

Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinde Uygulamaya Yönelik Bir Model Örneği: “Recovery”

An Example of a Model for Practicing Community Mental Health Nursing: Recovery

Beyhan Bağ

Öz

Ülkemizde açılmış olan toplum ruh sağlığı merkezlerinde, ruhsal bozukluğu olan hastalara sunulacak olan hizmetlerle ilgili bazı belirsizlikler bulunmaktadır. Bu merkezlerde çalışanların dörtte birini hemşireler oluşturur. Bu sunulan hizmetlerin kalitesini etkileyebilmesi açısından önemli bir rakamdır. Sunulan hizmet kalitesini artırılmasında düzenli eğitime alınacak hemşirelerin alanda uygulayabilecekleri modellere gereksinimleri vardır. Bu anlamda “Recovery” model olarak toplum ruh sağlığı hizmetlerinin temel felsefesi olan bireyi merkeze alan yapısına oldukça uygun bir modeldir. Bu çalışmada “Recovery” modeli tanımlanarak, toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan hemşireler için tedavi ve bakımda model olarak uygulanmasının tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Toplum ruh sağlığı, psikiyatri hemşireleri, iyileşme.

Abstract

There are some uncertainties about the services that will be offered to patients with mental disorders in the community mental health centers opened in our country. One-fourth of the employees in these centers are nurses. This is an important figure that could affect the quality of the services offered. In order to improve the quality of the services offered, nurses need models that can be applied in the field. In this sense, “Recovery” model, is a model that is quite suitable for the community mental health services which centers the individual as a part of its basic philosophy. The aim of this study is to define the “Recovery” model and to discuss it as model for the treatment and maintenance of patients by nurses working in community mental health centers.

Key words: Community mental health, psychiatry nurses, Recovery.

SAĞLIK BAKANLIĞI’NIN 2011’de yayınlanan “Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) planında birincil amaç, ruh sağlığı hizmetlerinin daha kaliteli olarak bireylere ulaştırılabilmesi için bir hizmet ağının oluşturmaktır. Bu hedef doğrultusunda bir eylem planı hazırlanmış ve “ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavi ve bakımlarında hasta merkezli yaklaşımın temel alınması, toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin ülke-mizde yerleşmesi” hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı 2011). Planlanan toplum

temelli ruh sağlığı hizmet modelinin çekirdeğini toplum ruh sağlığı merkezleri oluşturmuştur. Ülkemizde de ilk defa 2008'de Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi uygulamaya geçmiştir (Ensari 2011). O zamandan bu yana ülkemizde çok sayıda toplum ruh sağlığı merkezi açılmasına karşın, merkezlerin işleyişi ve sunulan hizmetlerle ilgili araştırmaların oldukça yetersiz olduğu görülmüştür (Bilge ve ark. 2016, Söğütü ve ark. 2017). Az sayıda yapılan araştırmalarda da ilk toplum ruh sağlığı merkezinin açılışından bu yana yaklaşık on yıl geçmesine karşın bu merkezlerde bireylerin hangi hizmeti, nasıl ve kim tarafından alacağı halen belirlenmemiş bir konu olarak ortadadır (Bilge ve ark. 2016, İçel ve ark. 2016, Söğütü ve ark. 2017).

Bilge ve arkadaşları (2016) bu merkezlerin işleyişi ile ilgili yaptıkları araştırmalarında bu merkezlerde çalışanların dört birini hemşirelerinin oluşturduğunu belirlemiştir. Bu rakam merkezlerin vaat edilen hizmetleri ruhsal bozukluğu olan bireylere götürmede hemşirelerin muhtemel etkinliğini ortaya koyması açısından önemlidir. Özetle merkezleri işlevsel hale getirmek için alanda çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi veya toplum ruh sağlığı alanında sağlık bakanlığı tarafından organize edilen belirli zamanda uygulanacak olan eğitim programlarıyla mümkündür şeklinde yorumlanabilir. Bu yorumu yaptıktan sonra atılacak diğer bir adım ise ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde tedavi ve bakımla ilgili olarak hangi modellerin toplum ruh sağlığı merkezleri için uygun olduğunun tartışılarak belirlenmesi ve uygulamaya konulmasıdır.

Toplum ruh sağlığı merkezlerinde uygulanabilecek önemli modellerden birisi birey merkezli unsurları içinde barındıran Recovery (iyileşme/düzelme) modelidir. Bu unsurlar; umut, kendi kaderini kendi tayin etme hakkı, anlamlandırma/amaç haline getirebilme, farkındalık/farkındalık yaratma potansiyeli ve pazarlık yapabilme yeteneğidir. Bu unsurlar aynı zamanda başkalarıyla da örneğin bireyin yakınları ve ruh sağlığı çalışanlarıyla etkileşimi de içerir. Bu etkileşimler, bireye kendisiyle ilgili kararları almasında etkin rol oynayabilmesi, gerekli olduğunda pazarlık yapılabilme, yaşamını anlamlandırma ve bunun için bir amaç oluşturmada yardımcıdır (Onken ve ark. 2002). Bu anlamda Recovery model olarak toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin temel felsefesi olan "hastaların kendi mahallinde düzenli takip ve tedavilerinin gerçekleştirilerek iyilik hallerinin korunması, atakların önlenerek; hastane yatışlarının azaltılması ve rehabilitasyonlarının sağlanmasıyla hastaların topluma yeniden kazandırılması" (Bağ 2012) hedefine ulaşmada oldukça uygun bir modeldir.

Bu çalışmada Recovery modeli tanımlanmaya çalışılmış ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan psikiyatri hemşireleri için, hastaların tedavi ve bakımında model olarak uygulanmasının tartışmaya açılması amaçlanmıştır.

Recovery Modeli

Son yirmi yılda giderek artan oranda kullanılan Recovery modeli, ruhsal bozukluğu olan bireylerin özerkliğinin ve öznelliğinin vurgulandığı, bireyselleştirilmiş tedavi odaklı çeşitli yaklaşımları içerir (Winter ve ark. 2015). Model ana ekseninde "ruhsal bozukluğu olan bireylerin yüksek yaşam kalitesine sahip olmaları için neye gereksinimleri vardır?" sorusuna cevap arar. Bu şekilde olası krizleri önleyici tedavi olarak da adlandırılan, belirtilerin hafifletilmesi ve nedene yönelik uygulanan terapiye amaçlayan bir yol seçer. Bir anlamda klasik psikiyatrik tedavinin beklentilerinden farklı bir beklentisi vardır. Recovery'nin tanımlanması modelin daha iyi anlaşılıp uygulama alanlarında kullanılabilmesi açısından yararlı olacaktır.

Tanımı

Kaynağını aldığı psikososyal alanda bile Recovery'nin açık ve net bir tanımı yapılamamaktadır. Günümüze kadar yapılan farklı tanımlamalar yalnızca Recovery'nin farklı yönlerini vurgular niteliktedir (Winter ve ark. 2015). Örneğin Anthony (1993) Recovery terimini şöyle tanımlar; “*Recovery, tutumlar değerler, duygular, hedefler, beceriler ve rollerdeki derin kişisel ve kendine özgü değişim sürecidir*”.

Bu model ruhsal bozukluğu olan bireylerin umut dolu ve yapıcı bir yaşam sürebilmesi için bir yoldur. Recovery, psikiyatrik bozukluğun bireydeki yıkıcı etkisi sürerken yaşamındaki yeni görevlere ve yaşama yeniden anlam katmasıdır (Onken ve ark. 2007). Recovery’i tanımlama denemesinde “süreç” kavramı sıklıkla karşımıza çıkar ve anlatılmak istenen bireyin Recovery ile olan yolculuğudur. Burada Recovery’nin bir nevi psikolojik dayanıklılığın (resilience) benzeri olduğu söylenebilir. Bazı yazarlar Recovery’i doğrusal olmayan bir süreç olarak tanımlarlar (Anthony 1993, Onken ve ark. 2007). Onlara göre birey Recovery ile ileriye yönelim yani iyileşme düzelmeye doğru bir süreç yaşayabilecekleri gibi bunun tam tersi durumda oluşabilir. Ralph (2004) Recovery’i “ruhsal bozukluğu olan bireylerin sağlığa erişimde bir evreden diğerine ulaşmada hem geriye hem de ileriye doğru ilerleyebilen bir spiral model içindeki ruhsal yolculuk” olarak tanımlar. Orken ve arkadaşları da (2007) çeşitli Recovery anlayışları olduğunu belirterek, bunlar arasında ayırımı yapılması gerektiğini vurgular. Onlar Recovery’i “belirtilerin ortadan kalkmasıyla oluşan Recovery süreci yani klinik iyileşme ve hastalığın sürekli/kalıcı belirtilerine rağmen hastanın kendini iyi hissederek yaşamını belirtilere rağmen tek başına sürdürebilmesi yani kişisel iyileşme olarak tanımlarlar. Burada tartışılan kişisel iyileşmedir (Davidson 2010).

Bu konudaki sistematik ve yönetsel incelemeler genelde İngilizce konuşulan ülkelerde yapılmıştır. Recovery hareketi “post psikiyatri” denilen yaklaşımın bir ifadesi olarak tanımlanmıştır (Bracken ve Thomas 2001). Yukarıdaki tanımlamalardan anlaşılabilirliği gibi Recovery kavramı olarak farklı teorileri içeren oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu karmaşık yapısı Recovery farklı dillere uyarlarken söz konusu dile birebir çeviriminde sorunlar oluşmasına neden olur. Bu konuyla ilgili olarak Knuf ve arkadaşları (2007) iyileşme ve düzelmeye anlamına gelen Recovery kelimesini Almanca’ya “nekaht, düzelmeye ve/veya sağlığın tekrar kazanılması” olarak çevirmiş ve Almandada Recovery terimini tam olarak karşılayan tek bir kelimenin var olmadığından yakınmışlardır. Türkçe’de de benzer şekilde Recovery kelimesinin “kurtulmak”, “iyi olmak”, “toparlanmak”, kendine gelmek”, “hastalıktan kurtulmak”, “düzelmeye” ve “bulma” gibi birçok anlamı vardır (Recovery 2017). Ayrıca Recover terimi psikiyatri hastalarının kendilerine yönelik etiketlendirmeye karşı verdikleri mücadeleyi adlandırmak için de kullanılır (Shulz ve Zuaboni 2012). Bu nedenle bu yazıda “Recovery” birebir çevrilmesinin hem kelime anlamı olarak birçok anlama gelmesi hem de modelin anlaşılması bakımından uygun olmayacağı düşünülmüş ve orijinalinin kullanılması daha uygun olduğuna karar verilmiştir.

Modelin Tarihsel Gelişimi

Model 1980’lerde kendi kendine yardım gruplarında ruhsal bozuklukların tedavi edilemez olduğu görüşünün sorgulanmasıyla ortaya çıkmıştır. Bu gruplar kendi yaşamlarının belirleyicisi olma adına, psikiyatri hastası yerine “Recovery” terimini kullanmayı tercih

ederek, terimin yaygın olarak kullanıma girmesini sağladılar (Deegan 1988). Klasik psikiyatrik uygulamalara ters düşen bir biçimde “sunulan psikiyatrik hizmetler artık sadece hastalık belirtilerinin azaltılmasına veya ortadan kaldırılmasına yönelik” olmama- lı fikrini savunuyorlardı. 1990’lı yıllardan itibaren ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşam durumlarını ve yaşam kalitesini yükseltmelerine destek olacak; topluma daha eşit katılımda bulunmalarına, kendi kaderini tayin etme hakkını elde etmeleri gibi tedavi hedeflerine odaklanıldı (Vereinte Nationen 2006). Kronik bir hastalığı olmanın toplumla iç içe doyurucu bir yaşam sürmeye engel teşkil etmediği vurgulanarak, sadece kronik hastalığa ait belirtilerin azaltılması değil aynı zamanda yaşam kalitesi yüksek toplumsal yaşama aktif katılımının sağlanarak işlevselliğin geliştirilmesi hedeflenmeye başlandı. Ayrıca umutsuzluk, kişisel sorumluluk alma, toplumdan dışlanma ve yoksulluk gibi engellerin ortadan kaldırılması veya mücadele edilmesi modelin bir parçasını oluşturdu.

Deegan (1988), Amering ve Schmöke (2012) gibi bu modelin destekleyicileri, dinamik bir süreç olarak Recovery’nin ruhsal bozukluğu olan bireylerin deneyimleri ve kişisel biyografilerinin bakım ve tedaviye entegre edilmesine anlamına geldiğini ileri sürerler. Bu yaklaşım İngiltere, İrlanda, özellikle İskoçya, Yeni Zelanda ve Amerika’nın birçok eyaletinde psikiyatri servislerinin planlanması ve biçimlendirilmesinde belirleyici olmuştur (Amering ve Schmolke, 2012). Kavramın geliştirilmesinde etkili olan faktörleri Dammann (2014), özellikle de ruh sağlığı bozukluğu olan bireyler ve yakınlarının almış oldukları hizmetlerle ilgili eleştirilerinden oluşan tüketici hareketleri, sosyal psikiyatride toplum temelli tedavi ve bakım yaklaşımlarının gelişmesi, hasta hakları ve hasta otonomisinin giderek önem kazanarak bunun yasalara da yansımaları, etiketlendirmeye mücadele, sadece psikofarmakolojik tedaviye yönelik eleştiriler, üçlü (hasta, hasta yakını ve sağlık personeli) diyalog yaklaşımının benimsenmesi, kronik hastalıklarda yaşam kalitesi, psikolojik dayanıklılık kavramının (resilience) tartışmaya açılması, davranış terapilerinde değişim (psikozlu hastalarda da kendi kendine kontrolün ve yönetim), Seligman’ın “öğrenilmiş çaresizlik” kavramı ve dikkat çekme yaklaşımı (Mindfulness) ve uzak doğu kökenli maneviyatı güçlendirmeye yönelik ve egzotik yönelimli yaklaşımlar olarak sıralar.

Tablo 1. Recovery modeli (NES/SRN 2008)

Modüller	
Modül 1	Recovery’yi anlamak
Modül 2	Recovery yönelimli bir girişim geliştirmek için içgörü kazanımı
Modül 3	Kendi kendine kontrol
Modül 4	Bireye özgü destek
Modül 5	Sorumluluk ve risk paylaşımı
Modül 6	Toplumsal yaşama katılma

Recovery Modelinin Unsurları

Recovery modelini oluşturan unsurlarla ilgili olarak çok sayıda çaba olmakla birlikte henüz bir fikir birliği mevcut değildir (Dammann 2014). Onken ve arkadaşları (2007) Recovery’de bireyle ilişkili ve bireysel motivasyona ağırlık veren unsurların varlığından söz etmişlerdir. Bunları, umut, kendi kaderini tayin hakkı, yaşamı anlamlandırma, farkındalık ve potansiyel olarak tanımlamışlardır. Söz konusu unsurlar, başkalarıyla (aile, arkadaşlar ve sağlık çalışanları) etkileşimi de içerir. Bu etkileşimler bireyin umutla-

rına erişme ve kendi belirlediği yöne doğru hareket etme, gerekli olduğunda pazarlık yapabilme ve yaşam arayışlarında anlam ve amaç oluşturma yeteneğine yardımcı veya engelleyicidir (Onken ve ark. 2002). Recovery kavramının vazgeçilmez bir parçası olan umut unsuru bireyin hastalıkla mücadelede yeni hedeflerin yanı sıra yeni yollar denemesi ve değişiklikler yapması anlamına da gelir (maneviyat yoluyla, yaşamın farklı alanlarında anlam bulma gibi). Burada pozitif yönde bir değişim olasılığıyla hastalığının ciddiyetinden bağımsız olarak birey aldığı tanıyla altüst olan hayatını kontrol altına almaya ve iyileşme sürecine aktif olarak katılmaya çabalar. Özetle Recovery sosyal yaşama katılmayı teşvik eden bütüncül bir yaklaşımdır. Bireyin yaşam kalitesine katkıda bulunacak tüm unsurlar sürece dahil edilmelidir (Örneğin meslek çevresi, oturduğu mahalle veya yer gibi). Zuaboni ve arkadaşları (2012) ve Dammann (2014) ise Recovery'nin bazı unsurlarının umut, anlamlandırma ve işlevi, kontrol yani kendi kaderini kendi belirlemesi, kişisel büyüme olarak tanımlarlar.

Tüm bunlara ulaşmak için gerekli faktörler karşılıklı saygıya dayalı bir diyalog, her insanın ayrı bireysel özelliklerinin olduğunun kabulü, güç mücadelesi yerine sakinliği ve huzuru isteme, zarar vermenin azaltılması ve hastanın kendi sorumluluğunu almaya teşvik edilmesi olarak belirtirler. Birşeyin geri kazanımı olarak da adlandırabilecek olan Recovery, çok boyutlu belirli bir sıralamayı takip etmeyen bireyin hayatına nüfuz eden karmaşık bir yolculuktur. Recovery'le ilgili tüm unsurlar birey ve toplum arasındaki etkileşimler ve girişimlerdir (Onken ve ark. 2007).

Modelin İşleyişi

Ruhsal bozuklukların tedavi ve bakımında meydana gelen paradigma değişikliğinde Recovery modeli "ruhsal bozukluğu olan bireyin tedavi edilemez olduğu ve sadece eşlik edilebilirliği" anlayışının aksine hastaya karşı olumlu tutumlar ve güven geliştirme gibi gelişimleri destekler. Recovery'e karşı bu yönelim İngiltere, Yeni Zelanda ve Kanada'da sağlık politikası olarak çoktan uygulama alanlarına taşınmıştır. Modelin işleyişini yani Recovery odaklı çalışmada, düzenli ekip süpervizyonları, üçlü diyalog yaklaşımıyla oluşturulan buluşmalar ve sürekli görüş alışverişlerinin yapıldığı tartışma gruplarıyla yapılan çalışmaları oluşturdu. Hastanın bireysel güç kaynaklarına yönelmesi onları aktif kılması ve motive ederek benlik bilinci, öz-yeterliliği ve benlik saygısının artırılması hedeflendi. Hatta sürekli yatış öyküsü olan uzun dönemli psikiyatrik hastalarda bile Recovery yönelimli çalışmalarla pozitif sonuçların elde edildiği gözlemlendi (Schrank ve Amering 2007). Burada yapılan hastadaki iyileşme umudu uyandırılarak, kurallarını kendisinin belirleyebileceği yaşamını anlamlı kılmak için yeni yolların keşfetmesini sağlamaktı. Terapötik ilişkinin biçimlendirilmesinde hastaların deneyimleri ve bakış açısına olan saygıda buluşarak ortak karar almayı amaçlanır. Bir başka deyişle modelin optimal işleyişi hastada damgalanmaya karşı direncin geliştirilmesidir (anti-damgalama) (Sibitz 2013).

Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS - National Health Service), İskoçya Recovery Ağı (SRN-the Scottish Recovery Network) ve İskoçya İçin Eğitim (NES- National Education for Scotland) işbirliğiyle Recovery Öğrenme Materyali (NES/SRN 2008) oluşturulmuştur. Geliştirilmiş olan bu materyalde Recovery ile ilgili uluslararası araştırma literatürü ve çeşitli kaynaklardan elde edilen bulgular ve ayrıca hasta deneyimleri odaklıdır. Oluşturulan eğitim materyali "Uygulamada Recovery" alanda çalışan ekibin diğer üyelerini olduğu gibi hemşireyi de Recovery yönelimli çalışma konusunda destekleyerek,

rehberlik etme ve bu konuda becerilerini geliştirme konusunda yardımcıdır. Aynı zamanda hasta yakınları ve akran grup çalışmalarında Recovery yönelimli farklı bir bakış açısı kazanımları geliştirilir (NES/SRN 2008).

Uygulamada Recovery modüller bir yapıdadır (Tablo 1). Her bir modül tek başına ele alınıp uygulanabilir. İlk üç modülün sırasıyla takip edilmesi önerilir. Her bir modül benzer şekilde oluşturulmuştur. Modüller şunlardır;

Modül 1: Recovery'yi anlamak; Recovery yaklaşımını daha derinlemesine inceler. Ekte yer alan her bireyin hastanın Recovery yolculuğunda iyileşmenin ne anlama geldiğinin anlaşılması burada ana amacı oluşturur.

Modül 2: Recovery yönelimli bir girişim geliştirmek için iç görü kazanımı; burada bireysel değerlerin, görüşlerin, deneyimlerin mesleki ilişkilerde Recovery yönelimi esas alınarak nasıl yararlı bir biçimde kullanılacağı araştırılır. Psikiyatri birimlerinde günlük çalışma da profesyonel çalışmanın tanımı incelenerek meslek içi yapıcı ve üretken çalışmaya giden yollar tanımlanır.

Modül 3: Kendi kendine kontrol; Recovery'de merkezde yer alır. Burada incelenen konular; akran desteği, öz-bakım, psikiyatriyle ilgili kurumlarda öz-denetimle ilgili engeller ve bu engellerin üstesinden gelmek için profesyonellerin oynayabileceği rollerdir.

Modül 4: Bireye özgü destek; birey merkezli çalışma anlamına gelir. Planlanan tüm girişimler Recovery çalışmasında kişiye özgü yapılır.

Modül 5: Sorumluluk ve risk paylaşımı; Recovery'nin önemli bir unsurudur. Burada risk alma farklı yönleriyle incelenir.

Modül 6: Toplumsal yaşama katılma; toplumsal olmanın önemi ve bu konuyla ilgili kapsayıcı bir yaklaşımın nasıl benimsenmesi gerektiği incelenir.

Recovery yaklaşımı odaklanılan herhangi bir noktanın bireyselleştirilmesini gerekli kılar (Özellikle de oluşturulan modüller 4 üncüsünde bu durum daha belirgindir). Hastanın öznel yanlarının vurgulanması, dini ve manevi yaşam planları hakkında farkındalık yaratmak önemlidir. Bu konu genellikle ihmal edilir (Dammann 2014). Bu noktada antropolojik ve psikoterapi temelli psikiyatriyle birçok etkileşim noktası bulunur (Viktor Frankl, Maslov'un temel ihtiyaçlar hiyerarşisi, Rogers konuşma terapisi, neopsikoanalitik psikoz psikoterapisi gibi). Jaspers (1913) "Genel Psikopatoloji" adlı kitabında "anlama" ve "ifade edilen" arasındaki ayrımı derinleştirerek bireyin hasta ruhsal dünyasının öznel yansımalarının bireysel olarak merkeze alınması gerektiğini söyler. Örneğin bireye özgü farmakoterapi, günümüzde hem psikiyatri servisleri hem de Recovery hareketi için gereklilik haline gelmiştir. Dammann (2014) her bir modülün uygulama da farklı bir geçerliliği olacağı konusu vurgulamış ve psikiyatri alanında çalışan uzman hemşireler için özellikle Modül 3 ve 4'un hastayla birlikte çalışıp değerlendirilerek şekillenecek birçok somut gösterge içerdiğini söyler (kendi kendine kontrol, kendiyile ilgili kararlara katılım veya tek başına karar alma becerisi ve bireye planlarını gerçekleştirmesine yardımcı olması gibi).

Model için Geliştirilmiş olan Ölçme Araçları

Recovery için ölçüm araçları halen gelişimini sürdüren yaklaşımın kapsamını özelliğini göz önüne serer. Recovery'nin bireyi ön plana çıkaran tedavi ve bakım anlayışı ve süreç yönelimli olarak bireysel değerler ve hedeflerin ön planda oluşuyla ilgili vurgusu yeni

geliştirilen ölçüm araçları için anlamlıdır (Slade 2012). Özetle kendi deneyimlerine sahip olan ve olmayan araştırmacılar arasındaki işbirliği ve paydaşların katılımı bu alandaki ölçüm araçlarının geliştirilmesi için ön koşullardır.

Recovery ile ilgili bilimsel araştırmaların hızla büyüyen faaliyetlerinin birçoğu www.power2u.org adresinde görülebilirken, en çok kullanılan ölçme araçları; Recovery Değerlendirme Ölçeği (RAS-the Recovery Assessment Scale)(Corrigan ve ark. 1999a), Recovery Süreç Envanteri (RPI- the Recovery Process Inventory) (Jerrell ve ark. 2006), Recovery Tutum Ölçeği (RAQ- the Recovery Attitudes Questionnaire) (Borkin ve ark. 2000), Recovery'nin Evreleri (STORI -The Stages of Recovery Instrument (Andresen ve ark. 2006) ve Recovery Biçimleri Anketi (RSQ - the Recovery Style Questionnaire) (Drayton ve ark. 1998) 'dir. Recovery ile ilgili ölçüm araçları modelin gelecekte ülkemizde uygulama alanlarına taşınabilme ihtimali göz önüne alındığında başarısının değerlendirilmesi ve daha iyi anlaşılması için kullanılabilir ölçekler şunlardır:

1. Recovery Değerlendirme Ölçeği (RAS-the Recovery Assessment Scale): Bir araştırma projesinin parçası olarak geliştirilen ölçek 41 maddesi vardır (Corrigan ve ark. 1999a). Kısa formları da kullanılmaktadır. Yapılan analizlerde beş faktör bulunmuştur. Bunlar; kişisel güven ve umut, yardım isteme, hedef ve başarıya yönelim, başkalarına güvenme ve hastalık belirtilerini kontrol edememidir.
2. Recovery Süreç Envanteri (RPI- the Recovery Process Inventory): 22 sorudan oluşur (Jerrell ve ark. 2006). Korku ve umutsuzluk, başkalarına bağlanma, ikili ilişkiler, oturlan ev, umut ve öz bakım olmak üzere altı faktörü vardır.
3. Recovery'nin Evreleri (STORI -The Stages of Recovery Instrument): Recovery süreciyle ilgili çeşitli evreleri ölçer (Andresen ve ark. 2006). Yapılan analizler sonucunda beş evrenin varlığı saptanmıştır. Bunlar; psikolojik moratoryum (içe çekilme, kayıp, umutsuzluk), farkındalık (hiçbir şey kaybolmaz, mutlu bir yaşam sürdürmek mümkündür), hazırlık (Recovery açısından güçlü ve zayıf yönlerin belirlenmesi, Recovery için beceri ve yetenekler üzerine çalışmaya başlama), yeniden oluşturma (olumlu benlik saygısı, amaç belirleme, kendi yaşamının kontrollünü üstlenme) ve büyümedir (yaşamın tam olarak yaşanması, bireysel amaçların oluşturma, hastalıkla mücadele, psikolojik sağlamlık, olumlu benlik saygısı) (Andresen ve ark. 2006).
4. Recovery Tutum Ölçeği (RAQ- the Recovery Attitudes Questionnaire): 7 maddeden oluşur. "recovery mümkündür ve inanmayı gerektirir" ve "Recovery zordur. İnsanlar arasında farklılık gösterir" adlı iki faktöre sahiptir (Borkin ve ark. 2000).
5. Recovery Biçimleri Anketi (RSQ - the Recovery Style Questionnaire): 39 maddelik ölçek psikoz hastalarında Recovery ölçmek için geliştirilmiştir. Analizler sonucunda dört iyileşme biçimi bulunmuştur. Bunlar; entegrasyon, entegrasyonun baskın olduğu karışık tablo, katılımın baskın olduğu karışık tablo ve katılıktır (Drayton ve ark. 1998).

Recovery Modelinin Toplum Ruh Sağlığına Uygulanışı

Ülkemizdeki toplum ruh sağlığı çalışmaları Amerika ve Avrupa'daki gibi bir geçmiş olmadığından konuyla bu konudaki uygulamalarla ilgili birkaç araştırma yazısı dışında yeterli bilimsel veriye rastlanamamıştır. Recovery modelinin uygulama alanlarına taşına-

bilmesinin tartışılmasında zorluklara neden olacağı açıktır. Diğer yandan toplum ruh sağlığı ve uygulamaları ruhsal bozukluğu olan bireyler için toplumdaki yardım organizasyonlarının ve alanda çalışan ekibin hasta ve hasta yakınları arasında işbirliğine odaklanılan tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulduğu kurumlar olarak anlaşılır. Bu anlayış toplum ruh sağlığı hizmetlerinin istenilen düzeyde sunumunu engeller (Eikmeier ve ark. 2017). Söz konusu engellere karşın son on yılda İngilizce konuşulan ülkelerdeki ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda nitelikli bir özellik olarak giderek daha da önem kazanmış ve ana noktası yalnızca hastalık belirtilerinin azaltılması olan yaklaşım terk edilmeye başlanmıştır.

Modeldeki amaç hasta rolünden kaynaklanan sınırlamalardan pozitif bir kimlik ve sosyal rolü (kişisel Recovery) olan anlamlı, umut dolu ve kendi kendine belirlenmiş bir yaşama devam eden semptomlar veya rahatsızlıklara bakılmaksızın hastaların geliştirilmesi bireysel bir süreçtir (Amering ve Schmolke 2012). Bilge ve arkadaşları (2016) Toplum Ruh Sağlığı Merkezleriyle ilgili yapmış oldukları profil çalışmalarında çalışanların dörtte birini hemşire grubun oluşturduğunu bulmuşlardır. Söz konusu grubun bu merkezlerde sunulan hizmetlerin kalitesinde önemli rol oynadığı ve gelecekte oynamaya devam edeceğini söylemek yanlış olmaz. Nitekim Zuabonu ve Schulz (2013) Recovery'yi psikiyatri hemşireliğinin gelişimi için fırsat olarak tanımlar. Onlara göre Recovery psikiyatrinin uygulama alanlarında hemşireler tarafından tedavi ve bakımda kullanılması "çok yönlü bir profesyonelliğin kavramsal bir çerçevede" hastalara sunulması anlamında bir fırsattır. Zuabonu ve arkadaşları (2012) ise psikiyatrik bakımda yıllarca görmemezlikten gelinmesine karşı Recovery modelinin hastalar için çeşitli meslek profesyonellerinin bir arada kullanılabilceği nitelikli kavramsal bir yapıya sahip olduklarını ifade etmişlerdir.

Toplum ruh sağlığı merkezleri, kronik ruhsal bozukluğu olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde bireysel işlevi iyileştirmeye dönük etkin tedaviler sunulması, psiko-sosyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin yaşadıkları ortamda, Recovery vizyonu ile örtüşen, sunulabilmesi için gerekli hizmetlerin yürütüldüğü yerlerdir (İçel ve ark. 2016). Anthony (1993) Recovery odaklı ruh sağlığı sisteminde bireye sunulan her bir hizmetle, duygusal, düşünsel ve davranışsal alanda ortaya çıkan bireysel yetersizliğin, işe gidememe gibi bireyin işlevselliğinin bozulması ve bireyin toplumdaki rollerini yerine getirememesi gibi sorunlar nedeniyle avantajsız duruma düşüp bireyin fırsatlarının sınırlanması durumunun incelendiğini söyler.

Recovery modelinin toplum ruh sağlığı hizmetlerinde uygulama alanlarına taşınmasında hastanın tedaviye katılımının sağlanması, kendi kaderini tayin hakkı ve ayrımcılığa karşı olma ön koşulları oluşturur. Knuf ve Bridler'e (2008) göre ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerde iyileşme sürecini işlevsel hale getirmek için bazı profesyonel davranışlara gereksinim olduğunu ifade ederler. Hasta bireydeki mevcut iyileşme de yararlı olabilecek mevcut güce inanması ve hiçbir şekilde güç gösterisine girmemesidir. Burada sağlık gücüyle yazarlar "güven ve iyimserliği anlatırlar."

Recovery uygulamalardaki esas noktayı, hasta bireyin gerçekten ilgi duyduğu, birey olarak tanınan, deneyimlerinin ciddiye alındığı saygı çerçevesinde oluşan ilişki kurabilme becerisi oluşturur. Yaklaşım hastaya yakınlığı gerektirse de bireyler arasında oluşacak olan ilişkide sınır koyma, karşı aktarım gereksinimlerine dikkat ederek Recovery'yle çalışmada "aşırı yüklenme" ve bireyin "bütünüyle serbest bırakılması" arasında denge kurulması gerektiğini söyler. Kelly ve Gamble (2005) sağlık çalışanlarıyla hastalar ara-

sında tedavi ve bakım hedefleri açısından büyük farklar olduğunu ifade ederler. Hasta bireyler özgür karar verme, erişim, hukuki temsil, ve kendi kendine yardım talep ederken, psikiyatrik kurumlar ana ekseninde ilaç tedavisinin olduğu hasta bireyin izlenmesi ve günlük yaşamın yapılandırılması üzerine odaklanmış yaklaşımlarda sıkışıp kaldı. Bu aradaki farklılıkları gidermek için hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarıyla daha fazla iletişime geçmeleri ve bu iletişim biçimi için ise uçlu diyalog yaklaşımı önerilir.

Burada aslında toplum ruh sağlığı alanında çalışan hemşire için Recovery modeliyle milieu terapi (ortam terapisi) için yeni bir model olup olmayacağından sorgulanmış olunur. Hastanın katılımının sağlanması, karşılıklı güven inşa etmek, dış dünya da olanı biteni önemsemek, günlük aktiviteler ve herkesin fikrine önem veren düşünce biçimi, milieu terapi için önemlidir. Terapiyle kurumun ihtiyaçlarına göre yapılandırılmış, yansıtıcı, koruyucu yani bir nevi yapay aile oluşturulmuştur. Burada hasta birey ve ekip üyeleri için meydan gelmesi beklenen değişimler vardır. Hastalar, tedavinin onlar için çok daha yorucu hale geldiğini ve her şeyden önce bunu daha büyük bir kişisel sorumluluk olarak nitelendirir. Bununla birlikte, aynı zamanda kendilerine eskisinden daha büyük bir fayda getirdiğini tanımlar. Ekip üyeleri kontrolün "daha az" kendilerinde olduğunu hissedebilirler, yani hastalar biraz daha etkili pozisyona geçmişlerdir ("Hastalar kendileriyle ilgili neyin nasıl yapılması gerektiğini söylemeye başlarlar. (Burr ve ark. 2013). Sonuç: Elbette, bu güç iletişiminin nerede Recovery sınırları içinde kaybolmaya başlayıp anarşik elementlerin artmaya başladığı yansıtılmalıdır. Bununla birlikte, motivasyonun ilk aşamasından sonra hastalar (hizmet kullanıcıları) "daha fazla pasiflik ve başkalarının etkisi altında kalma doğru eğilim" sergilediği de açıklanmaktadır (Burr ve ark. 2013). Hastayla oluşturulan iletişimde değişen yakın ve mesafe tekrar tekrar ve eleştirel bir biçimde sorgulanması gerekir. Örneğin, bir kişilik bozukluğu olan hastalar, bir psikoz veya bağımlılık bozukluğu çeken insanlara göre farklı bir "profesyonel mesafe"ye ihtiyaç duyarlar. Recovery genel bir tutum olarak çok disiplinli ekipte sadece kısmen de olsa sağlık çalışanlarını gelişimine katkıda bulunan bir süreçtir (örneğin özel terapist veya sanat terapistlerinin farklı davranışlar sergilediklerinden söz konusu bu gelişimde engelleyici rol oynayabilirler). Ortak bir zemin geliştirme her seviyede destek görmesi için zaman alan bir süreçtir. Recovery'nin ekipte yer alanların başıboş bırakılması anlamına gelmesine izin verilmemelidir. Hastayla yapılan grup görüşmelerinde otonom olarak organize edilip hastaya konuşma hakkı için konuşmacı seçen hastaların servis konseptinin haftalık planında nasıl bir etkiye sahip olduğu sorgulanmalıdır (Delaney 2009).

Amering ve Schmolke (2007) çalışmalarında sağlık çalışanlarının genellikle hasta bireylerde uyum beklediklerini söylerler. Bu uyumda çalışanlara hasta bireylerin koşulsuz bir işbirliğini gösterdiği ve kararların alınmasında fikirlerinin sorulmasına gerek olmadığı bir durum olarak tanımlarlar. Örneğin ilaç tedavisi öneren psikiyatrist karar alım aşamasında hasta kendisine hangi ilacın daha iyi gelebileceğinin konusunda etkin olmak isteyebilir. Çünkü hasta birey kendi tanısının uzmandır. Burada hastanın hastalığıyla ilgili uzman rollünü üstlenebilmesi için katılımcı bir modele gereksinim vardır. Bu hem ilacı yazmak isteyen psikiyatrist hem de hasta için üçlü diyalog tedavi anlaşmaları ve katılımcı karar verme gibi yeni roller anlamına gelir. Triyalog, yani üçlü diyalog, hasta ve hasta yakınıyla sağlık personeli arasında alışveriş olduğu anlamına gelen bir durumdur. Bu anlamda organize edilen psikoz seminerleri bu buluşmaların gerçekleşmesine profesyonel anlamda hizmet eder. Recovery hareketi uygulama alanlarına taşın-

masının sürecinde odak noktasını psikoz hastaları oluşturmuştur. Bu nedenle toplum ruh sağlığı ekibi üyeleri psikoz tanısı almayan hastalar için bu yaklaşımın uygun olmadığını düşünebilirler. Araştırma sonuçları Recovery'nin diğer psikotik olmayan klinik popülasyonlarda kullanımı sonucunda pozitif sonuçlar elde edilen uygulama alanlarının varlığı her geçen gün artmaktadır (Couturier ve Lock 2006, Friesen 2007, Sass 2009, Katsakou ve ark. 2012, Daley 2013, Slade ve ark. 2014).

Schrank ve Amering (2007), umudun Recovery'de kişisel bir inanç anlamına geldiğini söylerler. Onlara göre umut bireyin sağlıklı olmayla ilgili kararlılığını ifade eder. Recovery'nin bireyin amacının boşa çıkaracak ya da boşu boşuna bir umuda aracılık etmek olmadığını aksine ruh sağlığı bozuklukların çoğunlukla hastalık seyirleri öngörülemediğinden iyileşme her zaman mümkündür (Amerin ve Schmolke (2007). Bununla birlikte bireyin hastalığı ortaya çıkmadan önceki sürece dönmesinin neredeyse imkânsız olduğu unutulmamalıdır. Gerçi bu durum, iyileşme gerçekleşirken hastalığın her an geri gelmesi endişesinin algılanmasının sürekli var oluşuyla da açıklanabilir. Bu yüzden ruhsal sorunlu bireylerde değişimlerin hem fiziksel hem de duygusal alanlarda oluşması kaçınılmazdır. Recovery modelinin buradaki avantajı hasta bireyin gelecekte bu deneyimi yaşamına entegre edebilmesidir. Örneğin şizofreni teşhisi alan bir bireyin psikozu esnasında radyoda diğer bireylerin kendi hakkında konuştuğunu duymasında olduğu gibi. Hastanın bu deneyimi bastırılmamalı aksine hastanın konuşması için ortam oluşturulmalıdır. Aynı şekilde psikozla beraber ortaya çıkan değişiklikler dikkate alınır. Böylece buradaki amaç hastalık öncesi duruma veya yaşanan deneyim öncesi duruma ulaşmak değil aksine deneyimlenenin incelenmesidir. Ayrıca şurası da unutulmamalıdır ki açıklayıcı modeller özellikle de hastalar tarafından yapılmış hastalığın gidişatını etkileyeceği açıktır. Bu tür modeller yardımıyla hastanın kendi perspektifinden deneyiminin nasıl oluştuğunu ve bununla nasıl başa çıkacağını göstermesi açısından yararlıdır.

Ruhsal bozukluğu olan bireyler iyileşme sürecinde farklı aşamalardan geçerler. Bireylerce yaşanan evreler ne doğrusal gelişirler nede birbirlerinin karşılıklı olarak işlevselliklerini desteklerler (Amering & Schmolke 2007). Bu yaklaşım uygulamaya taşınabilmesi diğer ekip üyeleri içinde arzu edilmesi istenilen bir şeydir. Sadece hemşirenin uyguladığı Recovery modeli tıbbi gelişmelerin unsurlarını (özel bozukluklar, tedavi el kitapları, psikiyatri kitaplarının yardımıyla) tanınıp önceden müdahale edilebilir düşüncesi yanlıştır burada bunun aksine bir durum söz konusudur. Hemşirenin dışında da diğer ekip üyelerinin (uzman psikiyatrist ve psikologlar gibi) yeni sosyal psikiyatri kavramlarını tanımaya ihtiyaçları vardır. Eğer böyle olursa yani uygulama alanlarında yaklaşım sadece hemşireler tarafından uygulamaya taşınırsa hastanın zarar görmesine neden olacak psikiyatri ve psikoterapide sıklıkla karşılaşıldığı gibi hastanın hastalığını anlamlandırma da bölünme yaşanarak bununla ekip içinde gereksiz bir güç savaşı yaşanmasına neden olacaktır.

Nihayetinde Recovery kendi temsilcileri tarafından tam olarak tanımlanmaz. Model öncelikle bir teori veya belirli bir girişim değildir. Bireyin yaşamına kendisi tarafından saptanmış belirli bir sonuç kriterleriyle kişisel yolculuğudur (Farkas 2007). Recovery'nin burada remisyon evresine yönelimden daha fazlası olduğunu söylemek yanlış olmaz. Dammann (2014) Recovery'le ilgili çalışmalarda modelin ruhsal problemlili bireylerin sınırlılıkları ve problemlerine karşın mümkün olduğunca kendi yaşamlarını öğrenmeleri için bir yaklaşım olup burada iyileştirme rolünü üstlenip üstlenmeyeceğini tartışmalı bir konu olduğunu ifade eder. Davidson (2010) tarafından yapılan bir incelemede yetişkin

hastaların ruhsal bozukluklarına rağmen normatif rollerini mümkün olduğunca korumaya çalıştıkları belirlenmiştir.

Yaklaşım kısmen de olsa eski hemşirelik müdahalelerinin yeniden adlandırılmasıdır. Örneğin hasta bireylerin boş zaman davranışları analiz edilerek kendilerini sosyal yünden izole etmelerinin önüne geçmek için hastalarla daha fazla iletişime geçebilecek girişimler aranır. Recovery yaklaşımdaki “birey merkezliyetçilik”, (hasta yaşam alanlarının oluşturulması, sürekliliğin sağlanması, çok disiplinlik ve dinamik bir sürecin varlığı) modern, sosyal psikiyatri bakım felsefesiyle ortaktır. Recovery yaklaşımından önce uzman hemşireler hemşirelik girişimlerinde temel öğeler olarak karşılıklı saygıyı ve karşı tarafa değer vermeyi hastayla kurdukları ilişkilerde ön planda tutmuşlardır. Geçmişteki bu tutum modelin bireyi ön plana taşıması ve alınan kararlarda etkili kılmasıyla örtüşür. Delaney (1997) psikiyatrik bakımda Milieu terapi uygulamasından vazgeçilerek somut bireysel girişimlerin tanımlanmasını önerir. Recovery henüz araştırma aşamasındadır bu nedenle Anthony (1993) Recovery'nin tedaviye bir alternatif değil tedaviyi destekleyici bir yaklaşım olarak görülmesi gerektiğini söyler. Ekip çalışmasına önem veren recovery yaklaşımı için farklı bakış açılarının aynı amaç için entegre edilebileceği yollar geliştirilmelidir. Gelecekte daha fazla somut girişimler geliştirebilmeli Recovery süreci ve ortaya çıkan sonuçlar bağlamında araştırılmalıdır.

Recovery, yaşam biçimi ve bunu korumaya yönelik tutum ve süreçtir. Psikiyatri hemşireleri psikiyatrik tedavi ve bakım sisteminin her alanında Recovery yönelimli tedavi ve bakım vizyonunun uygulamasına yardımcı olabilirler. Bu şayet ekipte kendi rollerini ve Recovery yaklaşımıyla ilgili çalışma yöntemlerini sahip oldukları uzmanlık bilgisiyle birleştirerek uygulamaya yansıtma ile mümkün olabilir. Toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında çıkartılan yönergede bu merkezlerde (2011) çalışan ekip üyelerinin hasta ve yakınlarına psiko eğitim vermeyle sorumlu tutar. Hasta bireyin hastalık ve hastalıkla birlikte oluşmuş olan günlük yaşamını sürdürmesine engelleyen durumlarla da mücadele anlamına gelen Recovery'nin psiko-eğitim yanında kullanılması önerilen tedavi ve bakım uygulamaları arasında yerini almalıdır.

Sonuç

Recovery, ruhsal bozukluğu olan bireyin sınırlılıklarına karşın, kişisel gelişim, kendini olduğu gibi kabullendiği ve bağımsız olabileceği duruma gelebilmesi için olumlu değişime inandırılması olarak anlaşılır (Lang 2015). Öncelikle Recovery'nin olası olduğuna inanç önemlidir. Sonrasında, bireysel iyileşme sürecinde, örneğin kendi güç ve zayıf yanlarını tanımak, hastalık ve terapötik seçeneklerini anlamak, başa çıkma becerileri geliştirmek veya sosyalleşmek yoluyla direnç kazanılmalıdır (Schrack ve Amering 2007, Slade ve ark. 2011). Buradaki bireyin güçlendirilmesi, umutsuzluk ve bağımlılık yaratmadan, bireydeki daha uygun kaynakları harekete geçirmek ve aktif olarak destek aramak için onları desteklemek için kullanılır (Lang ve ark. 2015) .

Toplumsal alanda aktif olmanın bireyde yüksek yaşam kalitesine ve benlik saygısını artırdığı bulunmuştur (Corrigan ve ark. 1999b). Bu nedenle bu süreçlerin desteklenmesi için iyileşme odaklı yaklaşımların bazı ülkelerde psikiyatrik tedavi ve bakım sistemine entegre edildiği gibi ülkemizde de ruhsal bozukluğu olan hastayla ilgili terapötik yaklaşımın bir parçası olmalıdır. Recovery yaklaşımı ruhsal bozukluğu olan bireyin mevcut kaynaklarına odaklanarak iyileşme hasta hemşire ilişkisini geliştirmesi düşünüldüğünde ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamalarının gelişimine katkı sunacağı açıktır.

Sonuçta Recovery hemşirelik terapisi olarak hastalığın akut durumlarının hafifletilmesi ve/veya bireyin söz konusu duruma bir şekilde uyum sağlayarak yaşam memnuniyetinin yükseltilmesi olarak özetlenebilir. Toplum ruh sağlığı hizmetleri bu yaklaşımın uygulama alanlarına taşınmasında “hastalık merkeze alınmadan bireyin toplumsallaştırılması” amacı gibi avantajlara sahiptir. Recovery’nin uygulamaya taşınması diğer ekip üyelerinin toplum ruh sağlığı uygulama alanlarında yeni perspektif değişimine destek vermeleri ve bu yaklaşımla sunulması hedeflenenlerle ilgili düzenli yapılacak olan hizmet içi eğitimlerle mümkün olacaktır.

Kaynaklar

- Amering M, Schmolke M (2012) *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Andresen R, Caputi P, Oades L (2006) Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Aust N Z J Psychiatry*, 40:972–980.
- Anthony W (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*, 16:11–23.
- Bağ B (2012) Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü: İngiltere örneği *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 4:46–54.
- Bilge A, Mermer G, Çam MO, Çetinkaya A, Erdoğan E, Üçkuyu N (2016) Türkiye’deki toplum ruh sağlığı merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2):1-5.
- Bracken P, Thomas P (2001) Postpsychiatry: a new direction in mental health. *BMJ*, 322:724–727.
- Borkin JR (2000) Recovery attitudes questionnaire: development and evaluation. *Psychosoc Rehabil J*, 24:95–103.
- Borkin JR, Steffen JJ, Ensfield LB, Krzton K, Wishnick H, Wilder K et al (2000) Recovery attitudes questionnaire: development and evaluation. *Psychiatr Rehabil J*, 24:95–102.
- Burr C, Schulz M, Winter A, Zuaboni G (2013) *Recovery in der Praxis: Voraussetzungen, Interventionen, Projekte*. Köln, Psychiatrie Verlag.
- Corrigan PW, Gofford D, Rashid F, Leary M, Okeke I (1999a) Recovery as a psychological construct. *Community Ment Health J*, 35:231–239.
- Corrigan PW, Faber D, Rashid F, Leary M (1999b) The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophr Res*, 38:77–84.
- Couturier J, Lock J (2006). What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *Int J Eat Disord*, 39:550–555.
- Daley S, Newton D, Slade M, Murray J, Banerjee S (2013) Development of a framework for recovery in older people with mental disorder. *Int J Geriatr Psychiatry*, 28:522–529.
- Dammann G (2014) Chancen und probleme des Recovery-Ansatzes aus psychiatrischer sicht. *Nervenarzt*, 85:1156–1165.
- Davidson L (2010) PORT through a recovery lens. *Schizophr Bull*, 36:107–108.
- Delaney KR (1997) Milieu therapy: a therapeutic loophole. *Perspect Psychiatr Care*, 33:19–28.
- Deegan P (1988) Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J*, 11:11–19.
- Drayton M, Birchwood M, Trower P (1998) Early attachment experience and recovery from psychosis. *Br J Clin Psychol*, 37:269–284.
- Eikmeier G, Kieser LD, Paap M, Utschakowski J, Lacroix A (2017) Reorganising a department of psychiatry according to recovery principles: a pilot study with mixed-method design. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 120:16–20.
- Ensari H (2011) Koruyucu psikiyatri açısından bolu toplum ruh sağlığı merkezi rehabilitasyon çalışmaları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 4:86–93.
- Farkas M (2007) The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6:68–74.
- Friesen BJ (2007) Recovery and resilience in children’s mental health: views from the field. *Psychiatr Rehabil J*, 31:38–48.
- İçel S, Özkan B, Aydoğan A (2016) Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü. *Ankara Medical Journal*, 16:208–214.
- Jaspers K (1913) *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*. Berlin, Springer.
- Jerrell JM, Cousins VC, Roberts KM (2006) Psychometrics of the recovery process inventory. *J Behav Health Serv Res*, 33:464–473.
- Katsakou C, Marougka S, Barnicot K, Savill M, White H, Lockwood K et al. (2012) Recovery in borderline personality disorder (BPD): a qualitative study of service users’ perspectives. *PLoS One*.2012;7:e36517.
- Kelly M, Gamble C (2005) Exploring the concept of Recovery in schizophrenia. *J Psychiatr Nurs Ment Health*, 12: 245–251.

- Knuf A, Osterfeld, M, Seibert, U (2007) *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit*. 5. Überarbeitete Auflage. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Knuf A, Bridler S (2008) Recovery konkret. *Psychosoziale Umschau*, 4:26-29.
- Lang FU, Günhe U, Riedel-Heller SG, Becker T (2015) Innovative patientenzentrierte Versorgungssysteme. *Internationale Perspektiven. Nervenarzt*, 86:1313–1319.
- NES/SRN (2008) *Realising Recovery: a National Framework for Learning and Training in Recovery Focused Practice*. Edinburgh, NHS Education for Scotland/Scottish Recovery Network.
- Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, Ralph RO, Cook JA (2007) An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatr Rehabil J*, 31:9-22.
- Onken SJ, Dumont JM, Ridgway P, Dornan DH, Ralph RO (2002) *Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System Performance Indicators. Phase One Research Report: a National Study of Consumer Perspectives on What Helps and Hinders Recovery*. Alexandria, VA, National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning.
- Ralph RO (2004) Visual definitions and visual models of recovery: focus on the Recovery Model. In *Recovery in Mental Illness: Broadening Our Understanding of Wellness* (Eds RO Ralph, PW Corrigan):131-146. Washington, DC, American Psychological Association.
- Recovery (2017) Recovery. <https://dictionary.cambridge.org/de/worterbuch/englisch-turkisch/recovery>. (Accessed 18.11.2017).
- Sass B, Moffat J, McKenzie K, Bhui K (2009) A learning and action manual to improve care pathways for mental health and recovery among BME groups. *Int Rev Psychiatry*, 21:472-481.
- Schrank B, Amering M (2007) "Recovery" in der psychiatrie. *Neuropsychiatrie*, 21:45–60.
- Sibitz I (2013) Recovery-orientierte tagesklinische therapie für personen mit einer psychose aus dem schizophrenen formenkreis. *Psycho Praxis*, 16:25–27.
- Slade M (2012) Recovery research: the empirical evidence from England. *World Psychiatry*, 11:162–163.
- Slade M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, McCrone P, Leamy M (2011) REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry*, 11:185.
- Slade M, Leamy M, Bacon F, Janosik M, Le Boutillier C, Williams J et al. (2012) International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 21:353-364.
- Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G et al. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13:12–20.
- Sögütli L, Özen S, Varlık C, Güler A (2017) Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçlar. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 18:121-128.
- Schulz M, Zuaboni G (2012) Recovery-orientiert fragen. Anders fragen: Überlegungen für ein Recovery-orientiertes Assessment. *Psych Pflege*, 18: 230–23.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011) *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)*. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Vereinte Nationen (2006). *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK)*. New York, United Nations.
- Winter K, Radtke M, Berger M (2015) Recovery in psychiatrie und psychotherapie: die unterschiedlichen und sich wandelnden Recovery-Konzepte. In *FoJ Neurologie & Psychiatrie*, 17(6):40-46.
- Zuaboni G, Schulz M (2013) Recovery praktisch: schulungsunterlagen für fachkräfte. In *Recovery in der Praxis: Voraussetzungen, Interventionen, Projekte* (Eds C Burr, M Schulz, A Winter, G Zuaboni):103-109. Psychiatrie Verlag, Köln
- Zuaboni G, Abderhalden C, Schulz M, Winter A (2012) *Recovery praktisch! Schulungsunterlagen*. Verlag Universitäre Psychiatrie und Dienste UPD, Bern.

Beyhan Bag, Giessen, Almanya.

Yazışma Adresi/Correspondence: Beyhan Bag, Giessen, Germany.

E-mail: beyhanbag@yahoo.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir. - No conflict of interest is declared related to this article.

Geliş tarihi/Submission date: 7 Ocak/January 7, 2018 - **Kabul Tarihi/Accepted:** 29 Ocak/January 29, 2018
