ruh sağlığı sorunları ile baş etmede var olan mevcut stratejilerini kullanmaları için bireylere rehberlik eder²⁹.

İyileşme İttifakı Teorisi; hizmet kullanıcılarına ve ruh sağlığı hemşirelerine birbirlerini daha iyi anlamaları için büyük bir fırsat sunar. Hemşirenin diğer kişinin anlattığına/hikayesine açık olduğu karşılaşmalar, hemşirelerin geçmişteki kendi benzer sorunlarını düşünmelerine ve kendi yaşam deneyimleri ile hizmet kullanıcıların yaşadıkları arasındaki benzerlikleri tanımlamalarına yardım eder. Bu süreç diğer kişinin bakış açısı ve dünya görüşünü daha iyi anlayabilmeye olanak sağlar ve sonuç olarak hemşireler insanların zaafı, mutlulukları, hazları, tasaları üzerine daha bilinçlenmiş olurlar²⁹.

İyileşme İttifakı Teorisi ile hizmet kullanıcıların güçlü yönleri ve dayanıklılığı kabul edilir. Hizmet kullanıcılar belirli becerilere sahip veya becerilerini geliştirme ve ruh sağlığı sorunları ile baş etme yeteneğine sahip bireyler olarak görülürler. Ortaklık ilişkisi ile her insan kendi uzmanlığını ortaya koyar ve diğerinin uzmanlığını kabul eder. Örneğin; hemşireler ruh sağlığı sorunlarına ilişkin genel bilgiye sahiptirler. Hizmet kullanıcılar; kendi deneyimlerini, kaynaklarını ve yeteneklerini tanımda en iyi konumdadırlar. Hemşireler; insanların ruh sağlığı sorunları ile baş etmelerinde onlara yardım edebilecekleri becerilere sahiptir ancak hizmet kullanıcılar da kendi ruh sağlığı sorunları ile baş etme becerilerine sahiptirler. Güçlendirme; kendi bakımlarına ilişkin karar verme sürecinde kişinin aktif katılımını gerektirir. Ruh sağlığı hemşireleri, danışanların iyileşmek için kendi güçlü yönlerini kullanma yeteneğine sahip olduklarını kabul ederler²⁹.

3) Kavramsal İyileşme Modeli: Modele göre iyileşme; hem kişi tarafından deneyimlenen içsel durumları (umut, sağlığa kavuşma, güçlendirme), hem de iyileşmeye olanak sağlayan dışsal durumları (insan hakları ilkesinin uygulanması, olumlu bir sağlığa kavuşma kültürü, iyileşme yönelimli hizmetler) ifade etmektedir. İçsel ve dışsal durumlar birlikte iyileşme adı verilen süreci oluştururlar. Modelin amacı; sistemlerin, kurumların ve bireylerin kullanabileceği, iyileşmeyi tanımlayan soyut kavramlarla bağlantı kurmaktır. İyileşme sürecindeki temel içsel durumlar umut, sağlığa kavuşma, güçlendirme ve ilişki içinde olmaktır³⁰.

İyileşmeye yön veren umut; en temel düzeyi ile iyileşmenin mümkün olduğuna dair bireyin inancıdır. Umudun diğer bileşenleri ise; bir sorun olduğunu kabul etmek, değişime bağlı kalmak, zayıf yönlerinden veya başarısız olma olasılığından ziyade güçlü yönleri odaklanmak, geçmişe takılıp kalmaktan ziyade geleceğe bakmak, küçük başarıları/adımları kutlamak, önceliklerini yeniden sıralamak ve iyimserliktir³⁰.

İyileşmenin sözlük tanımını kabul eden kişiler, iyileşmenin mümkün olduğu fikrine direnç gösterebilirler. Ancak iyileşmenin normal sağlık ve işlevsellik düzeyine geri dönmek ile eş anlamlı olmadığını hatırlamak önemlidir. İyileşme bireyin kendine yardım aktivitelerine aktif katılımına vurgu yapar. Bu bağlamda iyileşmeyi ele alırken sağlığa kavuşma kavramı iki temel bileşen içerir; hastalıktan ayrı bir benlik tanımlamak ve kontrol. İnsanlar hastalığı benliğin tamamı değil, sadece bir parçası olarak kavramsallaştırırlar ve kendileri ile daha çok meşgul olduklarında benlik saygıları gelişir. Böylece damgalama gibi durumlar karşısında daha kolay baş edebilirler. Kontrol ise; kişinin yaşamında kontrolü eline alması ve aktif bir birey olması anlamına gelir³⁰.

Güçlendirmede; otonomi, cesaret ve sorumluluk alma üzerinde durulur. İyileşme modelinde danışanların kendileri için alabildikleri kadar çok sorumluluk almaları istenir. Hedefler belirlemek, bu hedeflere ulaşmak için planlar geliştirmek, ruh sağlığı profesyonelleri ve aile, arkadaşlar gibi diğer gruplar ile birlikte çalışmak, karar verme sürecinde yer almak, öz bakımı ile uğraşmak bu sorumluluklara örnek olarak gösterilebilir³⁰.

İyileşme son derece sosyal bir süreç olduğundan, ilişki içinde olma kavramı sosyal dünyaya katılma anlamına gelir. Başkaları ile temas kurabilmek için bazı roller belirlemek gerekir. Danışanlar, bu roller aracılığı ile ruhsal hastalık ile yaşamının nasıl bir şey olduğunu dış dünyaya anlatırlar, kendi deneyimlerini paylaşırlar ve başkaları için rol modeli olmaya çalışırlar³⁰.

İyileşmeye olanak sağlayan dışsal durumlar; insan hakları, olumlu bir sağlığa kavuşma kültürü ve iyileşme yönelimli hizmetlerden oluşmaktadır. İnsan hakları, damgalama ve ayrımcılığı azaltmak ve ortadan kaldırmak, hizmet sistemindeki kişilerin haklarını geliştirmek ve korumak, eğitim, istihdam ve barınmada danışanlara eşit fırsatlar sunmak, danışanların sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri gibi gereksinim duydukları kaynaklara ulaşmalarını temin etmek gibi konulara dikkat çeker. İyileşme yönelimli hizmetler ise; semptomların azaltılması, krize müdahale, vaka yönetimi, rehabilitasyon, hakların korunması, temel destek, kendine yardım, aile ve akran desteği, toplumsal katılım, kültürel duyarlılık gibi konuları ele almaktadır³⁰.

İyileşmenin içsel ve dışsal durumları arasında karşılıklı bir etkileşim vardır. Örneğin sosyal damgalamayı azaltmak bazı danışanların, hastalıklarından ayrı bir benlik tanımlamalarına engel olan içselleştirilmiş damgalamanın da azaltılmasına yardım edecektir. Eğitim gibi çeşitli ruh sağlığı hizmetlerine erişim danışanlara, semptomlarını hafifletmelerinde ve stresin etkisini kontrol etmelerinde destek olacak bilgi, beceri ve stratejileri sağlayacaktır³⁰.

4) İşbirliğine Dayalı İyileşme Modeli (Collaborative Recovery Model): Klinisyenlerin danışanlar ile birlikte kanıta dayalı becerileri kullanmalarına yardım eden bir model olarak sunulmaktadır. İşbirliğine dayalı iyileşme modeli; kronik veya yineleyici ruhsal bozukluğu olan bireylere yardım etmek üzere kanıta dayalı uygulamaları kullanarak, iyileşme yönelimli hizmetlere ilişkin politikaların bazı yönlerini uygulamaya koyar. Bu modelin; kanıta dayalı uygulamayı, vaka yönetimini ve psikososyal rehabilitasyona ilişkin yönetilebilir becerileri, danışanların subjektif deneyimlerinin kabul edilmesini bütünlükten bir çerçeve sunduğu ileri sürülür³¹.

İşbirliğine dayalı iyileşme modeli, ruh sağlığının iyileşme vizyonunu, ruh sağlığındaki mesleki disiplinler arasında paylaşılan ilişkili uygulama yeterliliklerini tanımlamak için kullanılacak spesifik ilkeler ve uygulamalar ile bütünlükten bir çerçeve sunar. Model, toplum ruh sağlığı bağlamındaki kanıta dayalı uygulamaları psikolojik iyileşme ile tutarlı daha geniş kanıta dayalı yapılar ile sentez eder. İşbirliğine dayalı iyileşme modeli; umudun

beslenmesi, otonominin desteklenmesi ve danışanların öznel hedef sahibi olmalarına yaptığı vurgu ile hem danışanların hem de hizmetlerin iyileşme vizyonu ile tutarlı bir şekilde yapılandırılmaktadır.

İşbirliğine dayalı iyileşme modeli; iki kılavuz ilke, dört bileşen ve toplamda altı eğitim modülü içermektedir. *İşbirliğine dayalı iyileşme modeli kılavuz ilkeleri*: Bireysel bir süreç olarak iyileşme ve işbirliği ve otonomi desteğini, *işbirliğine dayalı iyileşme modeli bileşenleri ise*: Değişimin güçlendirilmesi, işbirliğine dayalı olarak gereksinimlerin belirlenmesi, işbirliğine dayalı olarak hedeflerin belirlenmesi ve işbirliğine dayalı olarak görev verme ve izlemeyi içerir³¹.

İşbirliğine dayalı iyileşme; iyileşen kişi ve ona bu süreçte yardım eden bir veya daha fazla kişi arasındaki diyalektik anlamına gelir. Model; danışanların kişisel yolculuklarına ve özerkliğine saygı duyar. İyileşme süreci kişisel olsa da, birlikte çalışmanın faydası kabul edilir³¹.

Değişimin güçlendirilmesi; danışanı değişim için motive etmeyi ve bilişsel kapasitenin farkında olunmasını içerir. İşbirliğine dayalı iyileşme modeli, birey tarafından iyileşme hedeflerinin belirlenmesinde bilişsel kapasiteye bağlı sınırlılıklar olduğunu kabul eder. Klinisyenler; kronik ve yineleyici ruhsal bozuklukları olan danışanların, iyileşme sürecinde engel olarak karşılaşılabilecekleri motivasyonel ve bilişsel kapasitelerini dikkate alarak, danışan ile işbirliğini ve iletişimi optimize edecek şekilde uygulamalarını uyarlamaya teşvik edilirler³¹.

Ruh sağlığı hizmetlerinde iyileşme yöneliminin gerçekleştirilmesi; işgücünün tutum ve becerilerinin eğitimini ve geliştirilmesini gerektirir. İşbirliğine dayalı iyileşme modeli ve onunla ilişkili eğitim programı mevcut kanıtlara, temel becerilerin tanımlanmasına ve danışanların subjektif iyileşme deneyimlerinin önemini kabul edilmesine dayalı olarak geliştirilmiştir³¹.

5) Tidal Model: Bireylere iyileşme süreçlerinde destek olmak amacıyla hemşireler tarafından geliştirilmiş bir iyileşme modelidir. Hemşirelik uygulamalarında kişilerarası ilişkilerin önemine ve hemşire-hasta ilişkisinde güçlendirme kavramına vurgu yapar. Ruh sağlığı hemşireliği uygulamasının temeli olan bakım süreçlerine odaklanmaktadır. Tidal Model; insanların bakımlarında hemşirelerin onlara yakın olmaları gerektiğini varsayar, böylece onların da birlikte sağlık veya hastalık deneyimini keşfedebileceğini ileri sürer. Danışan, kendi iyileşme sürecine yön veren kişidir fakat hemşireler kişinin iyileşme potansiyelini açığa çıkarmasına yardım edebilirler³²⁻³⁵.

Tidal Modelin felsefi varsayımları şu şekilde özetlenebilir: Tidal Modele göre kişi kendi yaşamında otorite rolüne sahiptir. Bu nedenle hemşire eğer meraklı olursa; kişinin hikayesini dinlerken, onun ne hissettiğine, ne düşündüğüne ilişkin bir şeyler öğrenebilir. Tidal Model bireyin sorunları, eksiklikleri, zayıf yanlarına odaklanmaktan ziyade, kişinin erişebileceği ve iyileşme yolculuğunda ona yardım edecek kişisel ve kişilerarası pek çok kaynağı açığa çıkarmaya çalışır. Kişi için en iyinin ne olduğunu bildiğimizi öne süren paternalist bir yaklaşımın aksine, kişinin isteklerine ve arzularına saygı duyar. Tidal Model; krizlerin bir fırsat olarak kabul edilmesini gerektirir. Yaşamımızdaki bazı zor olaylar bize bir şeyler yapmamız gerektiği sinyalini verir. Bu da yaşamımızda bir değişim fırsatına dönüşebilir. İyileşme yolunda küçük adımlar da değerlidir, bütün hedefler kişiye ait olmalı, kişi tarafından belirlenmelidir. Psikiyatrik bakım ve tedavi genellikle çok karmaşıktır. Bu nedenle kişiyi ileriye götürecek değişim için olası en basit anlamlar aranmalıdır. Tidal Modelde tanımlanmış on temel yükümlülük ve yirmi temel yeterlilik vardır³²⁻³⁵.

İyileşme Yönelimli Yaklaşımı Temel Alan Bazı Rehberler

1) Amerikan Toplum Psikiyatristleri Birliği-İyileşme Yönelimli Hizmetler Rehberi: Amerikan Toplum Psikiyatristleri Birliği'nin Kalite Yönetimi Komitesi hizmetlerin iyileşmeyi temel alan bu yeni paradigmaya dönüşümünü kolaylaştırmak için "İyileşme Yönelimli Hizmetler Rehberini" yayınlamıştır. Rehber; hizmet sistemlerini üç alana ayırmıştır: Yönetim, tedavi ve destekler. Her biri, iyileşmeyi geliştiren özelliklerin tanıtıldığı bazı bileşenler içermektedir. Her element için bir kaç örnek göstergeye de yer verilmiştir⁵.

Yönetim alanı; misyon ve vizyon, stratejik plan, örgütsel kaynaklar, eğitim-sürekli öğrenme, sürekli kalite gelişimi, sonuç-çıktı değerlendirmesi bileşenlerinden oluşmaktadır⁵.

Tedavi alanı; hizmetlerin düzeni, ileri düzey direktifler, kültürel yeterlik, süreçleri planlama, entegrasyon-bağımlılık ve ruh sağlığı, zorla tedavi, toplumdaki uzak yaşama ve tespit bileşenlerinden oluşmaktadır. Zorla tedavi etme iyileşme ilkeleri ile uyum sağlamadığı için iyileşme yönelimli hizmet sunan kişiler zorla tedavi kullanımını mümkün olduğunca azaltmalıdırlar⁵.

Destekler alanı; savunuculuk ve karşılıklı destek, hizmetlere erişimi kolaylaştırıcı süreçler, aile hizmetleri, istihdam ve eğitim, barınma bileşenlerinden oluşmaktadır⁵.

2) İyileşme Yönelimli Uygulama Çerçevesi: Victoria Eyalet Hükümeti (Avustralya) Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Dairesi tarafından 2011 yılında geliştirilmiştir. İyileşme Yönelimli Uygulama Çerçevesi; Victoria uzman ruh sağlığı işgücünün çalışmasında dayanak oluşturacak ilkeleri, yetenekleri, uygulamaları ve liderliği açıkça tanımlar. Hem bireysel uygulayıcılar, hem de hizmet liderleri için geniş bir rehber sağlaması ve mevcut profesyonel standartlar ve yeterlilik çerçevelerini tamamlaması amaçlanmıştır².

Çerçeve; iyileşme yönelimli uygulamanın temel bölümlerini yansıtan alanlara ayrılmıştır. Bu alanlar: Bir umut kültürü geliştirmek, otonomi ve özerkliği geliştirmek, işbirliğine dayalı ortaklık, güçlü yönler odaklanma, bütüncül ve kişiselleşmiş bakım, aile-bakım vericiler- destek insanları ve önemli diğerleri, topluma katılım ve vatandaşlık, farklılık yanıt verebilirlik ve kendi üzerine düşünme ve öğrenmedir².

Umut kültürünü geliştirmek: Umut ve optimizme ilişkin bir hizmet kültürü oluşturmak, insanların iyileşme çabalarını aktif olarak destekleyen bir çevrede olması gereken en önemli özelliklerdendir².

Otonomi ve özerkliği geliştirmek: Uygulamalar her zaman insanların, yaşamın bütün alanlarında, kendi kararlarını vermelerini kolaylaştırmaya ve bunu sürdürmeye yönelik olmalıdır. Bir kişi herhangi bir anda kendini savunamayacak durumda olduğunda; hizmetler, kişinin görüşlerinin bütün karar verme süreçlerinde düzgün bir şekilde temsil edildiğini temin etmelidir².

Ruh sağlığı hizmetlerinde danışanlar ile işbirliğine dayalı bir ilişki kurulmalı, onların kendi sağlıklarını yönetme kapasiteleri desteklenmelidir. Kişi, kendi yaşamış olduğu deneyimlerin bir uzmanı olduğu için, daha önce yaşamış olduğu durumları karar verme süreçlerinde hatırlayarak verecek olduğu kararı şekillendirebilir ve bu doğrultuda hareket edebilir².

İşbirliğine dayalı ortaklık: Ruh sağlığı çalışanları, danışanlar, onların destek ağları ve onlar için önemli diğer kişiler arasında işbirliğinin gelişmesi iyileşme yönelimli uygulamaların temelini oluşturur. İnsanlara tercihlerini maksimize etmelerinde, ruh sağlıklarını ve iyi oluşlarını yönetmelerinde ve gereksinim duydukları kaynaklara erişmelerinde destek sağlayacak ruh sağlığı çalışanlarına bu işbirliğinin kurulması sürecinde büyük görev düşmektedir².

Güçlü yönler odaklanma: İyileşme yönelimli uygulama; insanların güçlü yönlerini vurgulayan pozitif bir yaklaşıma doğru hizmetlerin düzenlenmesini gerektirir. Güçlü yönler temelli uygulama; insanların güçlü yönlerini, kaynaklarını, becerilerini, dayanıklılığını ve yaşamlarını yönetme yetisini desteklemeye ve bunun üzerine inşa etmeye odaklanır².

Bütüncül ve kişiselleşmiş bakım: İyileşme yönelimli yaklaşım insanları bütüncül olarak ele alır ve bir kişinin iyi oluşunu etkileyen faktörlerin çoğunluğunu kabul eder. Ruh sağlığı bakımı kişiselleştirilmiştir ve insanların belirli durumları, tercihleri, hedefleri ve gereksinimlerinden haberdardır. Kendi değerleri ve istekleri doğrultusunda yaşamalarına yardım etmeye insanlara uygun bir ortam sunar. Ruh sağlığı çalışanları; insanları kendi kültürel değerleri ve inançları, sosyal ağları, aile, toplum, barınma, fiziksel sağlık, eğitim ve istihdam durumları bağlamında ele alma gereksiniminin farkındadır ve ruh sağlığı hizmetlerini planlarken kişinin yaşı, gelişimsel dönemi gibi pek çok özelliği göz önünde bulundurarak kişiselleştirilmiş bir bakım sunmalıdırlar².

Aile, bakım vericiler, destek insanları ve önemli diğerleri: Her danışanın bakım vericiye gereksinimi yoktur veya "bakım verici" kelimesini tam anlamıyla karşılayan bir ilişkileri olmayabilir. Benzer şekilde her danışanın aile ile yakın ilişkisi olmayabilir. Bu nedenle "destek insanları, destek ağları ve önemli diğerleri" gibi terimler ile, aile ve bakım verici ilişkileri de dahil olmak üzere insanlar için önemli bütün ilişkilerin kapsanması amaçlanmıştır. Destek insanları bireylerin iyileşmelerini desteklemede önemli bir role sahiptirler. Bu nedenle ruh sağlığı çalışanları mevcut destek ağlarını kullanmaları için danışanları desteklemelidirler².

Topluma katılım ve vatandaşlık: Ruh sağlığı çalışanları, sosyal çabalarında insanları teşvik edecek ve toplumdaki fırsatlara erişmelerinde onları destekleyecek şekilde uygulama yapabilirler².

Farklılığa yanıt verebilirlik: Etkili ruh sağlığı bakımı her kişinin ihtiyaçlarına, değerlerine ve koşullarına yanıt veren kişiselleşmiş bir bakım sağlamayı gerektirir. Bu amaçla, hizmetler; farklı kültürel geçmişten, toplumdaki dil gruplarından, cinsiyetten ve seksüel kimliklerden insanların sahip olduğu farklılıklara yanıt verebilir olmalıdır. Örneğin; toplulukçu kültürlerde kimlik ve iyi oluş bireyselden ziyade grup düzeyinde ele alındığı için hizmetler toplulukçu kültürlerden insanlara da yanıt verebilir olmalıdır².

Kendi üzerine düşünme ve öğrenme: İnsanların ruhsal hastalık ve iyileşme deneyimleri üzerine düşünmeleri ve bu deneyimlerden öğrendikleri sayesinde yaşamış olduğu uzmanlık, yüksek kaliteli ruh sağlığı bakımı sunumunda kullanılan değerli bir kaynaktır².

3) İyileşme Yönelimli Ruh Sağlığı Hizmetleri İçin Ulusal Bir Çerçeve: Uygulamadakiler ve Hizmet Sağlayıcılar İçin Bir Rehber: Avustralya Sağlık Bakanlığı Danışma Konseyi tarafından 2013 yılında oluşturulmuştur. Çerçeve; 5 uygulama alanı ve bu alanlar ile ilişkili 17 yetenek içermektedir. Bu alanlar; umut-optimizm kültürü ve dili oluşturmak, kişiyi önceliğe almak ve bütüncül yaklaşmak, kişisel iyileşmeyi desteklemek, örgütsel bağlılık ve işgücü gelişimi, sosyal katılım ve sağlığın, ruh sağlığının ve iyi oluşun sosyal belirleyicileri üzerine eylem planlamadır³.

4) İyileşme Yönelimli Uygulama Rehberi: Kanada Ruh Sağlığı Komisyonu'nun iyileşme girişimi ekibi tarafından 2015 yılında yayınlanmıştır⁷. İyileşme uygulamalarına yönelik 6 boyut tanımlanmıştır. Bu boyutlar: Umut kültürü ve dili oluşturmak, iyileşme kişiseldir, iyileşme bir kişinin yaşamı bağlamında oluşur, Kanada'da yaşayan herkesin farklı gereksinimlerine yanıt vermelidir, ilk milletler (birinci akvam) olan Inuit ve Métis ile birlikte çalışmalıdır, iyileşme, hizmetleri ve sistemleri dönüştürme üzerinedir⁷.

Umut kültürü ve dili oluşturmak: Kişinin değerli, önemli ve güvende hissetmesini sağlayan bir hizmet kültürü yaratmak için umudu besleyecek becerileri uygulamak ve iyileşmenin herkes için mümkün olduğu fikrine inanmak son derece önemlidir⁷.

İyileşme kişiseldir: İyileşmenin temeli; her kişinin, ruh sağlığı için mümkün olduğu kadar kendi kararlarını alma hakkına sahip olduğunun ve kişinin eşsizliğinin kabul edilmesidir. Bu bölüm; insanları ruh sağlığı hizmetinin merkezine koyarak ve ruh sağlığı çalışanlarını da onların partneri olarak birlikte güçlü yönlerinin üzerine inşa etme ve otonomiye güçlendirme için kişinin yaşam durumunu bütüncül olarak ele almayı içerir⁷.

İyileşme bir kişinin yaşamı bağlamında oluşur: İyileşme yolculuğunun büyük bir kısmı ruh sağlığı sisteminin dışında gerçekleştiğinden, iyileşmeyi güçlendirmek için insanları kendi yaşamları bağlamında ele almak gerekir. Aile, arkadaşlar, toplum, komşular, okullar, işyerleri, spiritüel ve kültürel topluluklar; bunların hepsi ruh sağlığını ve iyileşmeyi desteklemede önemli rol oynayabilir. İyileşme yönelimli uygulama; bütün ve anlamlı bir hayata yönelmelerine, kendilerinin etrafındaki dünya ile ilişkilerini sürdürmelerine ve buldukları toplumun sosyal ve ekonomik yaşamında eşit vatandaşlar olarak katılmalarına yardım etmek için insanlar ile birlikte çalışır⁷.

Herkesin farklı gereksinimlerine yanıt verme: İyileşme yönelimli uygulama farklılıklara saygı duymayı gerektirir. İyileşme yönelimli hizmetler; farklı yaş gruplarından (gelişimsel dönemlerden) insanlar, farklı etnokültürel gruplar, homoseksüel kişiler gibi toplumun farklı kesimlerinden herkesin gereksinimlerine yanıt verebilir olmalıdır⁷.

İyileşme hizmetleri ve sistemleri dönüştürme üzerinedir: İyileşme sadece ruhsal bir hastalığı olan insanlar ve onların aileleri için değil, destek ve hizmet sağlamada yer alan herkes için bir yolculuktur⁷.

5) Hastalık Yönetimi ve İyileşme-Uygulayıcı Rehberleri: Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı, Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Yönetimi, Ruh Sağlığı Hizmetleri Merkezi tarafından 2009 yılında yayınlanmıştır. Hastalık Yönetimi ve İyileşme programını uygularken kullanılacak olan rehberler yer almaktadır²⁴.

Ruh sağlığı çalışanları; danışanın hastalık bilgilerini ve bu hastalığı yönetirkenki becerilerini değerlendirirken, geçmişte karşılaştığı zorlukların nasıl üstesinden geldiğini hatırlatarak danışanın kişisel gücüne dikkat çeker.

Geçmişteki problemleri veya hayal kırıklıklarını kabul eder ve empati gösterir ancak danışanın geleceğe odaklanmasına, kişisel olarak anlamlı hedefler belirlemesine ve hedeflerini başarmasına yardım eder. Hedeflerin yönetilebilir küçük parçalara ayrılması önemlidir²⁴.

İyileşme hedeflerini izlerken danışanların özgüvenini artırmak için onları daha önceden başardıkları şeyleri konuşmaya teşvik etmek gerekir. Bu başarılar bir ödül kazanmak gibi majör bir şey olmak zorunda değildir. Eve ilişkin görevlerini yerine getirmek, iyi bir ebeveyn olmak, liseden mezun olmak, belirli konuları iyi bilmek, parasını iyi idare etmek, bir başkasının sağlığını gözetmek gibi daha küçük başarılar da olabilir²⁴.

Hedeflere ulaşmada izlenecek stratejileri belirledikten sonra, stratejileri modellemek kullanışlı olabilir. Örneğin danışan, sosyal destek ağını geliştirmeyi istiyorsa telefonda bir arkadaşını bir şey yapmaya davet edeceği bir rol oynama ayarlanabilir²⁴. Bazı danışanlar çok iddialı hedefler belirleyebilirler. Eğer böyle bir durum yaşanır umutlarını kırmadan, hedeflerini daha küçük parçalara bölmelerine yardım edilebilir ve bu adımlara yönelik çalışılabilir. Örneğin; sınırlı bir bütçeye sahip bir danışan, pahalı bir bölgeye uzun süreli bir tatile gitmek isteyebilir onun yerine yerel bir plaj, bir göl veya güzel bir park gibi daha yerel gezi fırsatları araştırılabilir. Danışan ile birlikte, danışanın tatile çıkma hedefine yönelik para biriktirme yolları çalışılabilir. İyileşme stratejileri, ruhsal hastalıklar hakkında kullanışlı bilgiler ve damgalamayla mücadele için stratejiler ve kaynaklar, strese duyarlılık modeli ve tedavi stratejileri, sosyal destek inşa etmek, ilaçları etkili bir şekilde kullanmak ve yan etkiler ile baş etme, madde ve alkol kullanımı, relapsları azaltmak, stres ile baş etme ve gevşeme teknikleri, problemler ile ve inatçı semptomlarla baş etme ve ihtiyaçların ruh sağlığı sistemi ile karşılanması; hastalık yönetimi ve iyileşme programında yer alan konulardır²⁴.

İyileşme Odaklı Yaklaşım Uygulaması ile İlgili Dünyadan Araştırma Örnekleri

Konu ile ilgili olarak gittikçe artmakta olan fazla sayıda araştırma bulunmakla birlikte bu derlemede en dikkat çekici araştırmalara yer verilmiştir.

Knutson ve arkadaşları³⁶ yaptıkları bir çalışmada psikiyatri birimi için geliştirilen bir iyileşme modeliyle, psikiyatrik tanı almış hastalara umut, güvende hissetme, destek/semptom yönetimi, güçlendirme, sosyal ilişkiler, baş etme ve anlam bulma gibi yedi konu içeren psikoeğitim vermişlerdir. Araştırmaya katılan hastaların %37'si psikoeğitim uygulamasının iyileşme sürecindeki etkililiğini çok iyi ve %35'i mükemmel olarak değerlendirmişlerdir.

Kronik ruhsal rahatsızlığı olan hastalar arasında depresyon ve anksiyeteyi azaltma ve kendini algılamadaki artışta akran idaresindeki bir öz-yönetim müdahalesinin etkinliğini test etmek amacıyla Sağlık İyileşme Eylem Planı (Wellness Recovery Action Plan-WRAP) altı ayaktan tedavi merkezinde, şiddetli ve dirençli ruhsal hastalığa sahip toplam 519 yetişkin hastada uygulanmıştır. Yapılan çalışmada psikiyatrik belirtilerin azaldığı, umutluluk ve yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur. 519 yetişkin, 8 hafta sürecek olan çalışmanın girişim ve kontrol grubuna rastgele ayrılmıştır. Sonuçlar; tedavinin sonunda ve 6 aylık izlemde değerlendirilmiştir. Kontrol grubu ile girişim grubu karşılaştırıldığında tedavi sonrası ve 6 aylık izlemde, WRAP katılımcıları şunları bildirmiştir: Kısa semptom envanteri, Küresel Semptom Şiddeti ve pozitif Semptom toplam skorlarında zamanla azalma, Umut Ölçeği toplam skorunda ve Hedefe Odaklı umut alt ölçeği puanında zamanla anlamlı iyileşme ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi çevre alt ölçeğinde puanında zamanla iyileşme. Araştırmacılar ruhsal hastalık özyönetim eğitiminin, psikiyatrik belirtileri azaltıp, katılımcıların umutlarını artırdığı ve zamanla yaşam kalitesini arttırdığına işaret ettiğini bildirmişlerdir³⁷.

Kronik ruhsal hastalığı olan hastalar için kişisel iyileşmeyi geliştirmeyi amaçlayan otovideografi pilot randomize kontrollü çalışmasının sonuçlarına göre girişim grubundaki hastaların puanları kontrol grubununkinden daha düşük olmasına rağmen, başlangıçtaki İyileşme Değerlendirme Ölçeği (Recovery Assessment Scale-RAS) ortalama skorlarının istatistiksel olarak farklı olmadığı bildirilmiştir. On iki hafta sonra girişim grubu kontrol grubuyla neredeyse aynı puanı almıştır. Test sonrası İyileşme Değerlendirme Ölçeği puanları, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, müdahale grubunun RAS değişim skorları pozitif, kontrol grubunda negatif olmasına rağmen bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir³⁸.

Amerikan Toplum Psikiyatristleri Derneği'nin yönergelerini izleyerek geliştirilen iyileşme odaklı yaklaşım çerçevesinde yapılan bir çalışmada; iyileşmeye karşı tutumun genel olarak girişim grubunda daha pozitif olduğu ve memnuniyetin önemli derecede yüksek olduğu bulunmuştur³⁹.

Van Eck ve arkadaşları⁴⁰ şizofreni spektrum bozukluğuna sahip hastalarda klinik ve kişisel iyileşme arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaları topladıkları sistematik derleme ve meta analizde klinik ve kişisel iyileşme arasındaki ilişkinin küçük ve orta önemlilikte olduğunu bildirmişlerdir. Kişisel iyileşmede affektif semptomlardaki düzelmelerin psikotik semptomlara göre daha etkili olduğu belirtilmiştir. Yazarlar tedavi ve sonuçlarının izlenmesinde klinik ve kişisel iyileşmenin birlikte izlenmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Rossi ve arkadaşları⁴¹ şizofreni hastalarının öz bildirimine dayalı olarak kişisel iyileşme ve klinik iyileşme arasındaki ilişkiyi araştırmak amacı ile yaptıkları çalışmalarında hizmet sunumunun; içgörü ve baş etme stratejilerini geliştirmek, damgalamayı indirmek ve iyileşme stillerini geliştirme yönünde olması gerektiği sonucuna varmışlardır.

Şizofrenide yetiyitimi ve iyileşmede bilişsel davranışçı girişimlerin etkinliğinin değerlendirildiği bir sistematik derlemede klasik bilişsel davranışçı girişimlerin hastaların duyu durumlarının düzelmesine, negatif semptomlarının ve fonksiyonlarının iyileşmesine katkı sağladığı bildirilmiştir⁴².

İyileşme Odaklı Yaklaşımı Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

Kişisel iyileşmeyi ölçmek ve iyileşme odaklı hizmetleri/profesyonelleri değerlendirmek için çok fazla sayıda araç geliştirilmiş olmasına rağmen bu derlemede konu ile ilgili olarak yapılan araştırmalarda daha sık kullanılan değerlendirme araçlarına yer verilmiştir⁴³.

Kişisel iyileşmeyi ölçmek için kullanılan araçlar

İyileşme Değerlendirme Ölçeği (Recovery Assessment Scale- RAS): RAS bir değerlendirme ölçütü olarak geliştirilmiş ve bir dizi programın etkisini değerlendirmek için kullanılmıştır. Umud ve kendi kaderini tayin hakkına özel vurgu yapılarak, hastanın bakış açısından iyileşmenin çeşitli yönlerini değerlendirmek üzere tasarlanmıştır. Orijinal ölçek 41 maddeden oluşur ve 24 maddeden oluşan daha kısa bir sürümü de mevcuttur. Her iki versiyonda da her bir madde 5'li Likert tipinde derecelendirilmiştir. Ölçek; kişisel güven ve umut, yardım istemeye gönüllü olma, hedef ve başarı yönelimi, başkalarına güven ve semptomlarda egemenlik kazanmak olmak üzere beş alanı kapsamaktadır⁴³.

İyileşme Tutumları Anketi (Recovery Attitudes Questionnaire-RAQ-16; RAQ-7): RAQ, özellikle hastalar, hizmet sağlayıcılar, aile üyeleri, bakım vericiler ve toplumun üyeleri olmak üzere farklı grupların iyileşme hakkındaki tutumlarını karşılaştırmak amacı ile geliştirilmiştir. RAQ-16 onaltı maddeden oluşur ve RAQ-7 yedi maddeyi kapsar. Her iki versiyondaki maddeler 5'li Likert tipinde derecelendirilmiştir⁴³.

Kişisel İyileşme Görüşü Anketi (Personal Vision of Recovery Questionnaire-PVRQ): PVRQ, hastaların kendi iyileşmelerine ilişkin inançlarını değerlendirmek üzere tasarlanmıştır ve aşağıdaki beş faktör değerlendirilmektedir. Destek, kişisel zorluklar, profesyonel yardım, eylem ve yardım arayışı ve teyit. Her biri 5'li Likert tipinde puanlanan 24 maddeden oluşmaktadır⁴³.

Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği (Mental Health Recovery Measure-MHRM): MHRM, psikiyatrik yetersizliği olan insanlar için iyileşme sürecini yedi alan üzerinden değerlendirmek üzere tasarlanmıştır. Bu alanlar; takılıp kalmanın aşılması, kendini güçlendirme, öğrenme ve kendi kendini yeniden tanımlama, temel işleyiş, genel refah, yeni potansiyeller ve savunuculuk/zenginleştirme. Her biri 5'li Likert tipinde değerlendirilen ölçek 30 maddeden oluşmaktadır⁴³.

Hizmet Kullanıcılar için İyileşme Çıktıları Sistemi (Consumer Recovery Outcomes System-CROS): CROS semptomların azaltılması ve iyileşme üzerindeki faktörleri ölçmek için tasarlanmıştır. Her biri hastanın iyileşmesini farklı bir perspektiften ölçen üç versiyonu vardır: Hastanın kendisi (hasta versiyonu), bir aile üyesi ya da bakım verici (çok önemli kişi versiyonu) ve bir hizmet sağlayıcı (personel versiyonu). Her üç versiyon da aşağıdaki iyileşme alanlarını değerlendirir. Gelecek için umut, günlük işlev, klinik semptomlarla başa çıkma ve yaşam kalitesi. Her üç versiyon aynı zamanda ilaç ve madde kullanımı ile ilgili üç öge içerir. Hasta versiyonu tedaviden memnuniyeti ve personel versiyonu da hizmet kullanımını

değerlendirir. Hasta ve personel versiyonlarının her biri 38 madde içerir ve çok önemli kişi versiyonu 33 maddedir. Tüm versiyonlardaki tüm maddeler 4'li Likert tipinde derecelendirilmiştir⁴³.

İyileşme Süreci Envanteri (Recovery Process Inventory-RPI): RPI, hastanın bakış açısıyla acı, başkalarına bağlılık, güven/amaç, diğerlerine bakım/yardım, yaşam durumu ve umut/kendine özen ile ilgili iyileşme alanlarını ölçer. Her biri 5'li Likert tipinde puanlanan 22 madde içermektedir⁴³.

İyileşme Yönelimi (Recovery Orientation-RO): RO ampirik olarak dört alanda iyileşme odağını kavramsallaştırma girişimidir. Bu dört alan umut, iyimserlik, bilgi ve yaşam doyumdur. Her biri hasta tarafından 7'li Likert tipinde derecelendirilen 56 maddeden oluşan bir değerlendirme aracıdır⁴³.

İyileşme Odaklı Hizmetleri/Profesyonelleri Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

İyileşme Yönelimli Hizmet Değerlendirmesi (Recovery Oriented Service Evaluation-AACP ROSE): AACP ROSE, hizmetlerin iyileşmeyi sağlama yönündeki ilerlemelerini değerlendirmeye olanak tanıyan bir araç olarak tasarlanmıştır. 46 maddeden oluşur ve bunların hepsi 5'li Likert tipinde skorlanmıştır. Maddeler dört alanı kapsamaktadır. Hizmet sağlayıcı-klinisyen, servis sağlayıcı-yönetici, savunucu paydaş ve diğeri⁴³.

İyileşme Yönelimli Sistem Göstergeleri (Recovery Oriented Systems Indicators Measure-ROSI): ROSI, ruhsal sağlık sisteminin iyileşme yönelimini değerlendirmek üzere tasarlanmıştır ve iyileşmeye yardımcı olan ve iyileşmeyi engelleyen faktörleri inceler. İki veri kaynağından oluşur: Yetişkin Hizmet Kullanıcı Özbildirim Anketi (42 madde) ve İdari Veri Profili (23 madde). Birincisi aşağıdaki alanları inceler: Kişi merkezli karar verme ve seçim, geçersiz kılınmış bireylik (invalidated personhood), öz bakım ve sağlık, temel yaşam kaynakları, anlamlı etkinlikler ve roller, akran savunuculuğu, personelin tedavisi ve bilgisi ve erişim. İkincisi aşağıdaki alanları kapsamaktadır: Akran desteği, seçim, personel oranları, sistem kültürü ve yönlendirme, yönetime hastayı dahil etme ve zorlama. ROSI, kapalı uçlu soruları, Likert ölçekleri ve açık uçlu sorular da dahil olmak üzere yanıt formlarının bir kombinasyonunu kullanır⁴³.

İyileşme Özdeğerlendirmesi (Recovery Self Assessment-RSA): RSA, ruhsal sağlık hizmetlerinde iyileşmeye destekleyici uygulamaların ne ölçüde belirlendiğini ölçmek için tasarlanmıştır. Toplu olarak beş alanı değerlendiren 36 maddeyi içerir. Bu maddeler: Hayat amacı, müdahale, tedavi seçenekleri çeşitliliği, seçim ve bireye özgü özel hizmetler. Her bir madde, 5 puanlı Likert ölçeğinde derecelendirilmiştir. Aşağıdaki paydaş gruplarının her biri için bir tane olmak üzere dört versiyonu vardır. Hastalar (kişi iyileşme versiyonu), aile üyeleri veya bakım vericileri (aile/önemli diğerleri/savunucu versiyonu), hizmet sağlayıcılar (sağlayıcı sürümü) ve yöneticiler (CEO/birim yöneticisi versiyonu)⁴³.

İyileşmeye Yönelik Personel Tutumları Ölçeği (Staff Attitudes to Recovery Scale-STARS): STARS, iyileşme tabanlı bir eğitim programının iyileşmeye karşı personel tutumları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla bir değerlendirme aracı olarak geliştirilmiştir. Hastaların hedeflerine ulaşma ve iyileşme olanaklarına ilişkin tutum ve umutlarını ölçer. Her biri 5'li Likert tipinde puanlanan 19 maddeyi içermektedir⁴³.

İyileşme Yönelimli Uygulamalar Endeksi (Recovery Oriented Practices Index-ROPI): ROPI, iyileşmeyi teşvik eden değerlerle ilgili uygulamayı ölçmektedir. Her biri 5'li Likert tipinde değerlendirilen 20 madde içermektedir. Aşağıdaki alanları kapsar: Temel ihtiyaçların karşılanması, kapsamlı hizmetler, özelleştirme ve seçim, hasta katılımı/katılım, ağ desteği/topluluk entegrasyonu, güçlü yönler dayalı yaklaşım, hasta kontrolü/kendi kaderini tayin etme kaynağı ve iyileşme odağı⁴³.

İyileşme Odaklı Yaklaşımın Uygulanışı ile İlgili Ülkemizdeki Durum

İyileşme odaklı yaklaşımın gelişmiş ülkelerin ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunun ve politikalarının bir parçası olduğu görülmektedir. Ülkemizde her ne kadar 2011 yılında Ruh Sağlığı Eylem Planı hazırlanmış ve toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin çekirdeğini oluşturan Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ilk kez Bolu'da açılmış olsa da, iyileşme odaklı yaklaşımın daha çok gelişmiş ülkelerin ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda önemli bir mihenktaşı olduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkelerin ruh sağlığı politikalarının iyileştirilmesi kapsamında dünyada iyileşme odaklı yaklaşım ile ilgili ilk yayınlara ve modellere 2000'li yıllardan itibaren rastlanırken; belkide Ruh Sağlığı Eylem Planı ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Yönergesinin 2011 yılında çıkmış olması ya da dünya literatüründen etkilenilmesi nedeni ile ülkemizde de 2010 yıllarından

itibaren iyileşme odaklı yaklaşım ile ilgili yayınlara rastlanmaktadır. Konu ile ilgili yayın sayısı şimdilik sayılıdır. Ancak konuya ilginin artması ve iyileşmenin daha çok klinik iyileşme olarak değil bireysel iyileşme olarak ele alınmaya başlanması bu konudaki araştırma sayısını arttıracaktır. Bu bağlamda ilk olarak “Current Opinion in Psychiatry” dergisinin Türkçe baskısında “İyileşme kavramları: Birbiriyle çelişiyor mu yoksa birbirini tamamlayıcı mı?” adlı bir derleme yayınlanmıştır⁴⁴. 2008’de Liberman tarafından yazılmış olan kitap Yıldız⁴⁵ tarafından “Yetiyitiminden İyileşmeye- Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı” Türkçeye çevrilmiştir. Çam ve Engin (2014) editörlüğünde yayınlanmış olan “Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı” kitabında “Psikiyatrik rehabilitasyon/iyileştirim ve evde bakım” adlı bölüm Çam ve Bilge tarafından, aynı kitapta Çam ve Savaşan tarafından “İyileşme modellerinden biri olarak kabul edilen “Tidal Model’e” yer verilmiştir^{46,47}. Yıldız⁴⁸ Nöropsikiyatri Arşivi dergisinde “Ciddi ruhsal hastalıklarda bir süreç olarak iyileşme” (Recovery as a Process in Severe Mental Illnesses) adlı makaleyi, aynı yıl Savaşan “Etkisiz bireysel baş etme ve benlik kavramında bozulma hemşirelik tanısı alan alkol bağımlılarında TİDAL (Gel-Git) Model’e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının etkisi” adlı bir doktora tezi yapmıştır. Tez 2017 yılında bir dergide yayınlanmıştır⁴⁹. Gürhan¹⁸ tarafından editörlüğü yapılmış olan “Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği” kitabında Akgün Çıtak tarafından “Ruhsal hastalıklarda iyileşme ve iyileşme Modelleri” adlı bir bölüm yazılmıştır. Aynı yıl Çam ve Aydoğdu Durmuş⁵⁰ tarafından “Ruhsal hastalığı olan bireyler ve psikiyatri hemşireleri açısından iyileşme” adlı bir derleme yayınlanmıştır. Kavak ve Ekinci⁵¹ tarafından “Şizofreni hastalarında yoganın işlevsel iyileşme düzeylerine etkisi” (The Effect of Yoga on Functional Recovery Level in Schizophrenic Patients) adlı bir çalışma yapılmıştır. Soygür ve arkadaşları⁵² “Mavi At Kafe’nin 6 yılda öğrettikleri: Şizofreni hastalarının gözünden iyileşmeye katkıda bulunan etmenler: Nitel bir analiz” adlı bir araştırma yayınlanmıştır. Yılmaz ve Okanlı⁵³ tarafından “Şizofrenide içgörüyü ve işlevsel iyileşmeyi geliştirmek için farkındalık temelli psikososyal beceri eğitiminin test edilmesi” (Test of Mindfulness-Based Psychosocial Skills Training to Improve Insight and Functional Recovery in Schizophrenia) çalışması yayınlanmıştır. Çam ve Yalçın⁵⁴ tarafından “Ruhsal hastalık ve iyileşme” adlı bir derleme, İpçi ve arkadaşları⁵⁵ tarafından “Şizofreni hastalarında öznel iyileşme ile bilişsel içgörü arasındaki ilişkinin araştırılması” adlı bir araştırma ve Yıldız ve arkadaşları⁵⁶ tarafından “Şizofreni hastaları için öznel iyileşme değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi ve geçerliği” adlı bir ölçek çalışması yayınlanmıştır. Coşkun ve Şahin Altun⁵⁷ tarafından “Şizofreni hastalarının umut seviyeleri ve fonksiyonel iyileşme arasındaki ilişkiyi” araştırdıkları bir çalışma yayınlanmıştır.

Sonuç

İyileşme odaklı yaklaşım gelişmiş ülkelerin ruh sağlığı hizmetlerinin sunum anlayışını oluşturmaktadır. İyileşme yönelimli hizmetlerin bireylerin umutlarını geliştirmelerine, kendilerini bir birey olarak hissetmelerine, tedavinin ortaklarından biri olmalarına, varolan kapasitelerini geliştirmelerine ve onunla mutlu olmalarına, önemsenmelerine, kendi bakımları ile ilgili sorumluluk almalarına ve kişisel gelişmelerindeki başarıları nedeni ile yaşamı anlamlandırılmalarına katkı sağladığı düşünüldüğünde ülkelerin politikalarının bir parçası olması gerektiği ortadadır. Bu amaçla ruh sağlığı yasa yapıcılarının konunun öneminin farkına varmalarının sağlanması açısından ruh sağlığı çalışanlarının liderlik etmesi, toplumumuzun ruh sağlığının korunmasına katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*. 2007;6:68–74.
2. Department of Health, Mental Health, Drugs and Regions Division, State Government of Victoria. Framework For Recovery-Oriented Practice 2011, Australia. Erişim Tarihi: 02.03.2018. 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/$FILE/framework-recovery-oriented-practice.pdf).
3. Australian Health Ministers’ Advisory Council, Commonwealth of Australia 2013, A national framework for recovery-oriented mental health services: Guide for practitioners and providers. Print ISBN: 978-1-74186-010-8 Online ISBN: 978-1-74186-011-5 Publications approval number: 10287. www.health.gov.au/mentalhealth All information in this publication is correct as at August 2013. Erişim Tarihi: 02.03.2018. Available from: [https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/67D17065514CF8E8CA257C1D00017A90/\\$File/recovgde.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/67D17065514CF8E8CA257C1D00017A90/$File/recovgde.pdf).
4. Murray P. Recovery, Inc., as an adjunct to treatment in an era of managed care. *Psychiatr Serv*. 1996;47(12):1378-81.
5. Sowers W. Transforming systems of care: the american association of community psychiatrists guidelines for recovery oriented services. *Community Ment Health J*. 2005;41:757-74.
6. Piat M, Sabetti J. The development of a recovery-oriented mental health system in Canada: What the experience of commonwealth countries tells us. *Can J Commun Ment Health*. 2009;28:17–33.

7. Mental Health Commission of Canada (2015). Recovery Guidelines. Guidelines for Recovery-Oriented Practice Hope. Dignity. Inclusion. Ottawa, ON: Author. Erişim Tarihi: 02.03.2018. Available from: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_ENG_0.pdf.
8. Noordsy DL, Torrey WC, Mead S, Brunette M, Potenza D, Copeland ME. Recovery-oriented psychopharmacology: Redefining the goals of antipsychotic treatment. *J Clin Psychiatry*. 2000;61:22–9.
9. Van Tosh L, Ralph R, Campbell J. The rise of consumerism. *Psychiatric Rehabilitation Skills*. 2000;4:383-409.
10. Berlin MT, Fleck MP, Shorter E. Notes on antipsychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;253:61-7.
11. Dixon LB, Goldman HH. Forty years of progress in community mental health: the role of evidence-based practices. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2003;37:668-73.
12. Ramon S, Healy B, Renouf N. Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK. *Int J Soc Psychiatry*. 2007;53:108–22.
13. Field BI, Reed K. The Rise and Fall of the Mental Health Recovery Model. *The International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 2016;20:86-95.
14. Meehan TJ, King RJ, Beavis PH, Robinson JD. Recovery-based practice: do we know what we mean or mean what we know? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2008;42:177-82.
15. President's New Freedom Commission on Mental Health (2003). Achieving the promise: Transforming mental health care in America. Executive Summary. DHHS Pub. No. SMA-03-3831. Rockville, MD.
16. Caldwell B, Sclafani M, Swarbrick M, Piren K. Psychiatric nursing practice and the recovery model of care. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2010;48:42-8.
17. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;16:11-23.
18. Akgün Çıtak E. Ruhsal Hastalıklarda İyileşme ve İyileşme Modelleri. In: Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, 1. Baskı. (Ed Gürhan N): 269-287. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2016.
19. Corrigan PW, Slopen N, Gracia G, Phelan S, Keogh CB, Keck L. Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; II: Qualitative analysis of participant interviews. *Community Ment Health J*. 2005;41:721-35.
20. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199:445-52.
21. Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J. Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: identifying the Critical Dimensions. *Community Ment Health J*. 2005;41:141-58.
22. Davidson L, Roe D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*. 2007;16:459-70.
23. Piat M, Sabetti J. The development of a recovery-oriented mental health system in Canada: What the experience of commonwealth countries tells us. *Can J Commun Ment Health*. 2009;28:17-33.
24. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Illness Management and Recovery: Practitioner Guides and Handouts*. HHS Pub. No. SMA-09-4462, Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2009.
25. McCormack, J. (2007) Recovery and strengths based practice. SRN Discussion Paper Series. Report No.6. Glasgow, Scottish Recovery Network. Erişim Tarihi: 02.03.2018. Available from: <http://www.ispraisrael.org.il/Items/00410/SRNDiscussionPaper6Strengths.pdf>
26. Xie H. Strengths-based approach for mental health recovery. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2013;7:5-10.
27. Francis A. Strengths-based assessments and recovery in mental health: reflections from practice. *International Journal of Social Work and Human Services Practice*. 2014;2:264-71.
28. Tse S, Tsoi WS E, Hamilton B, O'Hagan M, Shepherd G, Slade M et al. Uses of strength-based interventions for people with serious mental illness: A critical review. *Int J Soc Psychiatry*. 2016;62:281-91.
29. Shanley E, Jubb-Shanley M. The recovery alliance theory of mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007;14:734-43.
30. Jacobson N, Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatr Serv*. 2001;52:482-5.
31. Oades L, Deane F, Crowe T, Lambert WG, Kavanagh D, Lloyd C. Collaborative recovery: an integrative model for working with individuals who experience chronic and recurring mental illness. *Australas Psychiatry*. 2005;13:279-84.
32. Barker P. The Tidal model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001;8:233-40.
33. Barker P. The Tidal model: The lived-experience in person-centred mental health nursing care. *Nursing Philosophy*. 2004;2:213-23.
34. Buchanan-Barker P, Barker PJ. The Tidal Commitments: extending the value base of mental health recovery. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008;15:93-100.
35. Barker P, Buchanan-Barker P. The Tidal model of mental health recovery and reclamation: application in acute care settings. *Issues Ment Health Nurs*. 2010;31:171-80.
36. Knutson MB, Newberry S, Schaper A. Recovery education: A tool for psychiatric nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;20:874-81.
37. 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.
38. Solomon P, Decesaris M, Petros R, Linz S, Hanrahan Nancy P. A pilot randomized control trial of autovideography intervention to enhance recovery for people with severe mental illness. *Best Practices in Mental Health*. 2016;12:1-13.
39. Rabenschlag F, Konrad A, Rueegg S, Jaeger M. A recovery-oriented approach for an acute psychiatric ward: is it feasible and how does it affect staff satisfaction?. *Psychiatr Q*. 2014;85:225–39.

40. Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, Schirmbeck F, de Haan L. The relationship between clinical and personal recovery in patients with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2017; 14 doi: 10.1093/schbul/sbx088.
41. Rossi A, Amore M, Galderisi S, Rocca P, Bertolino A, Aguglia E et al. The complex relationship between self-reported 'personal recovery' and clinical recovery in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2018;192:108–12.
42. Nowak I, Sabariego C, Switaj PM, Anczewska M. Disability and recovery in schizophrenia: A systematic review of cognitive behavioral therapy interventions. *BMC Psychiatry.* 2016;16:228.
43. Burgess P, Pirkis J, Coombs T, Rosen A. (2010) Review of Recovery Measures. Erişim Tarihi: 24.07.2017. Available from: https://www.mentalhealth.va.gov/communityproviders/docs/review_recovery_measures.pdf.
44. Davidson L, Lawless MS, Leary F. İyileşme kavramları: birbiriyle çelişiyor mu yoksa birbirini tamamlayıcı mı? *Current Opinion in Psychiatry.* 2006;2:6-41.
45. Liberman, R.P. Yetiyitiminden İyileşmeye. *Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı.* American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC, 2008. (Çev. Ed Yıldız M). Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara. 2011;278-310.
46. Çam O, Bilge A. Psikiyatrik rehabilitasyon/iyileştirim ve evde bakım. In: *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı.* 1. Baskı. (Eds Çam O, Engin E.) İstanbul, İstanbul Tıp Yayınevi, 2014;1049-72.
47. Çam O, Savaşan A. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde bir model: Tidal (Gel-Git) model. In: *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı.* 1. Baskı. (Eds Çam O, Engin E.) İstanbul, İstanbul Tıp Yayınevi. 2014;87-102.
48. Yıldız M. Recovery as a Process in Severe Mental Illnesses. *Noro Psikiyatr Ars.* 2015;52:1-3.
49. Savaşan A, Çam O. The effect of the psychiatric nursing approach based on the tidal model on coping and self-esteem in people with alcohol dependency: a randomized trial. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017;31:274-81.
50. Çam O, Aydoğdu Durmuş H. Ruhsal hastalığı olan bireyler ve psikiyatri hemşireleri açısından iyileşme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2016;32:97-106.
51. Kavak F, Ekinci M. The effect of yoga on functional recovery level in schizophrenic patients. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016;30:761-7.
52. Soygür H, Yüksel MM, Eraslan P, Attepe Özden S, Mavi At Kafe'nin 6 yılda öğrettikleri: Şizofreni hastalarının gözünden iyileşmeye katkıda bulunan etmenler-nitel bir analiz. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2017;28:75-80.
53. Yılmaz E, Okanlı A. Test of mindfulness-based psychosocial skills training to improve insight and functional recovery in schizophrenia. *West J Nurs Res.* 2017;1:1-17.
54. Çam O, Yalçın N. Ruhsal hastalık ve iyileşme. *J Psychiatric Nurs.* 2018;9:55-60.
55. İpçi K, İncedere A, Kiras F, Yıldız M. Şizofreni hastalarında öznel iyileşme ile bilişsel içgörü arasındaki ilişkinin araştırılması. *KOU Sağ Bil Derg.* 2018;4:1-4.
56. Yıldız M, Erim R, Soygur H, Tural U, Kiras F, Gules E. Development and validation of the Subjective Recovery Assessment Scale for patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology.* 2018;28:163-9.
57. Coşkun E, Şahin Altun Ö. The relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional recovery. *Arch Psychiatr Nurs.* 2018;32: 98-102.

Correspondence Address / Yazışma Adresi

Hülya Arslantaş
Adnan Menderes Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Aydın, Turkey
e-mail: hulyaars@yahoo.com

Geliş tarihi/ Received: 13.03.2018**Kabul tarihi/Accepted:** 22.04.2018