

Ruhsal Bozukluk Tedavisi Görmekte Olan Hastalarda İyileşmeyi Etkileyen Faktörler

Factors Affecting Recovery in Patients Receiving Treatment for a Mental Illness

İD Hülya Arslantaş¹, İD Mehtap Kızılkaya¹, İD Seher İnalkaç², İD Ferhan Dereboy¹

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın

²Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Batman

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, psikiyatrik yataklı ve ayaktan tedavi gören ruhsal hastalığı olan bireylerde iyileşme sürecini etkileyen sosyodemografik ve klinik faktörleri belirlemeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışmanın örneklemini, bir üniversite eğitim ve araştırma hastanesinin psikiyatri servisi ile polikliniğinden ve bir devlet hastanesinin psikiyatri servisi ile toplum ruh sağlığı merkezinden olmak üzere toplam 343 hastadan oluşmuştur. Veriler, bir anket formu ve Ruh Sağlığında İyileşme Ölçeği (RSİÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 37,41 ± 13,70 yıl olup, %40,1'i ortaokul mezunu ve %55,4'ü işsizdi. Ayrıca, katılımcıların %35,9'u 1-5 yıldır tedavi görmekteyken, %30,9'una depresyon tanısı konulmuş ve %17,5'inin ruhsal hastalığına ek olarak fiziksel bir hastalığı bulunmaktaydı. RSİÖ puan ortalamalarının katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile karşılaştırılması, medeni durum, tedavinin alındığı kurum, tedavi türü, tanı, aileden alınan sosyal destek, yaşam kalitesi, sigara kullanımı ve intihar girişimi öyküsünün iyileşmeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediğini gösterdi. Öte yandan, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, gelir, yaşanılan yer, ilaç tedavisine uyum, sosyal aktivitelere katılım, istihdam durumu, egzersiz yapma ve sağlıklı beslenme gibi faktörlerin iyileşme üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptandı.

Sonuç: Bu çalışmada, eğitim düzeyi, istihdam durumu ve gelir gibi sosyoekonomik statüyü yansıtan faktörlerin iyileşme üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi gözlemlenmezken, klinik ve psikososyal destekle ilişkili değişkenlerin iyileşmenin anlamlı belirleyicileri olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, ruh sağlığında iyileşmenin belirleyicilerinin, geniş sosyoekonomik statüden ziyade spesifik psikososyal ve klinik faktörlerle daha yakından ilişkili olabileceğine işaret etmektedir.

Anahtar sözcükler: Psikiyatrik hasta, iyileşme, etkili faktör

ABSTRACT

Objective: This study sought to identify the sociodemographic and clinical factors that influence the recovery process among individuals undergoing treatment for mental illness in both inpatient and outpatient psychiatric settings.

Methods: A cross-sectional study was conducted with a sample of 343 patients recruited from the psychiatric inpatient and outpatient departments of a university training and research hospital, and from a public hospital's psychiatry department and affiliated community mental health center. Data were collected using a sociodemographic and clinical questionnaire and the Mental Health Recovery Measure (MHRM).

Results: The mean age of participants was 37.41 years (±13.70). The sample was characterized by a high proportion of middle school graduates (40.1%) and unemployed individuals (55.4%). Clinically, 35.9% had a treatment duration of 1-5 years, 30.9% carried a primary diagnosis of depression, and 17.5% had a comorbid physical illness. Analysis of MHRM scores in relation to participant characteristics revealed that marital status, treatment institution, treatment modality, primary diagnosis, level of family social support, self-reported quality of life, smoking status, and history of suicide attempts were statistically significant determinants of recovery. In contrast, factors including gender, educational attainment, employment status, income, residence, medication adherence, participation in social activities, exercise, and dietary habits did not demonstrate a significant association with recovery scores.

Conclusion: The findings indicate that while certain clinical and social support variables are significant predictors of recovery, a range of conventional socioeconomic indicators—such as educational level, employment, and income—exerted no statistically significant influence in this cohort. This suggests that the determinants of mental health recovery may be more closely linked to specific psychosocial and clinical factors than to broader socioeconomic status.

Keywords: Psychiatric patient, recovery, influencing factors

Giriş

İyileşme, tıp, hemşirelik, halk sağlığı, sosyoloji ve maneviyat gibi birçok disiplin tarafından ele alınan bir kavramdır. Psikiyatrik bozukluklar bağlamında iyileşme, bireylerin yeterli destekle hastalıklarının kısıtlamasına uğramadan yaşam hedeflerinin çoğunu gerçekleştirebilecekleri ve sosyal ve mesleki rollerini sürdürebilecekleri, güven ve umut dolu bir yaşam sürmeyi ifade eder (Şenocak ve ark. 2019). Ayrıca, en az iki yıl boyunca nüksetmeme ve tıbbi tedaviye ihtiyaç duymama da iyileşme kriterleri olarak kabul edilir (Lunt 2002). İyileşme, ruh sağlığı sorunları olan bireylerin hayatları üzerinde daha fazla kontrol kazanıp bunu sürdürdükleri bir aşama

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Mehtap Kızılkaya Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye **E-mail:** mehtap.kizilkaya@adu.edu.tr m

Geliş tarihi/Received: 12.08.2025 | **Kabul tarihi/Accepted:** 15.10.2025

olarak da tanımlanabilir. İyileşme yaklaşımının temel bileşenleri arasında öz yönetim, güçlendirme, bütünsellik, akran desteği, saygı, sorumluluk, umut ve üretken bir yaşam sürmeye yönelik destek yer almaktadır (Çam ve Yalçın 2018, Nişancı 2019).

İyileşme sürecinde ruh sağlığı uzmanları arasında önemli bir rol oynayan psikiyatri hemşireleri, hastalara temel destek sağlarlar. İyileşme yaklaşımı içindeki hedefleri arasında, hastaları daha fazla sorumluluk almaya teşvik etmek, semptomları etkili bir şekilde yönetmek ve değişikliklere uyum sağlayarak yaşam memnuniyetini artırmak yer alır. Bu hedefleri gerçekleştirmek için hemşireler, hem hastaların hem de ailelerinin bakıma aktif katılımını sağlayarak uygun müdahaleleri planlar ve uygular (Çam ve Aydoğdu Durmuş 2016, Arslan Özkan ve Bilgin 2016, Bağ 2018). Çeşitli biyolojik, genetik, demografik, ailevi ve çevresel faktörler, psikiyatrik bozuklukların hem gelişimini hem de iyileşmesini etkileyebilir (Çam ve Uguryol 2019). Çalışmalar, psikiyatrik hastalık riskinin düşük eğitim, işsizlik ve sınırlı gelir gibi yoksulluk göstergeleriyle, ayrıca evlilik sorunları, yetersiz aile desteği ve damgalanma ile güçlü bir şekilde bağlantılı olduğunu göstermiştir (Keskin ve ark. 2012, Ulutaş ve ark. 2019). Ancak, literatürün gözden geçirilmesi, bu potansiyel risk faktörleri, psikiyatrik bozukluklar ve iyileşme süreçleri arasındaki ilişkinin araştırılmasına yönelik yeterli çalışma bulunmadığını göstermiştir. Bazı psikiyatrik bozukluklar hastaların çevreleriyle etkileşimlerinden kaynaklanabileceğinden, patofizyoloji yalnızca biyolojik mekanizmalarla açıklanamaz ve tedavi de yalnızca tıbbi tedavilere dayandırılmaz. Daha kapsamlı bir yaklaşım, bireyleri biyolojik, sosyal ve kültürel bağlamları içinde değerlendirir (Aktay ve Sayar 2021).

İyileşmeye yönelik bakım, entegre ortamlarda sunulanlar da dahil olmak üzere davranışsal sağlık hizmetlerinin temel bir bileşenidir. İyileşmeye odaklı ruh sağlığı hizmetlerine olan ilgi arttıkça, ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin iyileşme süreçlerini anlamak kritik bir zorluk olmaya devam etmektedir (Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi 2019). İyileşmeyi tanımlama ve anlama yönündeki ilk çağrılar, özellikle akranlar ve hizmet kullanıcılarının kendilerinden gelmiştir.

İyileşme genellikle öznel, kendi tanımladığı, uygulamaya koyması zor bir deneyim olarak tanımlansa da, çok sayıda araştırma iyileşme ve iyileşmeyi kolaylaştıran veya engelleyen faktörler hakkındaki anlayışımızı genişletmiştir. Bu gelişen bilgi, ruh sağlığı hizmetleri ve bakım modellerinin geliştirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır; ancak iyileşmeyle ilişkili faktörleri belirlemek hala zorlu bir görevdir. İyileşme sürecindeki bireyleri daha iyi desteklemek için, iyileşmeyi etkileyen faktörleri ve bunların altında yatan mekanizmaları incelemek çok önemlidir. Bu ihtiyaç doğrultusunda, psikiyatri yataklı ve ayakta tedavi gören hastalar arasında iyileşmeyi etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla analitik bir kesitsel araştırma olarak bu çalışma yürütülmüştür.

Yöntem

Örneklem

Bu çalışma, 1 Mart – 1 Kasım 2019 tarihleri arasında, DSM-5 kriterlerine göre psikiyatrik bir bozukluk tanısı almış 343 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar, bir üniversite eğitim ve araştırma hastanesinin psikiyatri servisi ve polikliniğinde, ayrıca batı Türkiye’de bulunan bir devlet hastanesinin psikiyatri servisi ve toplum ruh sağlığı merkezinde tedavi görmekteydi. Çalışmada kullanılan veriler, kısmen Yüksel ve arkadaşları (2019) tarafından gerçekleştirilen Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği’nin (RSİÖ) geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasından alınmıştır. Ölçek çalışmalarında faktör analizi için önerilen örneklem seçimi yöntemleri izlenmiştir. Bu yöntemler, örneklem büyüklüğünün 100-200 kişi arasında olması ya da ölçek maddesi başına yaklaşık 10 kişi olması gerektiğini belirtmektedir (Devellis 2003). Çalışma örneklemini, ölçek maddelerinin sayısının en az 10 katı katılımcı içerecek şekilde belirlenmiştir. Ölçekte 30 madde bulunduğundan, minimum örneklem büyüklüğü 300 kişi olarak hesaplanmıştır ($30 \times 10 = 300$). Olası veri kaybını önlemek amacıyla bu sayıya %20 eklenmiş ve planlanan örneklem büyüklüğü 360 hasta olarak belirlenmiştir. Ölçek uygulaması sırasında 17 kişi çalışmaya devam etmek istemediği için çalışma toplamda 343 katılımcı ile tamamlanmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri, DSM-5’e göre psikiyatrik bir bozukluk tanısı almış olmak ve gönüllü katılım sağlamaktır. Hariç tutma kriterleri arasında ikincil bir ruhsal bozukluk ve/veya alkol ya da madde kullanım bozukluğu bulunması yer almaktaydı. Veriler, araştırmacılar (MK, SI) tarafından yüz yüze görüşmelerle toplanmıştır. Katılımcılar anketi araştırmacıların gözetiminde doldurmuştur. Veri toplama sürecinde herhangi bir olumsuz durum bildirilmemiştir (APA 2013).

Uygulama

Çalışma, 25 Şubat 2019 tarihinde Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın, Hemşirelik Fakültesi Girişimsel

Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmış (karar numarası: 12381) ve Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütülmüştür. Hastalar ve aileleri çalışmayla ilgili bilgilendirilmiş, katılım öncesinde yazılı onam alınmıştır. Dahil edilme kriterleri, DSM-5'e göre psikiyatrik tanı almış olmak ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmektir. İkincil ruhsal bozukluğu ve/veya alkol ya da madde bağımlılığı olan hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama sürecinde herhangi bir olumsuz durum bildirilmemiştir. Katılımcılar, Sosyodemografik Veri Formu ve RSİÖ'yü doldurmuştur. RSİÖ, standart yönergelerle göre puanlanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistiklerle analiz edilmiş, katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre RSİÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=343)

Değişken	n	%
Cinsiyet		
Kadın	210	61.2
Erkek	133	38.8
Medeni durum (n=341)		
Bekar	190	55.7
Evli	151	44.3
Eğitim durumu (n=342)		
Okur-yazar değil/Okur-yazar	19	5.6
Ortaöğretim	137	40.1
Lise	103	30.1
Üniversite ve üstü	83	24.3
Meslek		
Emekli	23	6.7
Memur	35	10.2
İşçi	49	14.3
Çiftçi	15	4.4
Serbest Meslek	31	9
Çalışmıyor	190	55.4
Gelir Düzeyi (n=337)		
Gelir giderden az	164	48.7
Gelir gidere denk	146	43.3
Gelir giderden fazla	27	8
Yaşanılan yer (n=341)		
Köy	63	18.5
İlçe	116	34
İl	162	47.5
	n	Ort.±SS
Yaş	343	37.41±13.70

Veri Toplama Araçları

Anket Formu

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum vb. sosyodemografik özellikleri ile iyileşme ile ilişkili olduğu düşünülen araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan toplam 19 sorudan oluşmuştur (Yılmaz ve Okanlı 2017, Çam ve Yalçın 2018, İpçi ve ark. 2018, Yıldız ve ark. 2018, Coşkun ve Şahin Altun 2018).

Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği (RSİÖ)

Ruhsal hastalıklarda iyileşmeyi değerlendirmek amacıyla Young ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiş olan ölçek Young ve Bullock (2003) tarafından 2003 yılında revize edilmiştir. RSİÖ 30 maddeden oluşmakta olup sorular 5 seçenekli ("1" Kesinlikle Katılmıyorum, "2" Katılmıyorum, "3" Kararsızım, "4" Katılıyorum, "5" Kesinlikle Katılıyorum) Likert tipi skala üzerinde yanıtlanmaktadır. Geçerlik güvenirlik çalışması 30 maddelik form üzerinden yapılmıştır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, ruhsal hastalıklarda iyileşmenin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik güvenirlik çalışması Yüksel ve ark. (2019) tarafından yapılmış olup Cronbach alfa değeri 0.94 olarak bulunmuştur.

İstatistiksel Analiz

Verilerinin analizinde SPSS 21.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışmanın başında normal dağılım analizleri yapılmıştır. Her bir değişkenin normal dağılımına tek tek bakılmış; Gauss eğrisi değerlendirilmiş ve

ortalama puan, minimum ve maksimum puan genişliği, Kolmogorov-Smirnov testi anlamlılık düzeyleri hesaplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (Yüzdelik, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre RSİÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman korelasyon testi kullanılmış olup tip 1 hata düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların %61.2'si (n=210) kadın, %55.7'si (n=190) bekar ve yaş ortalamaları 37.41 ± 13.70 yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların %40.1'inin (n=137) eğitim düzeyi ortaöğretim olup; %55.4'ü (n=190) çalışmıyor ve %48.7'si (164) gelir düzeyini gelir giderden az olarak değerlendirmektedir. Katılımcıların %47.5'i (n=162) ilde yaşamaktadır (Tablo 1).

Tablo 2. Katılımcıların iyileşmeye ilişkin özellikleri (n=343)		
Özellikler	n	%
Tedavi Olduğu Hastane		
Üniversite Hastanesi	133	38.8
Devlet Hastanesi	210	61.2
Tedavi Şekli		
Kliniğe yatırılarak	193	56.3
Poliklinikten	125	36.4
Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde	25	7.3
Tanı		
Şizofreni kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar	67	19.5
İkiüçlü (bipolar) ve ilişkili bozukluklar	65	19
Takıntı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluklar	47	13.7
Kaygı (anksiyete) bozuklukları	45	13.1
Depresyon bozuklukları	106	30.9
Diğer	13	3.8
Fiziksel rahatsızlık varlığı (n=342)		
Hayır	282	82.5
Evet	60	17.5
Ruhsal hastalık nedeniyle tedavi gördüğü süre (n=326)		
1 yıldan az	61	18.7
1-5 yıl	117	35.9
6-10 yıl	54	16.6
10 yıldan fazla	94	28.8
Herhangi bir problemi olduğunda ilk başvurduğu kişi (n=300)		
Sağlık personeli	118	39.3
Aile	148	49.3
Arkadaş	34	11.3
Ailenin sosyal desteği (n=337)		
Çok iyi	53	15.7
İyi	118	35
Orta	94	27.9
Kötü	51	15.1
Çok kötü	21	6.2
Yaşam Kalitesi (n=339)		
Çok iyi	16	4.7
İyi	80	23.6
Orta	143	42.2
Kötü	69	20.4
Çok kötü	31	9.1
İyileşme sürecine katkıda bulunan durumlar*		
Ailem	220	64.1
Düzenli ilaç kullanıyor olmam	184	53.6
Uğraşılarının olması	130	37.9
Sosyal aktivitelere katılıyor olmam	96	28.0
Çalışıyor olmam	85	24.8
Spor yapıyor olmam	83	24.2
Düzenli ve sağlıklı besleniyor olmam	81	23.6
Toplum tarafından bir birey olarak kabul edilmem	78	22.7

Tablo 2. Katılımcıların iyileşmeye ilişkin özellikleri (n=343)

Özellikler	n	%
Sigara kullanma durumu (n=341)		
Hayır	152	44.6
Evet	189	55.4
İntihar girişiminde bulunma (n=341)		
Hayır	207	60.7
Evet	134	39.3
İntihar girişimi sayısı	131	2.09±1.34
Ruhsal hastalık başlangıç yaşı	330	27.31±11.61
Hastaneye yatış sayısı	330	2.63±3.02

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=343)

Özellik	n	%	Ort.±SS	Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği	
				Test KW, MWU, r	p
Cinsiyet					
Kadın	210	61.2	32.13±9.40	MWU 13486.500	0.593
Erkek	133	38.8	31.54±10.06		
Medeni durum				MWU 12496.500	0.041*
Bekar	190	55.7	30.94±10.01		
Evli	151	44.3	33.05±9.14		
Eğitim Durumu				KW 4.570	0.206
Okur-yazar değil/Okur-yazar	19	5.6	35.47±7.44		
Ortaöğretim	137	40.1	32.26±9.88		
Lise	103	30.1	31.86±9.99		
Üniversite ve üstü	83	24.3	30.55±9.23		
Meslek				KW 7.913	0.161
Emekli	23	6.7	36.60±9.11		
Memur	35	10.2	30.82±9.22		
İşçi	49	14.3	31.71±9.99		
Çiftçi	15	4.4	34.66±9.22		
Serbest Meslek	31	9	30.12±10.17		
Çalışmıyor	190	55.4	31.65±9.56		
Gelir Düzeyi				KW 3.175	0.204
Gelir giderden az	164	48.7	31.00±9.50		
Gelir gidere denk	146	43.3	33.02±9.69		
Gelir giderden fazla	27	8	32.18±9.55		
Yaşanılan yer				KW 0.426	0.808
Köy	63	18.5	32.63±8.75		
İlçe	116	34	31.79±10.63		
İl	162	47.5	31.81±9.29		
Yaş	343		37.41±13.70	r= 0.188	0.000*

p<0,05, Ort: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, MWU: Mann-Whitney U, KW: Kruskal-Wallis, r: Spearman Korelasyonu

Katılımcıların %61.2'si (n=210) devlet hastanesinde tedavi görmekte olup %56.3'ünün (n=193) tedavisi psikiyatri kliniğine yatışı yapılarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %30.9'u (n=106) depresyon bozuklukları ile tedavi görmekte olup; %17.5'i (n=60) ruhsal hastalığının yanı sıra fiziksel bir hastalığa sahiptir. Katılımcıların %35.9'u (n=117) 1-5 yıldır ruhsal hastalığı nedeniyle tedavi görmektedir. Katılımcıların %49.3'ü (n=148) herhangi bir problemi olduğunda ilk önce aile bireylerine başvurduğunu belirtirken, %27.9'u (n=94) ailesinin sosyal desteğini orta olarak değerlendirmektedir. Katılımcıların %42.2'si (n=143) yaşam kalitesini orta olarak değerlendirmektedir. Katılımcıların %64.1'i (n=220) ailesinin, %53.6'sı (n=184) düzenli ilaç kullanıyor olmasının, %37.9'u (n=130) uğraşlarının olmasının, %28.0'si (n=96) sosyal aktivitelere katılıyor olmasının, %24.8'i (n=85) çalışıyor olmasının, % 24.2'si (n=83) spor yapıyor olmasının, %23.6'sı (n=81) düzenli ve sağlıklı besleniyor olmasının ve %22.7'si (n=78) toplum tarafından bir birey olarak kabul edilmesinin iyileşme süreçlerine katkıda bulunduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %55.4'ü (n=189) sigara kullanmaktadır. Katılımcıların %39.3'ü (n=134) intihar girişiminde bulunmuş olup, intihar girişim sayısı ortalamaları 2.09±1.34'dır. Katılımcıların ruhsal hastalık başlangıç yaş ortalaması 27.31±11.61 yıl, hastaneye yatış sayısı ortalaması 2.63±3.02 olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile RSİÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; medeni durumun (MWU=12496.500; $p=.041$) iyileşmeyi etkilediği görülmektedir. Yaş ile RSİÖ puan ortalaması arasında pozitif yönlü çok zayıf ilişki ($r=0.188$; $p=0.000$) saptanmıştır. Katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, yaşanan yer özelliklerinin iyileşmeyi etkilemediği ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 4. Katılımcıların iyileşmeye ilişkin özellikleri ile Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği Puan Ortalamalarının karşılaştırılması (n=343)

Değişkenler			Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği-RSİÖ		
				Test KW, MWU	p
Tedavi Olduğu Hastane	n	%	Ort.±SS	MWU 11722.000	0.012*
Üniversite Hastanesi	133	38.8	33.57±6.79		
Devlet Hastanesi	210	61.2	30.84±10.97		
Tedavi Şekli				KW 31.539	0.000*
Kliniğe yatırılarak	193	56.3	34.48±9.23		
Poliklinikten	125	36.4	28.69±8.86		
Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde	25	7.3	28.04±10.84	KW 11.690	0.039*
Tanı					
Şizofreni kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar	67	19.5	32.14±10.00		
İkiçüçlü (bipolar) ve ilişkili bozukluklar	65	19	33.81±9.22		
Takıntı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluklar	47	13.7	33.80±8.17		
Kaygı (anksiyete) bozuklukları					
Depresyon bozuklukları	45	13.1	28.82±10.34		
Diğer					
	106	30.9	31.51±9.80	MWU 7735.000	0.297
	13	3.8	28.00±8.70		
Fiziksel rahatsızlık varlığı					
Hayır	282	.5	31.65±9.84	KW 1.115	0.773
Evet	60	17.5	33.21±8.64		
Ruhsal hastalık nedeniyle tedavi gördüğü süre					
1 yıldan az	61	18.7	30.19±10.02		
1-5 yıl	117	35.9	32.07±10.01		
6-10 yıl	54	16.6	31.74±0.29	KW 0.171	0.918
10 yıldan fazla	94	28.8	31.53±9.00		
Herhangi bir problemi olduğunda ilk başvurduğu kişi					
Sağlık personeli	118	39.3	32.64±8.50		
Aile	148	49.3	32.15±9.71	KW 26.004	0.000*
Arkadaş	34	11.3	33.05±11.32		
Ailenin sosyal desteği					
Çok iyi	53	15.7	35.33±8.42		
İyi	118	35	34.16±8.78		
Orta	94	27.9	29.85±9.42	21.663	0.000*
Kötü	51	15.1	29.62±10.79		
Çok kötü	21	6.2	26.42±10.63		
Yaşam Kalitesi					
Çok iyi	16	4.7	35.68±11.20		
İyi	80	23.6	35.01±8.84	MWU 10702.000	0.001*
Orta	143	42.2	30.84±9.25		
Kötü	69	20.4	32.08±10.01		
Çok kötü	31	9.1	26.41±9.04	MWU 14550.000	0.932
İyileşme sürecine katkıda bulunan faktör					
Aile					
Hayır	123	35.9	29.75±10.14	MWU 14550.000	0.932
Evet	220	64.1	33.10±9.17		
Düzenli ilaç kullanıyor olmak					
Hayır	159	46.4	31.77±10.58	MWU 14550.000	0.932
Evet	184	53.6	32.01±8.80		

Tablo 4. Katılımcıların iyileşmeye ilişkin özellikleri ile Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği Puan Ortalamalarının karşılaştırılması (n=343)

Değişkenler			Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği-RSİÖ		
				Test KW, MWU	p
Uğraşların olması				MWU	0.005*
Hayır	213	62.1	30.77±9.13	11358.500	
Evet	130	37.9	33.75±10.22		
Sosyal aktivitelere katılıyor olmak				MWU	0.500
Hayır	247	72	31.70±9.02	11300.000	
Evet	96	28	32.41±11.14		
Çalışıyor olmak				MWU	0.737
Hayır	258	75.2	32.03±9.43	10699.000	
Evet	85	24.8	31.49±10.35		
Spor yapıyor olmak				MWU	0.962
Hayır	260	75.8	31.93±9.20	10752.500	
Evet	83	24.2	31.80±11.00		
Düzenli ve sağlıklı besleniyor olmak				MWU	0.102
Hayır	262	76.4	31.77±10.58	9336.500	
Evet	81	23.6	32.01±8.80		
Toplum tarafından bir birey olarak kabul ediliyor olmak				MWU	0.000*
Hayır	265	77.3	30.62±9.28	6883.500	
Evet	78	22.7	36.25±9.67		
Sigara kullanma durumu				MWU	0.033*
Hayır	152	44.6	33.17±8.60	12432.000	
Evet	189	55.4	30.94±10.34		
İntihar girişiminde bulunma				MWU	0.002*
Hayır	207	60.7	33.28±9.01	11064.500	
Evet	134	39.3	29.87±10.25		
İntihar girişimi sayısı	131		2.09±1.34	-0.144	0.102
Ruhsal hastalık başlangıç yaşı	330		27.31±11.61	0.199	0.000*
Hastaneye yatış sayısı	330		2.63±3.02	0.092	0.92

p<0,05, Ortalama: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, MWU: Mann-Whitney U, KW: Kruskal-Wallis, r: Spearman Korelasyonu

Katılımcıların iyileşmeye ilişkin özellikleri ile RSİÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tedavi olduğu hastane (MWU=11722.000; p=0.012), tedavi şekli (KW=31.539; p=0.000), hastalık tanısı (KW=11.690; p=0.039), ailenin sosyal desteği (KW=26.004; p=0.000) ve yaşam kalitesinin (KW=21.663; p=0.000) iyileşmeyi etkilediği bulunmuştur. Ayrıca ailenin (MWU=10702.000; p=0.001), uğraşlarının olmasının (MWU=11358.500; p=0.005) ve toplum tarafından bir birey olarak kabul edilmenin (MWU= 6883.500; p=0.000) iyileşmeyi etkilediği bulunmuştur. Katılımcıların sigara kullanma (MWU=12432.000; p=0.033) ve intihar girişiminde bulunma (MWU=11064.500; p=0.002) durumlarının da iyileşmeyi etkilediği bulunmuştur. Katılımcıların ruhsal hastalık başlangıç yaşı ve RSİÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde ilişki (r=0.199; p=0.000) bulunmuştur. Katılımcıların fiziksel rahatsızlığa sahip olma, tedavi gördüğü süre, herhangi bir problemi olduğunda ilk başvurduğu kişinin iyileşmeyi etkilemediği (p>0.05) bulunmuştur. Ayrıca düzenli ilaç kullanmanın, sosyal aktivitelere katılıyor olmanın, çalışıyor olmanın, spor yapıyor olmanın, düzenli ve sağlıklı besleniyor olmanın iyileşmeyi etkilemediği (p>0.05) bulunmuştur. İntihar girişimi sayısı ve hastaneye yatış sayısı ile RSİÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı (p>0.05) bulunmuştur (Tablo 4).

Tartışma

"İyileşme", tutumlarda, değerlerde, duygularda, hedeflerde, becerilerde ve rollerde meydana gelen derin ve kişiye özgü değişikliklerin yanı sıra hastalığa bağlı sınırlamalara rağmen, tatmin edici, umut dolu ve anlamlı bir yaşam sürmek olarak tanımlanmaktadır (Çam ve Yalçiner 2018). Psikiyatride iyileşme kapsamlı, sürekli, koordine ve iş birliğine dayalı olduğunda, hastaların hedefleriyle uyumlu olduğunda, hastalığın evresine göre esnek şekilde düzenlendiğinde, kültürel açıdan duyarlı olduğunda ve kanıta dayalı, toplum odaklı uygulamalarla desteklendiğinde en iyi şekilde olabilmektedir (Lieberman 2011, Şahin ve Elboğa 2019). Bu çalışmada bir psikiyatrik hastalık tanısı ile tedavi olan bireylerin iyileşme süreçleri üzerine etkili olabileceği düşünülen sosyodemografik, sosyokültürel ve sosyoekonomik özellikleri ele alınmış, Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği ile analiz edilerek iyileşme ile ilişkisi ortaya konmaya çalışılmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre, demografik özellikler arasında evli olmanın ve yaşın iyileşme üzerine olumlu etkisi olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, cinsiyet, eğitim durumu, yaşanan yer, meslek ve gelir düzeyinin iyileşme üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmadığı belirlenmiştir. İyileşme ile ilgili olabilecek diğer demografik verilerde ise, üniversite hastanesinde ve yatarak tedavi olmak, psikoz ile birlikte giden bipolar, takıntı ve anksiyete bozukluklarına sahip olmak, ailenin sosyal desteği, yüksek yaşam kalitesi, toplumda kabul görme, sigara kullanmıyor olma, en az bir uğraşının olması ve intihar girişiminde bulunmamış olma iyileşme sürecine olumlu katkı sağlayan unsurlar olarak görülmektedir. Bazı bulgular önceki araştırmalarla örtüşürken, bazıları farklılık göstermektedir. Çoğu çalışma, iyileşme ile cinsiyet, yaş veya ırk arasında çok az ilişki olduğunu ya da hiç olmadığını bildirmektedir (Lloyd ve ark. 2010, Jääskeläinen ve ark. 2012, Girard ve ark. 2015). Ancak, Leung ve Cheu'nin (2000) yaptığı çalışmada, şizofreni tanısı alan kadınlarda, erkeklere kıyasla daha yüksek algılanan iyileşme olduğu bildirilmiştir.

Sağlık durumu ile iyileşme arasındaki ilişkiye ait bulgulara, birçok çalışma, kötü fiziksel sağlığın daha düşük algılanan iyileşmeyle ilişkili olduğunu göstermiştir (Leung ve Chue 2000, Salyers ve ark. 2007, Chiba ve ark. 2010, Roe ve ark. 2011, Norman ve ark. 2013). Buna karşılık, tanı ile iyileşme arasındaki ilişkiye dair araştırmalar net sonuçlar vermemektedir (Salzer ve Brusilovskiy 2014). Fuller (2010) yaptığı çalışmada, yalnızca madde bağımlılığı tanısı alan bireylerin ek bir psikiyatrik tanı olmaksızın ciddi ruhsal hastalığı veya eş tanısı bulunan bireylere göre daha yüksek iyileşme oranları gösterdiğini bildirmiştir. Lloyd ve arkadaşları (2010), bipolar bozukluğu olan bireylerin depresyon veya şizofreni tanısı olanlara kıyasla daha yüksek iyileştiklerini belirtmiştir. Girard ve arkadaşlarının (2015) şizofreni ve bipolar bozukluğu olan katılımcılar ile yaptığı araştırma sonucunda iyileşme algısı açısından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. İyileşmeyi etkileyen kişisel faktörler arasında yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir ve hastalık süresi yer almaktadır. Aileleri tarafından desteklenen ve kabul gören hastaların iyileşme düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna karşın damgalanma (stigma) ve sosyal işlevsellikteki bozulmalar iyileşme sürecini engelleyebilir. Psikososyal faktörler ile iyileşme arasındaki ilişkide, ilaç tedavisine uyumun aracılık ettiği gösterilmiştir (Fu ve ark. 2025). Depresyon tanısı almış bireylerde gözlemlenen görece daha iyi iyileşme, tedavi ekipleriyle daha etkili bir iş birliğini yansıtır olabileceğini düşündürmektedir. Öyleki, üniversite hastanelerinde tedavi gören bireyler, daha sık takip edilmenin avantajlarından faydalanabilmektedir.

Aile desteği, kronik hastalıkların yönetiminde kritik bir rol oynamaktadır. Aidiyet duygusu, yalnızca psikolojik iyi oluşa katkı sağlamakla kalmaz, aynı zamanda tedaviye uyumu ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının benimsenmesini de desteklemektedir (Ertem ve Duman 2018). Lauder ve arkadaşları, ruhsal hastalığı olan bireylerde yalnızlık duygusunun, genel popülasyona kıyasla daha yaygın olduğunu bildirmiştir. Yalnızlığın zihinsel ve fiziksel sağlık üzerindeki olumsuz etkileri iyi bilindiğinden, aile ve sosyal destek, kronik hastalıklarla başa çıkmada giderek önemli olarak kabul edilmektedir (Arslantaş ve ark. 2011, Fırat ve ark. 2020). Literatür incelendiğinde iki farklı meta-analiz çalışması ise yalnızlık ve yetersiz sosyal desteğin, obezite, fiziksel hareketsizlik ve sigara kullanımı gibi bilinen risk faktörleriyle karşılaştırılabilir düzeyde yüksek ölüm oranlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koyduğu görülmektedir (Holt-Lunstad ve ark. 2015, Seki ve Dilmaç 2020).

Konu ile ilgili literatürde, psikiyatrik bozukluklarda iyileşmenin merkezinde bireysellik, umut, anlam, destekleyici ilişkiler ve güçlenmenin yer aldığı görülmektedir (Soygür ve ark. 2017, Doğan ve ark. 2020). Aile, arkadaşlar ve sağlık profesyonelleriyle sağlıklı ilişkiler kurmak, iyileşme sürecinde kilit bir rol oynayabilir, çünkü bu ilişkiler aidiyet duygusu ve toplumsal kabulü destekler. Yapılan çalışmalar, aile özelliklerinin ve aile desteğinin psikiyatrik iyileşme sürecinde önemli bir rol oynadığını tutarlı biçimde ortaya koymaktadır (Arslantaş ve ark. 2011, Firth ve ark. 2015, Güler 2017).

Leamy ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları sistematik derlemede iyileşmeyi beş boyutta kategorize eden bir kavramsal çerçeve önermişlerdir. Bunlar, bağlılık, umut ve iyimserlik, kimlik, hayatta anlam ve güçlenmedir. Bu boyutlar, akran desteği, sosyal kapsayıcılık, iyileşmeye inanma, değişim motivasyonu, umut veren ilişkiler, olumlu düşünce, benlik kimliğinin yeniden inşası, damgalanmanın aşılması, yaşam kalitesi, amaçlı sosyal roller, kişisel sorumluluk, yaşam kontrolü ve güç temelli yaklaşımlar gibi alt boyutlarla desteklenmiştir. Bu çerçeveye tutarlı olarak, bu çalışma evlilik durumu, aile katılımı ve toplumsal tanınma gibi sosyal destek göstergelerinin iyileşmeye olumlu ve anlamlı katkıda bulunduğunu göstermiştir. Sosyal işlevsellik iyileşmenin ayrılmaz bir parçasıdır ve araştırmalar sosyal ağların ve desteğin ruh sağlığı sonuçlarındaki rolünü tutarlı bir şekilde ortaya koymaktadır. Daha geniş sosyal ağlar ve daha fazla sosyal destek, daha yüksek iyileşme düzeyleriyle ilişkilendirilmiştir (Corrigan ve Phelan 2004, Pernice-Duca ve Onaga 2009, Muñoz ve ark. 2011, Webb ve ark. 2011, Salzer ve Brusilovskiy 2014). Ağın büyüklüğünün ötesinde, desteğin kalitesi kritik öneme sahiptir. İlerlemeyi teşvik eden ve gerçekçi beklentiler sunan destekleyici bir kişinin varlığı, daha yüksek algılanan iyileşmeyi destekler (Liberman 2002, Kopelowicz ve ark. 2005). İstihdam da iyileşmeyi etkileyen bir faktör olarak incelenmiş, sosyal bağlantı ve anlam fırsatları sunarken, aynı zamanda işe bağlı stres faktörlerini de beraberinde

getirebileceği belirtilmiştir. Bu alandaki bulgular karışıktır. Lloyd ve arkadaşları (2010), ücretli çalışmaya devam eden bireylerin sosyal yardım alanlara kıyasla daha yüksek iyileşme düzeyleri bildirdiğini rapor ederken, Connell ve arkadaşları (2011) anlamlı bir fark bulamamıştır. Kanıtlar, yalnızca istihdam durumundan ziyade işin anlamlılığının daha önemli olabileceğini göstermektedir, işlerini anlamlı bulan bireylerde daha yüksek iyileşme gözlemlenmiştir (Hancock ve ark. 2015). Daha yüksek algılanan sosyal ve toplumsal statü ile aktif topluluk katılımı da iyileşmenin gelişmesiyle ilişkilendirilmiştir (Townley ve ark. 2009, Lloyd ve ark. 2010). Genel olarak, artan sayıda kanıt, sosyal destek, topluluk katılımı ve iyileşme arasındaki olumlu ilişkileri vurgulamaktadır. Ruhsal hastalıkla yaşayan bireyler, iyileşme süreçlerinde sosyal desteğin güçlendirici rolünü sürekli olarak ifade etmektedir.

Bu çalışmada, yaşam kalitesini “çok kötü” olarak değerlendiren 31 katılımcının (%9,1) iyileşmelerinin olumsuz etkilendiği görülmüştür. Yaşam kalitesi, çok sayıda faktörden etkilenen geniş ve çok boyutlu bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre yaşam kalitesi, “bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında hayatındaki konumunu algılaması” olarak tanımlanmaktadır (Aydemir ve Arlı 2020).

Yaşam kalitesinin bireysel alt göstergeleri olan sağlıklı beslenme, egzersiz, ilaç uyumu ve istihdam, bağımsız olarak iyileşmeyle ilişkilendirilmemiş olsa da, genel olarak daha yüksek yaşam kalitesinin olumlu bir etkisi olduğu görülmüştür. Corrigan ve arkadaşları (2005) da benzer şekilde, hastaların genellikle aile ilişkileri, kişilerarası bağlantılar, psikiyatrik belirtiler, genel sağlık, istihdam, günlük yaşam aktiviteleri ve kişisel yaşam hedefleriyle ilgili sorunlar için yardım aradıklarını bildirmiştir. Ruh sağlığı sorunlarının üstesinden gelmede, sağlık hizmetlerine kolay ve sürekli erişim en önemli ikinci faktör olarak ortaya çıkmıştır. Katılımcılar, üniversite hastanelerinde ve yatarak tedavi sırasında daha iyi erişim imkânı bildirmiştir. İyileşmenin evrensel bir tanımı olmamakla birlikte, genellikle son derece bireyselleşmiş olduğu kabul edilmektedir. Tanımlar arasında ortak olan bileşenler, umut, özerklik, kişisel gelişim, güçlenme, sorumluluk, akran desteği, özgüven, karar verme, anlamlı sosyal aktivitelere katılım, yaşam tatmini, maneviyat, kişisel güçlerin tanınması, bireyselleştirilmiş bakım, öz yönetim, sosyal ve topluluk katılımı, doğrusal olmayan ilerleme ve hedef belirleme olarak sıralanmaktadır (Leonhardt ve ark. 2017, Fenton ve ark. 2017).

Psikiyatri hastaları için sağlık hizmeti sağlayıcılarına duyulan güven ve umudun korunması, tıbbi tedavinin etkinliği kadar kritik öneme sahiptir. Bu sonuçlar, tedavi ekiplerinin hastalarla yakın iş birliği ve koordinasyon içinde çalıştığı, çok disiplinli yaklaşımı benimseyen merkezlerde daha kolay elde edilebilmektedir (Zuhur ve Özpancar 2017). Son yıllarda, psikiyatri kliniklerinde yatarak tedaviden ayakta tedaviye doğru küresel bir geçiş yaşanmaktadır. Ruh sağlığı hizmetlerinin kurumsallaşması ve birincil sağlık merkezleri, toplum merkezleri ve genel hastanelerde tedavi birimlerinin oluşturulması, hastalar ve ailelerin artan ihtiyaçlarını karşılamakta ve sosyal damgalamayı azaltmak için hayati önem taşımaktadır (Bekiroğlu ve Demiröz 2020).

Bu çalışmada, katılımcıların çoğu (n = 210) ikincil sağlık kurumlarında tedavi görürken, yaklaşık üçte biri (n = 133) üçüncül sağlık kurumlarında tedavi almıştır. Dikkate değer şekilde, yarıdan fazlası (n =193) yatarak tedaviye ihtiyaç duymuştur. Ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaşması birçok olumlu sonuç doğurmuş olsa da, tedavi ekiplerinin kapsamlı destek sağlayacak donanımına sahip olması ve böylece iyileşme sürecinin güçlendirilmesi hâlâ büyük önem taşımaktadır.

Katılımcılar arasında en yaygın tanı depresif bozukluk (%32,16) olup, bunu şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (%19) ile bipolar ve ilişkili bozukluklar (%19) izlemiştir. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, depresyonun dünya genelindeki yaygınlığı 2015 yılında %4,4 (kadınlarda %5,1, erkeklerde %3,6) iken, daha güncel tahminlerde yaklaşık %7’ye yükselmiş ve psikiyatri hastane yatışlarının %26’sını oluşturmuştur (Yıldırım ve ark. 2020). Küresel Hastalık Yüklü Çalışması (GBD 2013), majör depresif bozukluğu dünya çapında engellilikle geçen yıl sayısında birinci neden olarak belirlemiştir (Vos ve ark. 2015). Bu yüksek yüküne rağmen, bu çalışmadaki depresyon tanılı katılımcılar Mental Health Recovery Measure ile ölçülen iyileşme skorlarında göreceli olarak iyi düzeyler göstermiştir. Buna karşın, daha az yaygın olmalarına rağmen anksiyete bozuklukları en düşük iyileşme seviyeleriyle ilişkilendirilmiştir.

Erken yaşta başlangıç ve intihar girişimi öyküsü gibi faktörler, hastalığın şiddetiyle yakından ilişkili görünmekte ve bu durum, bu gruplarda iyileşmenin daha yavaş olmasını açıklayabilmektedir. Sosyoekonomik durum da ruhsal hastalığın hem başlangıcını hem de iyileşmesini etkileyen bir diğer değişkendir. Sosyoekonomik dezavantajın psikiyatrik morbidite ile yaygın olarak ilişkilendirildiği bilinse de, tedavi sonuçları üzerindeki etkisi daha az nettir (Finegan 2018). Çalışmamızda eğitim durumu, istihdam ve ilaç uyumu gibi sosyoekonomik göstergelerin iyileşme üzerinde minimal ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan etkileri gözlemlenmiştir. Beklentilerin aksine, ilaç uyumu iyileşmeyi anlamlı şekilde desteklememiştir. Bu bulgu, iyileşme sonuçlarını şekillendiren sosyal destek, cinsiyet, yaşam kalitesi ve kültürel faktörlerin daha güçlü etkisini yansıtır olabilir.

Bu çalışmanın en önemli sınırlılığı, sınırlı örneklem büyüklüğü nedeniyle bulguların ülke genelinde psikiyatri kliniklerinde ve ayaktan hizmet alan tüm hastalara genellenememesidir. Bir diğer sınırlılık ise kesitsel tasarım olmasıdır, bu da nedensellik ilişkisi hakkında kesin sonuçlar çıkarılmasını engellemektedir. Bu sınırlılıklara rağmen, çalışmanın önemli güçlü yönleri bulunmaktadır. Veriler, araştırmacılar (HA, MK ve SI) tarafından yüz yüze görüşmeler yoluyla doğrudan toplanmış olup, bu durum bulguların güvenilirliğini artırmaktadır. Ayrıca, bu çalışma, ülkemizde ruhsal bozukluklardan iyileşmeyi etkileyen faktörleri inceleyen ilk çalışma olmasıyla literatüre değerli bir katkı sağlamaktadır.

Sonuç

Bu çalışma, yatarak veya ayaktan tedavi gören psikiyatrik bozuklukları olan hastalarda iyileşmeyi etkileyen faktörleri RSIÖ kullanarak incelemiştir. Bulgular, aile ve sosyal desteğin, sağlık hizmeti sunucularının rolünün ve sağlık hizmetlerine erişimin iyileşme sonuçları üzerinde anlamlı etkileri olduğunu göstermektedir. İlaç uyumu, sosyal aktivitelere katılım, istihdam, egzersiz ve sağlıklı beslenmenin iyileşmeyle ilişkilendirilmemesi, iyileşmenin birçok farklı bileşenden oluştuğunu ortaya koyması açısından önemlidir. Gelecek araştırmalar için çalışma grubunun ve örneklem büyüklüğünün artırılması, genellenebilirliği artırmak adına önem taşıyacaktır. Ayrıca, farklı tanı gruplarını kapsayan, uzunlamasına tasarımlar ve çeşitli coğrafi bölgeleri içeren çalışmaların, iyileşmeyi etkileyen faktörlerin daha kapsamlı anlaşılmasına katkı sağlayacağı önerilmektedir.

Kaynaklar

- Arslan Özkan H, Bilgin Z (2016) Hemşireliğin felsefi özü iyileştirme ve iyileştirici bakım yöntemleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 3:191-200.
- Arsantaş H, Dereboy İF, Aştı N, Pektekin Ç (2011) Yetişkinlerde profesyonel psikolojik yardım arama tutumu ve bunu etkileyen faktörler. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 12:17-23.
- Aktay M, Sayar G (2021) Psikiyatrik bozuklukların psikososyal yönü. Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi, 3:48-55.
- APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington DC, American Psychiatric Association.
- Aydemir M, Bayram Arlı N (2020) Yaşam kalitesini açıklamada sosyal dışlanma ve yaşam tatmininin rolü. International Journal of Social Inquiry, 13:447-463.
- Bağ B (2018) Toplum ruh sağlığı hemşireliğinde uygulamaya yönelik bir model örneği: recovery. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 10:481-493.
- Bekiroğlu S, Demiröz F (2020) Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin algıladıkları sosyal damgalanmanın incelenmesi. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 1:41-52.
- Chiba R, Miyamoto Y, Kawakami N (2010) Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (RAS) for people with chronic mental illness: Scale development. Int J Nurs Stud Adv, 47:314-322.
- Connell M, King R, Crowe T (2011) Can employment positively affect the recovery of people with psychiatric disabilities? Psychiatr Rehabil J, 35:59.
- Corrigan PW, Phelan SM (2004) Social support and recovery in people with serious mental illnesses. Community Ment Health J, 40:513-523.
- Corrigan PW, Slopen N, Gracia G, Phelan S, Keogh CB, Keck L (2005) Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; II: qualitative analysis of participant interviews. Community Men Health J, 41:721-735.
- Çam O, Aydoğdu Durmuş H (2016) Ruhsal hastalığı olan bireyler ve psikiyatri hemşireleri açısından iyileşme. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 32:97-106.
- Çam O, Yalçın N (2018) Ruhsal hastalık ve iyileşme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 9:55-60.
- Çam O, Uğuryol M (2019) From mental disorder to recovery: cultural effect. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 11:55-64.
- Coşkun E, Altun Ö (2018) The relationship between the hopelevels of patients with schizophrenia and functional recovery. Arch Psychiatr Nurs, 32:98-102.
- Devellis RF (2003) Scale Development: Theory and Applications, Applied Social Research Methods Series. London, UK, Sage.
- Doğan R, Mercan N, Çiğdem Y (2020) Recovery in mental illness: concept analysis. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 12:91-99.
- Ertem M, Duman ZÇ (2018) Ruhsal hastalık tanı bireylerde tedaviye uyum ve aile. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği - Özel Konular, 4(1):54-59.
- Fenton L, White C, Anne Gallant K, Gilbert R, Hutchinson S, Hamilton-Hinch B et al. (2017) The benefits of recreation for the recovery and social inclusion of individuals with mental illness: an integrative review. Leis Sci, 39:1-19.
- Finegan M, Firth N, Wojnarowski C, Delgadillo J (2018) Associations between socioeconomic status and psychological therapy outcomes: a systematic review and meta-analysis. Depress Anxiety, 35:560-573.
- Firth K, Smith K, Sakallaris BR, Bellanti DM, Crawford C, Avant KC (2015) Healing, a concept analysis. Glob Adv Health Med, 4: 44-50.

- Fırat M, Demir Gökmen B, Cengiz M (2020) Psikiyatri servisinde yatan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve yalnızlık ilişkisinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11:268-274.
- Fu J, Zhu J, Dong J, Wang Y, Wang S, Zhang X et al. (2025). Recovery from severe mental illnesses: the influence of personal and psychosocial factors in community settings. *Int J Ment Health Nurs*, 34:e13440.
- Fuller LS (2010). The impact of peer support programs on the process of recovery from mental illness: A comparative analysis (Doctoral dissertation). Minneapolis, MN, Capella University.
- Girard V, Tinland A, Mohamed EH; French Housing First Study Group; Boyer L, Auquier P (2015) Psychometric properties of the recovery measurement in homeless people with severe mental illness. *Schizophr Res*, 169:292-297.
- Güler C (2017) İyileşme değerlendirme ölçeği'nin türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği (Yüksek lisans tezi). İzmir, Ege Üniversitesi.
- Hancock N, Honey A, Bundy AC (2015) Sources of meaning derived from occupational engagement for people recovering from mental illness. *Br J Occup Ther*, 78:508-515.
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D (2015) Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*, 10:227-237.
- İpçi K, İncedere A, Kiras F, Yıldız M (2018) Şizofreni hastalarında öznel iyileşme ile bilişsel içgörü arasındaki ilişkinin araştırılması. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4:1-4.
- Jasskelainen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M et al. (2012) A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 39:1296-1306.
- Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç (2012) Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. *Nöro Psikiyatri Ars*, 50:344-351.
- Kopelowicz A, Liberman RP, Ventura J, Zarate R, Mintz J (2005) Neurocognitive correlates of recovery from schizophrenia. *Psychol Med*, 35:1165-1174.
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M (2011) Conceptual frame work for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*, 199:445-452.
- Leonhardt B, Huling K, Hamm J, Roe D, Hasson-Ohayon I, McLeod H et al. (2017) Recovery and serious mental illness:a review of current clinical and research paradigms and future directions. *Expert Rev Neurother*, 17:1117-1130.
- Leung M, Chue P (2000) Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 401:3-38.
- Liberman RP (2002) Future directions for research studies and clinical work on recovery from schizophrenia: Questions with some answers. *Int Rev Psychiatry*, 14:337-342.
- Liberman RP (2011) Yetiyitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı (Çev. Ed M Yıldız):231-278. Ankara, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği.
- Lloyd C, King R, Moore L (2010) Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: a cross-sectional study. *Int J Soc Psychiatry*, 56:220-229.
- Lunt A (2002) A theory of recovery. *J Psychosocial Nursing Ment Health Serv*, 40:32-39.
- Muñoz M, Sanz M, Pérez-Santos E (2011) The state of knowledge about internalized stigma on the basis of the Socio-Cognitive-Behavioral Model. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 7:41-50.
- Nişancı A (2019) Ruh sağlığı alanında iyileşme yaklaşımı ve psikiyatrik sosyal hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30:231-259.
- Norman RM, Windell D, Lynch J, Manchanda R (2013) Correlates of subjective recovery in an early intervention program for psychoses. *Early Interv Psychiatry*, 7:278-284.
- Pernice-Duca F, Onaga E (2009) Examining the contribution of social network support to the recovery process among clubhouse members. *Am J Psychiatr Rehabil*, 12:1-30.
- Roe D, Mashiach-Eizenberg M, Lysaker PH (2011) The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophr Res*, 131:133-138.
- Salysers MP, Godfrey JL, Mueser KT, Labriola S (2007) Measuring illness management outcomes: a psychometric study of clinician and consumer rating scales for illness self-management and recovery. *Community Ment Health J*, 43:459-480.
- Salzer MS, Brusilovskiy E (2014) Advancing recovery science: reliability and validity properties of the recovery assessment scale. *Psychiatr Serv*, 65:442-453.
- Seki T, Dilmaç B (2020) Benlik saygısı ve ilişkisel faktörler: bir meta-analiz çalışması. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 18:349-369.
- Substance Abuse Mental Health Services Administration (2019) Recovery and recovery support. <https://www.samhsa.gov/find-help/recovery>. (Accessed 3.1.2025)
- Soygür H, Yüksel HM, Eraslan P, Özden S (2017) Mavi at kafe'nin 6 yılda öğrettikleri: şizofreni hastalarının gözünden iyileşmeye katkıda bulunan etmenler-nitel bir analiz. *Türk Psikiyatri Derg*, 28:75-80.
- Şahin Ş, Elboğa G (2019) Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Medical Journal*, 44:431-438.
- Şenocak SÜ, Arslantaş H, Yüksel R (2019) Psikiyatrik iyileşmede yeni bir yönelim: İyileşme odaklı yaklaşım. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28:83-97.
- Townley G, Kloos B, Wright PA (2009) Understanding the experience of place: expanding methods to conceptualize and measure community integration of persons with serious mental illness. *Health Place*, 15:520-531.

- Ulutaş S, Ergin DD, Hıdırlıoğlu S, Kalli A, Yıldız SN, Ertürk EF et al. (2019) Hekimlerin ruhsal bozukluğu olan hastalara karşı tutumlarının değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 10:185-194.
- Vos T, BarberRM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I (2015) Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the global burden of disease study. *Lancet*, 22:743-800.
- Yıldırım EN, Uyar M, Yücel M, Uğuz F, Türker S (2020) Tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon ve anksiyete bozukluğu yaygınlığının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Kriz Dergisi*, 28:88-100.
- Yılmaz E, Okanlı A (2018) Test of mindfulness-based psychosocial skill straining to improve insight and functional recovery in schizophrenia. *West J Nurs Res*, 40:1357-1373.
- Yıldız M, Erim R, Soygür H, Tural U, Kiras F (2018) Development and validation of the subjective recovery assessment scale for patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*, 28:163-169.
- Zuhur Ş, Özpancar N (2017) Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19:57-74.
- Webb M, Charbonneau AM, McCann RA, Gayle KR (2011) Struggling and enduring with god, religious support, and recovery from severe mental illness. *J Clin Psychol*, 67:1161-1176.

Yazarların Katkıları: Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olunduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

Not: Bu araştırma, “Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması” için toplanan verilerin bir kısmı kullanılarak üretilmiştir.

Authors Contributions: The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared.

Financial Disclosure: No financial support was declared for this study.

Acknowledgment: This research was derived from data collected for the “Validity and Reliability Study of the Turkish Form of the Mental Health Recovery Measure