



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**PSİKIYATRİK TANI ALMIŞ BİREYLERDE ALGILANAN
SOSYAL DESTEK VE İYİLEŞME AŞAMALARININ
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Seda YILMAZ AŞAR

Danışman: Doç. Dr. Medine KOÇ

TOKAT- 2022

İTHAF

Canım eşim Ali Aşar ve biricik kızım Elvin'e ithaf ediyorum...

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sürecinde ve yüksek lisans tezimin hazırlanmasında desteğini ve rehberliğini aldığım, dik duruşuyla ve bilgisiyle daima kendime örnek aldığım değerli hocam Sayın Prof. Dr. Nermin Gürhan' a,

Eğitimim boyunca sevgisini, nezaketini ve bilgisini esirgemeyen değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Medine Koç'a,

Değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Karakaş'a

Değerli hocalarım sayın Dr. Öğr. Üyesi Tülay Yılmaz Bingöl'e ve Doç. Dr. Aygül Kıssal'a

Araştırmama destek veren tüm katılımcılara,

Her zaman yanımda olup beni her yönde destekleyen ve dualarını esirgemeyen aileme, sevgili eşim Ali' ye ve biricik kızım Elvin'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

ÖZET

PSİKİYATRİK TANI ALMIŞ BİREYLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE İYİLEŞME AŞAMALARININ BELİRLENMESİ

Yılmaz Aşar, Seda

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Medine Koç

Aralık 2022, xv + 76 sayfa

Bu çalışma, Orta Karadeniz bölgesinde bulunan bir ildeki psikiyatri hastanesi, toplum ruh sağlığı merkezi ve üniversitesi hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan veya ayaktan takip edilen bireylerde, algılanan sosyal destek ve iyileşme aşamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda çalışmaya katılan bireylerin sosyal destek durumları ve iyileşme aşamaları belirlenmiş, sosyal destek ve iyileşme aşamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma 11/10/2021-11/04/2022 tarihleri arasında tanımlayıcı ve kesitsel türde yapılmıştır. Çalışma 230 birey ile tamamlanmıştır. Araştırmada verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulan Kişisel Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve İyileşme Aşamaları Ölçeği (İAÖ) kullanılmıştır. Veriler çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS Statistics 25.0 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, minimum, maksimum, medyan, ortalama, standart sapma, t testi, Tek Yönlü Anova ve Tamhane's, Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi için $p < 0,05$ benimsenmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %55,7'sinin kadın, %40'ının bekâr, yaş ortalamasının $36,84 \pm 10,15$, %47,4'ünün ilköğretim mezunu, %68,7'sinin çalışmadığı, %55,6'sının gelirinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. ÇBASDÖ puan ortalaması $44,75 \pm 16,02$, aile alt boyut puan ortalaması $19,57 \pm 6,35$, arkadaş alt boyut puan ortalaması $13,59 \pm 7,09$, özel bir insan alt boyut puan ortalaması $11,58 \pm 7,12$ 'dir. Katılımcıların İAÖ durağanlık alt boyutundan aldıkları puan ortalaması $12,68 \pm 8,40$, farkındalık alt boyutundan aldıkları puan ortalaması $15,28 \pm 7,92$, hazırlık alt boyutundan aldıkları puan ortalaması $15,96 \pm 7,54$,

yeniden yapılanma alt boyutundan aldıkları puan ortalaması $14,72 \pm 8,85$ ve gelişim alt boyutundan aldıkları puan ortalaması $12,07 \pm 8,70$ 'dir. Katılımcıların cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi, çalışma durumu, yaşanılan yer ve gelir durumu ile ÇASDÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Katılımcıların İAÖ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, yaşanılan yer ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile İAÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arttıkça İAÖ alt boyutlarından durağanlık ve farkındalık puan ortalamaları azaldığı; hazırlık, yeniden yapılanma ve gelişim alt boyut puan ortalamaları ise arttığı saptanmıştır. Çalışma sonucunda katılımcıların sosyal desteğinin ortaya yakın düzeyde olduğu, katılımcıların çoğunluğunun hazırlık ardından yeniden yapılanma aşamasında olduğu ve sosyal destek ile iyileşme arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Sosyal Destek, İyileşme, İyileşme Aşamaları, Psikiyatrik Hastalık, Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT**DETERMINATION OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND STAGES OF RECOVERY IN INDIVIDUALS WITH PSYCHIATRIC DIAGNOSIS**

Yılmaz Aşar, Seda

Master Thesis, Department of Nursing, Science of Psychiatric Nursing

Thesis Advisor: Inst. Member Medine KOÇ

December 2022 xv + 76 pages

This study was carried out in order to determine the perceived social support and recovery stages of inpatients or outpatients in the one of the Central Black Sea region's city of Mental Health and Diseases Hospital, Community Mental Health Center and University Hospital psychiatry clinic. For this purpose, the social support status and recovery stages of the individuals participating in the study were determined, and the relationship between social support and recovery stages was examined. The research was conducted between 11/10/2021-11/04/2022 as descriptive and cross-sectional. The study was completed with 230 individuals. Introductory Information Form, Multidimensional Perceived Social Support Scale and Stages of Recovery Instrument, which were created by the researcher by examining the relevant literature, were used to collect data in the study. Data were collected face to face from individuals who agreed to participate in the study. SPSS Statistics 25.0 program was used to evaluate the data. Number, percentage, minimum, maximum, median, mean, standard deviation, t-test, One-Way Anova and Tamhane's, Pearson Correlation were used in data analysis. For the statistical significance level, $p < 0.05$ was accepted. 55.7% of the individuals participating in the study were female, 40% were single, the average age was 36.84 ± 10.15 , 47.4% were primary school graduates, 68,7%, of them were unemployed, 55.6% had a medium income were determined. It was determined that the Multidimensional Scale of Perceived Social Support mean score was 44.75 ± 16.02 , family sub-dimension mean score was 19.57 ± 6.35 , friend sub-dimension mean score was 13.59 ± 7.09 , a special person sub-dimension mean score was 11.58 ± 7.12 . It was determined that the mean score of the participants in the Recovery Stages Scale moratorium sub-dimension was 12.68 ± 8.40 , the mean score of the awareness sub-dimension was 15.28 ± 7.92 , the mean score they got from the preparation sub-dimension was 15.96 ± 7.54 , the mean score they got from the rebuilding sub-

dimension was 14.72 ± 8.85 and the average score they got from the growth sub-dimension was 12.07 ± 8.70 . A statistically significant relationship was found between the total and sub-dimension mean scores of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support and participants' gender, education level, marital status, social security, employment status, place of residence and income status. ($p < 0.05$). As a result of the comparison of the mean scores of the Recovery Stages Scale sub-dimensions in terms of the sociodemographic characteristics of the participants, a statistically significant difference was found between gender, educational status, social security, employment status, place of residence and income status ($p < 0.05$). A statistically significant correlation was found between total and sub-dimension mean scores of the Multidimensional Perceived Social Support Scale and sub-dimension mean scores of the Recovery Stages Scale ($p < 0.05$). As the total and all sub-dimension mean scores of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support increase, the mean scores of moratorium and awareness, which are sub-dimensions of the Stages of Recovery scale, decrease; preparation, rebuilding and growth sub-dimension mean scores increase. In conclusion, it was found that the social support of the participants was close to medium, that the majority of the participants are in the stage of restructuring after preparation, that there was a positive and significant relationship between social support and recovery.

Keywords: Social Support, Recovery, Psychiatric Illness, Healing Stages, Psychiatric Nursing

İÇİNDEKİLER	Sayfa
ETİK SÖZLEŞME.....	i
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
İTHAF.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xv
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık Tanımı.....	4
2.2 Sosyal Destek.....	4
2.2.1. Sosyal Destek ve Algılanan Sosyal Destek.....	4
2.2.2.Sosyal Destek Kaynakları ve İşlevleri.....	5
2.2.3. Sosyal Destek Türleri.....	5
2.2.3.1. Duygusal destek	5
2.2.3.2. Araçsal destek.....	5
2.2.3.3. Bilişsel destek.....	6
2.2.4. Psikiyatri Hastalarında Sosyal Destek	6
2.2.5. Sosyal Destek ve Psikiyatri Hemşireliği.....	7
2.3. İyileşme Tanımı.....	8

	Sayfa
2.4. İyileşmeye Rehberlik Eden İlkeler.....	10
2.5. İyileşmenin Bileşenleri.....	11
2.5.1. Bireysellik /Otonomi.....	11
2.5.2. Umut.....	11
2.5.3. Anlam Bulma.....	12
2.5.4. İlişki.....	12
2.5.5. Destek Kaynakları.....	12
2.5.6. Güçlendirme.....	12
2.5.7. Sorumluluk.....	12
2.6. Psikolojik İyileşme Modeli.....	13
2.7 Psikolojik İyileşme Modelinin Bileşenleri.....	14
2.7.1. Umut Bulmak.....	14
2.7.2. Sorumluluk Almak	14
2.7.3. Benlik ve Kimliği Tanımlamak.....	14
2.7.4. Yaşamda Anlam Bulmak.....	15
2.8 İyileşme Aşamaları.....	15
2.8.1 Durağanlık	15
2.8.2.Farkındalık	16
2.8.3.Hazırlık	18
2.8.4.Yeniden Yapılanma.....	19
2.8.5.Gelişim.....	20
2.9. İyileşme ve Psikiyatri Hemşireliği.....	22
3.YÖNTEM.....	24

	Sayfa
3.1.Araştırmanın Tipi.....	24
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	24
3.3.1. Bağımlı Değişkenler.....	24
3.3.2. Bağımsız Değişkenler.....	24
3.4. Araştırma Soruları	25
3.5. Veri Toplama Araçları	25
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	25
3.5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	25
3.5.3. İyileşme Aşamaları Ölçeği.....	26
3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	26
3.7. Veri Toplama Yöntemi.....	27
3.8. Verilerin Değerlendirmesi	27
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	27
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
3.11. Araştırma Zaman Çizelgesi.....	28
4. BULGULAR.....	29
5.TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
KAYNAKLAR	55
EKLER.....	62
Kişisel Tanıtıcı Bilgi Formu.....	62
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	65

	Sayfa
İyileşme Aşamaları Ölçeği.....	67
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İzin Yazısı.....	71
İyileşme Aşamaları Ölçeği İzin Yazısı	72
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar	
Etik Kurulu İzin Yazısı.....	73
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni.....	74
Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni.....	75
ÖZGEÇMİŞ.....	76

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	29
Tablo 2. Katılımcıların Hastalık Özellikleri.....	30
Tablo 3. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve İyileşme Aşamaları Ölçeği Puan Ortalamaları	31
Tablo 4. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Tablo 5. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 6. Katılımcıların İyileşme Aşamaları Sayı ve Yüzdeleri.....	37
Tablo 7. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İyileşme Aşamaları Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 8. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre İyileşme Aşamaları Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 9. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile İyileşme Aşamaları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	42

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. Araştırma Zaman Çizelgesi.....	28

KISALTMALAR LİSTESİ

Bu tez çalışmasında kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda verilmiştir.

Kısaltmalar	Açıklama
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
WHO-DSÖ	World Health Organization- Dünya Sağlık Örgütü
SPSS	Statistical Package for Social Science
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
İAÖ	İyileşme Aşamaları Ölçeği
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
SAMHSA	Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Yönetimi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Psikiyatrik hastalıklar gün geçtikçe yaygınlaşmakta, bireylerde kısıtlılık, yeti yitimi, engellilik durumlarına neden olabilmekte, uzun sürmesi ve ağır belirtilerin olmasıyla bireyin sosyal yaşamını ve iş verimini etkilemektedir (Keskin ve ark., 2013).

Dünyada ve ülkemizde psikiyatrik hastalık yaygınlığının araştırılması amacıyla epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada her 8 insandan 1'inin ruhsal bozukluk yaşadığını belirtmektedir (WHO, 2019). DSÖ'nün Global Ruh Sağlığı Araştırması'na göre dünyada psikiyatrik hastalık sıklığı %18-36 arasında değişmektedir (Kessler ve ark., 2009). DSÖ 2019 verilerine göre dünyada 280 milyon insanın depresyon, 301 milyon insanın anksiyete bozukluğu, 40 milyon insanın bipolar bozukluk, 24 milyon insanın psikotik bozukluktan etkilendiği bildirilmektedir (WHO, 2019). Türkiye'de tüm ülkeyi temsil eden örnekleme olan, Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi işbirliği ile düzenlenen 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili' çalışmasında ülkemizde psikiyatrik bozukluk görülme sıklığı %17,2 bulunmuştur (Erol ve ark., 1998). Ülkemizde son olarak 2013 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması'nda ruh sağlığına dair aile hekimlerine kayıtlı nüfusu temsil eden bazı bulgular verilmiştir. Bu çalışmaya göre depresif bozukluk, somatizasyon bozukluğu ve panik bozukluğu tanısını içeren toplam psikiyatrik hastalık sıklığı %12 olarak saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'ndan bu zamana kadar psikiyatrik hastalıklara yönelik Türkiye geneli prevelans bildiren yeni bir çalışma bulunmamaktadır (Göktaş ve ark., 2018).

Sosyal destek, bireyin çevresinden karşıladığı sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlanmaktadır. Bireyin ailesi, arkadaşları, akrabaları, karşı cins arkadaşı, öğretmenleri, iş arkadaşları, komşuları, ait olduğu gruptaki kişiler, içinde yaşadığı toplum sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Bireyin destek kaynaklarında ya da kendisinde meydana gelen değişimler nedeniyle bireyin sosyal destek düzeyi değişebilmektedir (Baran ve ark., 2014; Yalçın, 2014). Sosyal destek sadece nicel olarak açıklanamayan, kişi tarafından öznel olarak algılanması ve hissedilmesi gereken bir kavramdır. Bu durum bireylerin sosyal destek kaynaklarının sayısından ziyade, algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi gerekliliğini ön plana çıkarmaktadır (Baltacı, 2012; Eker ve ark., 2001). Algılanan sosyal destek, bir anlamda, kişinin kendine biçtiği

genel değeri ifade eder. Başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, ihtiyaç duyduğu zaman yardım bulacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı destek daha fazladır (Ardahan, 2006; Kök, 2014).

Sosyal destek sistemleri temel sosyal gereksinimleri karşılar, fiziksel ve psikolojik iyi oluşu olumlu yönde etkiler, bireyin davranışları, düşünceleri veya hisleri ile eğlenme ve dinlenmeye yönelik sosyal etkileşimine katkı sağlar (Aksüllü, 2004; Nakigudde, 2009). Sosyal desteğin iyileşme üzerinde de olumlu etkisi bulunmaktadır (Çam & Yalçiner, 2018). Ayrıca yetersiz sosyal desteğin sağlığı olumsuz etkilediği bilinmektedir (Ökdem, 2010).

Psikiyatrik hastalık tanısı alan bireylerde gelişen kısıtlılık, yeti yitimi, engellilik durumlarının ortadan kaldırılması veya azaltılması bireylerin iyileşme düzeylerine bağlıdır (İpçi, 2019). İyileşme kavramı ise önce fiziksel hastalıklarda kullanılmaya başlanmış, psikiyatrik hastalıkların kalıcı olmasının düşünülmesi nedeniyle kullanımı çok daha geç dönemlerde olmuştur (Anthony, 1993). 1980’li yıllarda ruh sağlığı alanında iyileşme kavramı ortaya çıkmış, psikiyatrik durumun tanımlanmasından bu yana önemli ölçüde gelişen bir kavram olmuş ve gün geçtikçe önemi artarak günümüzde anahtar bir kavram haline gelmiştir (Çıtak & Akgün, 2012; Frese ve ark., 2009). 1990’lı yıllarda fiziksel hastalıklardaki gibi psikiyatrik hastalıklarda da iyileşme, acı ve tüm hastalık belirtilerinin ortadan kalktığı ve yeniden tam bir iyileşmenin olduğu bir anlamı ifade ederken insanların psikiyatrik hastalıklarına rağmen toplum içinde işlevselliklerinin olabileceği de belirtilmiştir (Anthony, 1993; Deegan, 1988).

Davidson ve ark., (2009), iyileşmeyi şu şekilde tanımlamıştır: “İyileşme psikiyatrik tanı almış bir bireyin toplum içinde güvenli, onurlu, kişisel olarak anlamlı bir hayat yaşama hakkını ifade etmektedir. Birey kendi değerleri, tercih ve hedefleri doğrultusunda; sorunu ya da ruh sağlığı sistemi ile sınırlanmaksızın normal bir hayat sürer; eğitim, çalışma, arkadaşlık ve toplumsal katılım gibi ihtiyaçlarını giderir.”

Psikiyatri hemşirelerinin sosyal destek ve iyileşmede önemli bir yeri vardır. Psikiyatrik tanı almış bireylerin yaşadığı zorlukların tanınması, sosyal destek kaynaklarının belirlenmesi, sosyal desteğin bireyler üzerindeki etkisinin gözlenmesi, iyileşme sürecinde bireylerin mümkün olduğunca bağımsız olmalarına ve hastalıklarını idare edebilmelerine çalışılmasında psikiyatri hemşirelerinin rolü büyüktür (Ardahan, 2006; Townsend, 2016).

Psikiyatri hastalarının iyileşmesi ve toplum içinde bağımsız bir şekilde yaşamını sürdürmesi önemlidir. Sosyal desteğin sağlık ve iyileşme üzerinde önemli etkileri vardır (Çam & Yalçın, 2018; Ökdem, 2010). Bu çalışmanın amacı psikiyatrik tanısı olan bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeylerini ve iyileşme aşamalarını belirlemek, sosyal destek ile iyileşme aşamaları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmıştır:

1. Psikiyatrik tanı almış bireylerin sosyal desteği nasıldır?
2. Psikiyatrik tanı almış bireylerin iyileşme aşamaları nelerdir?
3. Psikiyatrik tanı almış bireylerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu vb. durumu ile hastaların sosyal destek ve iyileşme aşamaları arasında fark var mıdır?
4. Psikiyatrik tanı almış bireylerin sosyal destek alt boyutları ve toplam puanı ile iyileşme aşamaları alt boyutları arasında fark var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık Tanımı

Normallik kavramı genellikle; çoğunluğa uyan ve çan eğrisinin iki aşırı ucu dışına çıkmayan olarak ifade edilmektedir. Ancak sanat ve felsefi alanlarda “Çoğunluğa uymayan bireyler anormal midir?” şeklinde sorgulamalar olmaktadır. Bu nedenle ruh sağlığı açısından normallik kavramı görecelidir (Öztürk & Uluşahin, 2015). Ruh sağlığı tanımı toplumdan topluma, kültürden kültüre değişmekle birlikte en çok benimsenen “ruh sağlığı, kişinin kendi kendisiyle ve çevresi ile dinamik bir denge ve uyum içinde olmasıdır” şeklinde belirtilmektedir (Orak, 2016). DSÖ ise ruh sağlığını “bireyin kendi yeteneklerini gerçekleştirdiği, yaşamın normal stresleriyle baş edebildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve içinde yaşadığı topluma katkı sunabildiği bir iyilik halidir” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2013). Öztürk ve Uluşahin (2015) de ruhsal iyi oluşu veya ruh sağlığını tanımlamanın ruhsal hastalıkları tanımlamaya göre daha zor olduğunu, çünkü normal tanımlamanın kolay olmadığını vurgulamaktadır.

Psikiyatrik hastalıklar sıklıkla bir sıkıntı ile birlikte toplumsal veya diğer işlevsellik alanlarındaki yetersizlikle seyreden bir durumdur. Psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin genellikle; duygu, düşünce ve davranışlarında aşırılık, tutarsızlık, yetersizlik ve uygunsuzluk gibi durumlar gözlenmektedir. Ancak bu durumların zaman zaman her insanda görülebileceği belirtilmektedir. Bu durumların psikiyatrik hastalık sayılabilmesi için sürekli ve tekrarlayıcı olması, kişinin topluma uyumunu, verimli çalışmasını olumsuz yönde etkilemesi gerekmektedir (Orak, 2016).

2.2. Sosyal Destek

2.2.1. Sosyal Destek ve Algılanan Sosyal Destek

Sosyal bir varlık olan insan, sosyal yaşam içinde kimi zaman başarısını ve mutluluğunu, kimi zaman ise üzüntüsünü, stresini ve yaşadığı sıkıntıları çevresindeki insanlarla paylaşma ihtiyacı hisseder. Tek başına aşmakta zorlanacağı yaşam koşulları söz konusu olduğunda, başka bir insandan yardım ve destek arar. Aileden, arkadaşlardan, akrabalarından ve çevresindeki diğer insanlardan yardım istemekle sonuçlanan ve bireyin ihtiyaç duyduğunda yardım alabileceğini bilmesi, düşünmesi, hissetmesi “sosyal destek” kavramını meydana getirmektedir (Cohen & Syme, 1985; Mersin ve Arslan 2018; Zemen, 2020).

Sosyal destek, bireye çevresindeki insanlar tarafından yapılan yardım olarak tanımlanmaktadır. Algılanan sosyal destek ise bireylerin etraflarında bulunan sosyal destek ağının ne kadar farkında olduklarını ve bundan ne kadar memnun olduklarını ifade etmektedir. Algılanan sosyal destek sosyal ağın yeterince destekleyici olup olmadığı hususunda bireyin genel izlenimini ifade eder (Eker ve ark., 2001; Zemen, 2020).

2.2.2. Sosyal Destek Kaynakları ve İşlevleri

Aile içindeki bireyler, eş, dost, akraba, yakın arkadaşlar, iş arkadaşları, çeşitli toplum kuruluşları, son zamanlarda sosyal medyadaki topluluklar ve diğer toplumsal etkileşimler bireyin sosyal destek kaynaklarının birer parçasıdır. Bu sosyal destek kaynaklarının her birinin bireye sosyal destek sağlamada işlevi vardır. Tüm bu kaynaklar hayatın herhangi bir döneminde strese giren, sıkıntı yaşayan bireye yaşadığı bu sıkıntılı durumla baş etmesinde, duruma uyum sağlamasında ya da durumu kabullenmesinde önemli katkılar sunmaktadır (Verheijden ve ark., 2005). Bireyin yaşamında sosyal destek vazgeçilemez bir ihtiyaçtır. Sosyal destek bireylerin kaliteli bir yaşam sürmesine yardım ederken aynı zamanda yaşam amaçlarını gerçekleştirmelerini sağlayan önemli bir tetikleyicidir (Demirtaş, 2007).

2.2.3. Sosyal Destek Türleri

Literatür incelendiğinde sosyal destek türlerinin üç başlık altında toplandığı görülmektedir. Bunlar: Duygusal destek, Araçsal destek ve Bilişsel destektir.

2.2.3.1. Duygusal destek: Bireyin sevgi görme, hoşlanma, şefkat, anlayış, toplumda kabul görme, sorunlarının dinlenmesi, duygularının paylaşılması ve değer verilme gibi temel gereksinimlerini içeren sosyal destek türüdür (Cohen & Wills, 1985). Duygusal destek bireylere aşması güç sıkıntılı durumlara karşı dayanma gücü sağlamaktadır. Çevresinde özel sorunlarını konuşup paylaşabileceği birilerinin olduğu ve yalnız olmadıkları, önemli ve değerli oldukları duygusu sağlayarak onların sağlığına olumlu katkı sunmaktadır. Aynı zamanda duygusal destek olumlu anlamda duygulanımı da güçlendirerek stresi azaltmakta ya da önlemektedir (Mersin ve Arslan, 2018; Kaner, 2003).

2.2.3.2. Araçsal destek: Bireyin ihtiyaç duyduğu maddelerin temin edilmesi, parasal yardım, araç gereç yardımı gibi somut olarak sağlanan yardımları içermektedir (Mersin ve Arslan, 2018). Araçsal destek, maddi destek olarak da adlandırılmaktadır. Bu destek türü, bireyin maddi sorunlarına direkt çözümler bularak ya da aile bireylerinin boş

zaman etkinliklerine daha çok katılabilmesini sağlayarak stresi azaltmaktadır (Kaner, 2003).

2.2.3.3. Bilişsel destek: Bireyin başa çıkmakta zorlandığı sorunlarını çözmesine yardımcı olacak destek türüdür. Bireyin kendisini tanımasını sağlayan ve benlik saygısını ortaya çıkaran geri bildirimler bilişsel destek olarak tanımlanmaktadır. Örneğin; işe yeni başlayan bir bireye o işte daha tecrübeli arkadaşlarının işin inceliklerini anlatması ya da okulda başarısız olan bir öğrencinin arkadaşları tarafından ders çalıştırılması bilişsel destek olarak değerlendirilebilir (Ardahan, 2006).

2.2.4. Psikiyatri Hastalarında Sosyal Destek

Cohen ve Wills (1985), sosyal destek modellerini “Temel Etki Modeli” ve “Tampon Etkisi Modeli” olarak iki modelde açıklamaktadır. Temel etki modeli, sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir bağlantı olduğundan, sosyal desteğin sağlık üzerinde olumlu etki ve iyi sonuçlarının olduğundan söz etmektedir. Bu modele göre bireyin hayatında yeteri kadar sosyal desteğin olmaması bireyin yaşamında olumsuz sonuçlar meydana getirmektedir. Tampon etki modeline göre ise sosyal desteğin ilk görevi, birey için stres oluşturan olayların olumsuz etkilerini azaltarak veya ortadan kaldırarak ruh sağlığını koruması ve psikolojik sağlığı üzerinde tampon görevi görmesidir. Bireyin yaşamında strese neden olan olaylar olmadığında sosyal destek psikolojik sağlık üzerinde etki göstermemektedir. Birey strese maruz kaldığında ise sosyal destek, daha kolay adapte olmasını ve stres verici koşullarla baş etmesini kolaylaştırarak stresin ruh sağlığı üzerindeki zararlarını azaltan koruyucu bir görev üstlenmektedir.

Eker, Arkar ve Yıldız (2001)’in psikiyatrik hastalığı olan, cerrahi hastalığı olan ve hiçbir hastalığı olmayan bireyleri sosyal destek açısından karşılaştırdıkları çalışma sonucunda psikiyatrik hastalığı bulunan bireylerin diğerlerinden daha az sosyal desteğe sahip olduğunu bulmuşlardır. Hasta birey ve ailelerinin stresle başa çıkmasında sosyal desteğin önemli bir yeri vardır. Sosyal destek bireylerin mutluluklarını ve yaşam kalitelerini artırıp stres düzeylerini azaltarak, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıkların iyileşmesinde olumlu etkiye sahiptir (Sağlam, 2007; Kök, 2014). Aksüllü ve Doğan, (2004) yaptıkları çalışmada algılanan sosyal destek ile depresyon arasında zıt yönde bir ilişki bulmuşlardır. Bu çalışmada; sosyal destek kaynaklarının bireylerin hayatında sağlığı koruma ve iyileştirme, sağlık problemlerini önleme, stresle baş etmede

kolaylık sağlama, stresin etkilerine karşı koruma, başarılı ve sağlıklı ilişkilerin kurulup devam etmesinde önemli roller oynadığı vurgulanmaktadır. Wang, Wu ve Liu (2003) yaptıkları çalışmada sosyal desteğin herkesin genel sağlığını etkilediğini bulmuşlardır ve aynı zamanda sosyal destek eksikliğinin de sağlığı olumsuz etkileyebileceğini ifade etmişlerdir.

Kelleci ve Ata (2011), psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptıkları çalışmada, ilaç uyumu ile aile desteği açısından gruplar arasında fark olmadığı ancak arkadaş desteği ve özel birisinin desteği alt boyutlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğunu saptamışlardır.

Kök ve Demir (2018) tarafından şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada hastaların algıladıkları sosyal destek puanları artarken içselleştirilmiş damgalanma puanlarının azaldığı saptanmıştır.

Huang, Sousa ve Tsai (2008) yaptıkları çalışmada ciddi psikiyatrik hastalığı olan bireylerde, hastalığın olumsuz sonuçlarını en aza indirmenin ve yaşam kalitesini artırmanın en iyi yolunun sosyal desteği artırmak olduğunu saptamışlardır.

Akçalı ve ark., (2009) tarafından epilepsi hastalığı olan bireyler ile yapılan çalışmada depresyon ve anksiyete puanları yüksek olan bireylerin algılanan sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

Sosyal desteğin objektif ve subjektif ölçümleri ile ciddi psikiyatrik hastalıktan iyileşme arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan çalışmada; umut ve hedef yönelimini içeren bir süreç olarak iyileşmenin sosyal destek ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Corrigan & Phelan, 2004).

Tüm bu araştırma sonuçları sosyal desteğin psikiyatrik hastalıklarda önemli bir yerinin olduğunu ortaya koymaktadır.

2.2.5.Sosyal Destek ve Psikiyatri Hemşireliği

Hemşirelik, Florence Nightingale, Henderson ve birçok hemşirelik kuramcısı tarafından "yardım eden güç" olarak tanımlanmıştır. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ise hemşireliği huzursuz, yalnız ve yardım arayışı içinde olan bireylere rahatlık ve destek sağlayan bireyler olarak tanımlamıştır. Sosyal destek hemşirelik ve hemşirelik araştırmalarında önemli bir yere sahiptir ve birçok araştırmacı hasta bakımında sosyal

destek ihtiyacının belirlenmesi ve değerlendirilmesi konusunda ortak fikre sahiptir (Khorshid & Arslan Gürol, 2006; Toljamo & Hentinen, 2001). Hemşirelerin sosyal destek danışmanı olarak bireylerin yaşadığı zorlukları tanınması ve ne tür sosyal desteğin verilmesi gerektiğini belirlemesi gerekir. Hemşireler verilen sosyal desteğin birey üzerindeki etkileri gözlemlenmeli, yeterli olup olmadığını belirlemeli ve yetersizse sosyal desteği güçlendirici faaliyetlerde bulunmalıdır (Ardahan, 2006). Psikiyatri hemşireliğinde sosyal destek ile ilişkili olarak sosyal izolasyon tanısı sık kullanılan tanıılardan biridir. Bu sorunu gidermek için hemşirelerin hasta bireye yardımcı olması ve bu bireyin çevresindeki destek kaynaklarını kullanması için teşvik etmesi beklenir. Hemşire hasta bireye hem destek sağlayan hem de hasta bireyin destek kaynaklarını harekete geçirici rolündedir. Bu doğrultuda hemşirelerin uygulamaları şu şekilde sıralanabilir; kısa aralıklarla ve sık iletişime geçerek kabullenici tutum sergilemek, bireyin korkutucu ve zor bulduğu grup aktivitelerine katılımına yardımcı olmak, bireyi başkalarıyla tanıştırmak etkileşim kurmasını sağlamak, yakınları için uygun ortam sağlayarak bireyin bakımına katılmalarını desteklemek, birey ile aynı sorunları yaşayan ve destek sağlayabilecek kişilerle tanıştırmak (Aras, 2001; Özcan & Duman Çetinkaya, 2016).

2.3. İyileşme Tanımı

Fiziksel hastalık ve engellilik durumu için iyileşme kavramı tüm hastalık belirtilerinin ve acının ortadan kalkması şeklinde tanımlanabilirken bu tanımlama psikiyatrik hastalıklarda ve kronik hastalıklarda kullanılmak pek mümkün değildir (Amering ve ark., 2009). Psikiyatri alanında iyileşme kavramı 1990'lı yıllarda kullanılmaya başlanmış ve birçok tanımlama yapılmıştır. Psikiyatri alanında iyileşme, Avustralya dördüncü ulusal ruh sağlığı planı 2009-2014'te öncelikli alan olarak belirtilmiştir ve iyileşme kişinin tutumlarını, değerlerini, duygularını, hedeflerini, becerilerini ve rollerini değiştirmeye yönelik kişisel bir süreç olarak tanımlanmıştır (Oades & Julie, 2012). İyileşme kavramının tanımı üzerine ortak bir görüş birliği olmamasına rağmen bu kavram ABD, Yeni Zelanda ve Kanada gibi ülkelerde politikalara yön vermektedir (Farkas, 2007; Şenocak ve ark., 2019). İyileşme üzerine yapılan tanımlar klinik iyileşme ve kişisel iyileşme şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Klinik iyileşme; semptomların azalması ya da tamamen ortadan kalkması, hasta bireyin hastalık öncesi sağlık durumuna geri dönmesi

şeklinde tanımlanırken kişisel iyileşme; bireyin değişim ve gelişim süreci şeklinde tanımlanmaktadır (Şenocak ve ark., 2019).

İyileşmeye yönelik farklı tanımlar yapılmıştır:

Deegan (1988) psikiyatrik hastalıklarda iyileşmeyi; psikiyatrik hastalığın devam etmesi halinde bile bireyin tatmin edici ve ödüllendirici bir hayat yaşaması şeklinde tanımlamış, psikiyatrik hastalığı olan bireylerin ruhsal engele sahip olsalar dahi toplum yaşamına dahil olmaları gerektiğini vurgulamıştır.

Anthony (1993) iyileşmeyi; "Bir kişinin tutumlarının, değerlerinin, hislerinin, hedeflerinin, becerilerinin ve/veya rollerinin değiştiği son derece kişisel, eşsiz bir değişim süreci" olarak tanımlamıştır. Ayrıca iyileşmeyi "ruh sağlığı problemlerinin veya psikiyatrik hastalıkların neden olduğu sınırlılıklar olsa bile anlamlı, tatmin edici ve ümit verici bir yaşam sürme şekli olarak ifade etmiştir. Bir kişi psikiyatrik hastalığın yıkıcı etkileri altında büyüdüğünden iyileşme; yaşamında yeni bir anlam ve amaç geliştirmesini gerektirir" demiştir.

Corrigan ve ark., (2005) tarafından yapılan nitel bir çalışmada danışanlar; kendine güvenmeyi, çalışkanlığı ve benlik saygısının artmasını iyileşmenin temel bileşenleri olarak tanımlamışlardır.

Ramon ve ark., (2007) iyileşmeyi "Belirti veya tedaviyi kontrol ederek hastalık öncesi duruma geri dönmekle ilgili olmaktan ziyade güç, öz eylemlilik ve umut, karşılıklı dayanışma, hedefe yönelme ve sistematik çabayı içeren, risk almayı gerektiren hem bir süreç hem de bir sonuç olan karmaşık ve çok yönlü bir kavramdır." şeklinde tanımlamışlardır.

Davidson ve ark., (2009) ise "İyileşme, ruh sağlığı sorunu olan bireyin toplum içinde güvenli, onurlu, kişisel olarak anlamlı bir hayat yaşama hakkını ifade eder. Birey kendi değerleri, tercih ve hedefleri doğrultusunda; sorunu ya da ruh sağlığı sistemi ile sınırlanmaksızın normal bir hayat sürer; eğitim, çalışma, arkadaşlık ve toplumsal katılım gibi ihtiyaçlarını giderir." olarak belirtmişlerdir.

Literatürde sık karşılaşılan başka bir tanım ise Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Yönetimi (SAMHSA) tarafından 2011 yılında yapılmıştır. SAMHSA madde bağımlılığı ve psikiyatrik hastalıklarda iyileşmeyi "Bireylerin sağlık ve iyilik hallerini geliştirmek, kendi kendilerini idare edebilecekleri bir hayat yaşamak ve tam

potansiyelerine ulaşmak için çabaladıkları bir değişim süreci.” şeklinde tanımlamıştır (Çıtak Akgün, 2012).

Günümüzde en çok benimsenen iyileşme tanımı ise, kişinin tutumlarındaki, değerlerindeki, duygularındaki, amaçlarındaki, beceri ve rollerindeki derin, kişisel ve eşsiz değişim süreci, psikiyatrik hastalığın sebep olduğu sınırlamalara rağmen hayatı doyum verici, umutlu yaşama yolu, hayata değerli katkılar sunma ve yeni anlamlar geliştirme, kişinin güçlü yönlerine odaklanma şeklindedir (Chiba ve ark., 2014; Moller ve ark., 2013; Tweedell ve ark., 2004).

Tüm bu tanımlardan da anlaşılacağı gibi iyileşme yaklaşımının temelinde psikiyatrik hastalığı olan bireylerin yaşamlarını kontrol edebilmeleri, umutlu olmaları, sosyal ilişkilerini sürdürebilmeleri, doyum veren bir yaşam sürdürebilmeleri, hayata dair yeni anlamlar oluşturmaları, amaçlar geliştirmeleri ve amaçlarına ulaşmaları yer almaktadır (Onken ve ark., 2007; Yalçiner ve ark., 2019).

2.4. İyileşmeye Rehberlik Eden İlkeler

İyileşme akran ve dostlarla desteklenir: Deneyimlerin paylaşıldığı, bilgi ve becerilerin birlikte geliştirildiği sosyal destek ortamı iyileşmede önemli bir faktördür. Umut kaynağı olan ve bireye destek olan insanların olması önemlidir.

İyileşme bütüncüldür: İyileşme, tek bir boyutta gerçekleşmez. Bireyin ruhsal, fiziksel ve toplum da dâhil olmak üzere bütün yaşamını kapsar. Sağlanan destekler birleştirilmeli ve düzenlenmelidir.

İyileşme, pek çok yolla gerçekleşir: Her birey biricik ve özeldir. Bireyler yaşantıları, geçmişleri, hedefleri, amaçları, tercihleri, kültürleri ile kendine özgüdür. Tüm bu farklılıklar bireylerin iyileşme yollarını etkiler. Bundan dolayıdır ki iyileşme yolları da her birey için özel ve farklıdır.

İyileşme, umuttan doğar: Umut bireylerin karşılaştıkları zorlukları ve engelleri aşmalarında önemli bir etkidir. İyileşme inancı ve umuduna sahip bireyler karşılaştıkları içsel ve dışsal zorlukları aşabilecekleri konusunda daha motive olurlar. Ayrıca iyileşme aşamasındaki bireyler kendi iyileşme deneyimlerini paylaşan insanları görünce umut besleyebilir ve motive olabilirler.

İyileşme, birey güdümlüdür: Bireylerin yaşama dair hedeflerini tanımlamaları, kendi gelecek ve amaçlarını belirlemeleri, bu doğrultuda kendilerini ve yaşamlarını yönetmeleri iyileşme için temel faktörlerdendir.

İyileşme kültürden etkilenir: Bireylerin gelenek ve göreneklerini, inançlarını, değerlerini kapsayan kültürel geçmiş iyileşme yolculuğunu belirlemede etken bir faktördür.

İyileşme saygı üzerine kurulur: Madde kullanım bozukluğu ve psikiyatrik hastalığı olan bireyler için toplumsal kabul, sosyal ilişkiler ve destek çok önemlidir.

İyileşme, değişim ihtiyacının bireysel olarak kabulünü gerektirir: İyileşme sürecine dahil olabilmek için birey bir sorun olduğunu kabul etmelidir.

İyileşme, toplumda yeniden katılmayı ve yeniden bir hayat inşa etmeyi gerektirir: İyileşme, psikiyatrik hastalığın bireye getirdiği sınırlılıklara rağmen bir hayat kurmayı gerektirir. İyileşme; sağlıklı aile ilişkileri, bireye doyum veren bir yaşam, sosyal ilişkiler ve kişisel ilişkiler inşa etme sürecidir. İş, eğitim ve barınma gibi yaşam kalitesine ilişkin konularda başarı elde etme gibi yöntemler ile toplum içinde daha yapıcı roller üstlenmeyi içerir (Çıtak Akgün, 2012; Mental Health Commission, 2008; Şenocak ve ark., 2019).

2.5. İyileşmenin Bileşenleri

Literatürdeki iyileşme tanımlarına baktığımızda iyileşme kavramının bileşenleri olarak şunlar karşımıza çıkmaktadır; bireysellik/otonomi, umut, anlam bulma, ilişki, destek kaynakları, güçlendirme, sorumluluk (Doğan ve ark., 2020; Erikson, 2013; Knutson ve ark., 2013; Soygür ve ark., 2017; Townsend, 2016).

2.5.1. Bireysellik/Otonomi

İyileşme sürecinin uzmanı psikiyatrik hastalığı olan bireylerdir. Çünkü birey biriciktir, deneyimleri kendine özgüdür, hedeflerine doğru giden yolları kendisi çizer. İyileşme bireyin içinde bulunduğu koşullarda kendine özgü bir yol çizerek rollerini ve işlevlerini tanımladığı ve yapılandığı, yaşamına ilişkin amaçlar belirlediği ve bu doğrultuda yürüdüğü, seçimlerini yapıp, yönetip, kontrol ettikleri otonomilerini güçlendirdikleri bireysel bir süreçtir. Bu sebeple bireysellik iyileşmenin temel bileşenlerindedir (Barker & Barker, 2011; Çıtak Akgün, 2012; Macpherson ve ark., 2016; Townsend, 2016).

2.5.2. Umut

Umut psikiyatrik hastalığı olan bireylere enerji veren, amaçlarına ulaşması için bireyi motive eden, karşılaştıkları engelleri aşmaları için güç sağlayan bir kavramdır. Bressan ve ark., (2018) umudu, yalnızca olumlu bir sonuca güvenmek yerine, hedeflerine

yönelik zorlukları aşma gücünü değerlendirmeyi amaçlayan bir kavram olarak tanımlanmışlardır.

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde umut iyileşmeyi başlatan, hızlandıran ve devam ettiren önemli bir faktördür. Ayrıca hastalıkla mücadele etmeyi sağlayan ve motivasyonu artıran önemli bir baş etme mekanizmasıdır (Oles, 2015).

2.5.3. Anlam Bulma

Psikiyatrik hastalık sürecinde anlam bulmak hastalığa karşı iç görüş geliştirerek hastalığın farkına varmak ve kabul etmek, hastalığın neden olduğu sınırlılıklara rağmen anlamlı bir yaşam sürmek ve daha olumlu düşünmeye karşılık gelmektedir (Knutson ve ark., 2013).

2.5.4. İlişki

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin aileleri, arkadaşları, sağlık ekibi ve çevresindeki insanlarla sağlıklı ilişkiler kurması iyileşme için etkili bir faktördür. Birey kurduğu bu ilişkiler sayesinde etiketlenmeden aidiyet ve toplum içinde var olma bilinci ile rollerini sürdürür ve yeni roller üstlenir (Doğan ve ark., 2020; Knutson ve ark., 2013).

2.5.5. Destek Kaynakları

Aile, arkadaş, akraba, komşu, akranlar, sağlık çalışanları, sivil toplum kuruluşları, sağlık kurum ve kuruluşları psikiyatrik hastalığı olan bireylere destek olan ve iyileşme sürecinde etkin rol oynayan kaynaklardır. Bu destek kaynakları bireye cesaret verir, iyileşmeye dair umut sağlar, hastalığın bireye getirdiği sınırlamalara rağmen doyum veren bir yaşam sürmesine katkı sağlayarak iyileşme yolculuğunda bireyin yanında olurlar (Erikson, 2013; Townsend, 2016).

2.5.6. Güçlendirme

Psikiyatrik hastalığa sahip bireyler iyileşme sürecinde otonomi kazanarak, tercih ve kararlarını kendisi vererek, kendisi hakkında etkili bir biçimde konuşarak, hastalık sürecinden anlam bulma cesareti göstererek, rol ve sorumluluklarını yerine getirerek güçlenebilir. Güçlenmeyle birlikte ise bireyler kendi yaşamlarını etkileyebilir, kontrol edebilir ve kaderlerini değiştirebilirler (Çıtak Akgün, 2012; Knutson ve ark., 2013).

2.5.7. Sorumluluk

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin kendi yaşamlarında ve iyileşme süreçlerinde kişisel sorumlulukları vardır. Bireylerin sahip olduğu sorumlulukları yerine getirmeleri iyileşme yolculuğunda önemli bir faktördür (Çıtak Akgün, 2012).

2.6. Psikolojik İyileşme Modeli

Andresen ve ark., (2013) psikolojik iyileşmeyi, "Tatmin edici, anlamlı bir hayatın azim ve umut üzerine kurulu pozitif bir kimliğin oluşturulması." olarak tanımlamaktadır. Bu model herhangi bir nedensel psikiyatrik hastalık teorisine dayanmaz ve hastalık belirtilerinin iyileşme sürecinde hala devam edip etmediğine bakmaz (Anthony, 1993). Psikolojik iyileşme modeli semptomların yok olmasına değil bireyin kendi iyileşme sürecindeki azmine bakar. Bu model bireyi pasif bir hizmet alıcısı olarak değerlendirmek yerine birey odaklı ve bireyin aktif olarak rol aldığı bir süreci işaret eder (Andresen ve ark., 2013).

Andresen ve ark., (2013) iyileşme aşamaları boyunca gerçekleşen dört bileşen tanımlamışlardır:

Umut: İyileşmenin mümkün olduğuna dair umutlu olma ve bu umudu sürdürme,

Sorumluluk: Bireyin hayatı ve sağlığı ile ilgili sorumluluğu üstlenmesi,

Kimliği tanımlamak: Benlik hissini yenilemek ve pozitif bir kimlik geliştirmek,

Yaşamda anlam bulmak: Hayatta anlam ve amaç bulmaktır.

Andresen ve ark., (2003), inceledikleri nitel çalışmalar sonucunda iyileşme sürecinin dört bileşenini bir araya getirerek beş aşamalı bir iyileşme modeli kavramsallaştırmışlardır:

1. Durağanlık: Derin bir kayıp ve umutsuzluğun olduğu ve bireyin kendini korumak için geri çekmesiyle karakterize bir dönemdir.

2. Farkındalık: Yaşamdaki her şeyin son bulmadığının ve hala tatmin edici bir yaşam sürebilecek olmanın farkındalığını içerir.

3. Hazırlık: Bireyin iyileşme üzerinde çalışmaya karar verdiği dönemdir. İyileşme ile ilgili güçlü ve zayıf yanları değerlendirmek ve iyileşme becerilerini geliştirmek için çalışmaya başlamak bu evrede gerçekleşir.

4. Yeniden yapılanma: Bireyin anlamlı hedefler belirlemesi ve hayatının kontrolünü eline almasını içerir.

5. Gelişim: Bu dönem esneklik olumlu bir benlik algısıyla birlikte bireyin tam ve anlamlı bir hayat sürmesini içerir.

2.7. Psikolojik İyileşme Modelinin Bileşenleri

2.7.1. Umut Bulmak

Umut, bireye enerji veren ve hedeflere ulaşmasını sağlayan pozitif bir olgudur. Bressan'a göre umut, kişinin uygun rolleri seçebilme kapasitesini ve sadece olumlu bir sonuca güvenmek yerine, hedefe yönelik engelleri aşma gücünü değerlendirmeyi amaçlayan bir kavramdır (Bressan ve ark., 2018). Umut, iyileşme sürecini başlatan, devam ettiren ve hızlandıran bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca umut hastalıklarla mücadelede motivasyonu arttıran önemli bir baş etme mekanizmasıdır (Coşkun & Altun, 2018; Oles, 2015; Özdemir, 2020).

Umutsuzluk şizofreninin kronikleşmesine neden olurken, aynı zamanda umut bulmak ise iyileşme süreci için önemlidir ve itici bir güçtür. Umut geçmişe takılmaktan ziyade ileriye bakar, küçük adımları kutlar, öncelikleri yeniden sıralar ve iyimserliği geliştirmeyi amaçlar (Andresan ve ark., 2003; Jacobson & Greenley, 2001).

2.7.2. Sorumluluk Almak

İyileşme için sorumluluk almak önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. İyileşme sürecinde bireylerin kendileri için alabildikleri kadar çok sorumluluk almaları istenir. Hedefler belirlemek, bu hedeflere ulaşmak için planlar geliştirmek, ruh sağlığı çalışanları, aile ve arkadaşlar gibi diğer gruplar ile birlikte çalışmak, karar verme sürecinde yer almak, öz bakımı olabildiğince üstlenmek bu sorumluluklara örnek olarak gösterilebilir (Jacobson & Greenley, 2001).

2.7.3. Benlik ve Kimliği Tanımlamak

Benlik bireyin kendine ilişkin bilinçli algıları, kendine yönelik ilgisi ve düşünce becerisidir. Benlik üç sürece işaret etmektedir. Bunlar; dikkat süreci (bireyin kendine ilişkin farkındalığı), bilişsel süreç (bireyin kendisine ilişkin oluşturduğu duygu, düşünce ve algıları), yönetsel süreç (bireyin kendisini karar verme, kontrol etme gibi mekanizmaları kullanarak yönlendirme çabaları) dir (Demir, 2010).

Kimlik ise en genel anlamıyla bireyin kendisini tanımlamak ve anlamlandırmak için benliğin çeşitli yönlerine bağlılık geliştirmesidir. Birey toplum içinde ne kadar çok pozisyon işgal ediyorsa o kadar çok çeşitli benliğe sahip olmaktadır. Birey toplumda işgal ettiği her bir pozisyon için kimlik oluşturmaktadır. Kimlikler bireyin bir rolün sahibi olarak oluşturduğu anlamlardır. Yani anne ya da öğretmen olmanın birey için taşıdığı anlam kimliklerinin içeriğini oluşturmaktadır (Demir, 2010).

Şiddetli bir psikiyatrik hastalığın başlamasıyla, benliğin ve kimliğin süreklilik duygusunu zayıflatıcı bir dizi süreç devreye girmektedir. Kimlik duygusunun kaybedilmesi durumu psikiyatrik hastalığın korkunç etkilerinden biridir. Değerli bir rolü yeniden kazanmak için, bireylerin bütüncül olarak insan olduklarını ve seçtikleri bir topluluğa girebildiklerini hissetmeleri önemlidir. Umut ve kendi kaderini belirleme ile kişi hayatında olumlu bir kimlik duygusu oluşturabilir, hayata anlam ve amaç sağlamak için değişiklikler yapabilir (Andresen ve ark., 2011; Karakaş, 2020).

2.7.4. Yaşamda Anlam Bulmak

Çelik (2016)'in aktardığına göre Frankl (2009), yaşamda anlam arayışının ruh sağlığına olumlu etkisinin olabileceğini ileri sürmüştür. Şahin ve ark., (2012)'nin yaşam amaçları ile öznel iyi-oluş ilişkisini inceleyen çalışmasında yaşamda anlamın öznel iyi oluşu yordadığı belirlenmiştir.

2.8. İyileşme Aşamaları

2.8.1. Durağanlık

Psikolojik iyileşmenin ilk aşaması durağanlıktır. Bu aşama umudun kaybı, kişinin hayatının sorumluluğunu bırakması ve yaşamdan anlam bulamamayı içerir (Andresen ve ark., 2011). Durağanlık aşaması derin bir umutsuzluk ve konfüzyon ile tanımlanır. Bu aşamaya “Moratoryum” da denilmektedir. Çünkü birey hayatı askıda gibi hisseder (Townsend, 2016). Şizofreni hastalığının kronikleşmesinin nedenleri arasında; hasta rolünün benimsenmesi, rehabilitasyon eksikliği, sosyal ve ekonomik durum, ilaç etkileri ve personel beklentileri sayılabilir. Günümüzde ilaçların geliştirilmesi, uzun süreli hastane yatışlarının olmaması, politikalar ve rehabilitasyonun olması iyileşmeyi teşvik ederken; psikiyatride çalışanların karamsar tutumu, damgalanma, hasta rolü ve umut kaybı motivasyon eksikliğine neden olmaktadır (Andresen ve ark., 2011).

Durağanlık Aşamasında Umut

Durağanlık aşamasında umut oldukça azalmış ve yerini umutsuzluğa bırakmıştır. Bazen hasta bireylere yardım etmeye çalışan kişiler ters etkide bulunarak umutsuzluğa yol açabilirler. Strauss (2005) bu durumu şu şekilde açıklamaktadır; Yardım etmeye çalışan insanlar psikolojik hastalığı olan bireye genellikle “Diyabet gibi bir hastalığınız var. Hayatınız boyunca bu hastalığa sahip olacaksınız. Hayatınız boyunca ilaç kullanmak zorunda kalacaksınız ve bazı şeyleri asla yapamayacaksınız” derler. Bu şekilde bir açıklama paradoksal olarak bireye ters etkide bulunabilir. Umut teorisi umudu; başarılı

olma duygusu, faillik (hedefe yönelik enerji), hedeflere ulaşmak için planlama ve yollar aramaya dayalı olumlu bir motivasyon durumu olarak tanımlar. Umut etmek için kişinin bir amacı olmalı, hedefe giden bir yol algılamalı ve hedefe ulaşmak için motivasyona sahip olmalıdır. Hedef yok ise umut da olmaz (Andresan ve ark., 2011).

Durağanlık Aşamasında Sorumluluk

Durağanlık aşamasında birey kontrolünü yitirdiğini ve değişim için gücü olmadığını hisseder (Townsend, 2016).

Andresan ve ark., (2011)'nın aktardığına göre, Schmook (1994) hastalık deneyimi yaşamış bir bireyin hastalığın yaşamı üzerindeki kontrol kaybını şu sözler ile vurgulamıştır: “Bütün hayatım etrafımda çökmüştü ve hiçbir şey yokmuş gibi görünüyordu. Hayatımın geri kalanı akıl hastalığıyla yaşamak değildi istediğim şey. Sürekli uyumak istiyordum, bu da çalışmayı zorlaştırıyordu. En basit görevleri gerçekleştirmek artık kolay değildi. Hayal kırıklıklarım gözyaşlarına, kendine acımaya ve küskünlüğe yol açtı. Ben kafamdaki sorulara cevap arıyordum ancak hiç yoktu.”

Durağanlık Aşamasında Kimlik

Durağanlık aşamasında, bireyler “artık bir birey olarak kim olduklarını bilmiyormuş gibi” hissederler. Birey, toplumun değerli ve aktif bir üyesi olduğuna dair kimlik hissini, bir psikiyatrik hastalık teşhisi ile kaybedebilir (Townsend, 2016). Benlik ve kimlik kaybı psikiyatrik hastalıklarda karşılaşılan en acı verici sonuçlardan biridir. Durağanlık aşamasının en belirgin özelliği bireyin artık kim olduğunu bilmiyormuş gibi hissetmesidir (Andresan ve ark., 2011).

Durağanlık Aşamasında Anlam

Psikiyatrik hastalık tanısı almak, bireyin temel inançlarına meydan okuyarak, hayatın anlamını ve amacını kaybetmesine yol açabilecek travmatik bir olaydır (Townsend, 2016). Bireyin hayatı üzerinde hedefler belirlemesi ve bu hedefleri gerçekleştirmek üzere adımlar atması hayatının anlamlı olmasına katkı sağlar. Ancak ulaşılmayan hedeflere takılmak ise bireyde umutsuzluğa neden olur. Bireylerin hastalığa sahip olmanın kendileri için ne anlama geldiğini yorumlama şekilleri de motivasyonlarını etkiler (Andresan ve ark., 2011).

2.8.2. Farkındalık

Farkındalık aşamasına iyileşmedeki dönüm noktası diyebiliriz. Bu aşamada hayatın 'bitmediğine' dair yeni bir farkındalık vardır. Daha tatmin edici bir umut kişinin

kendi içinden gelebilir veya bir şey veya biri tarafından tetiklenebilir. Birey, hastalıktan ayrı bir kimlik duygusu oluşturur ve kendi iyileşmesi için sorumluluk alma ihtiyacı doğar. Yaşamak için bir amaç ve bozulmamış "ben" in yenilenmiş farkındalığı oluşur (Andresan ve ark., 2011).

Farkındalık Aşamasında Umut

Farkındalık aşaması umudun doğuş noktasıdır. Umutsuzluk kronikleşmenin bir nedeni olduğu için, umut iyileşmek için hem bir katalizör hem de toparlanmanın temel taşı konumundadır. Umut, gelecekte olacak iyi bir şeyin beklentisidir.

Umut, bir "mümkün olma" duygusundan doğar (Andresan ve ark., 2011). Bireyler iyileşmiş diğer bireylerden de esinlenerek umut besleyebilir. Ayrıca umut güçlü içsel istek, bireysel inanç ve spiritüalliteden de kaynaklanabilir (Townsend, 2016).

Farkındalık Aşamasında Sorumluluk

İyileşmenin ikinci aşaması, kişinin yaşamının kontrolünü ele geçirme ihtiyacının farkındalığıyla müjdelendir. Birey net hedefler formüle etmemiş olsa bile, bunun kesinlikle farkındadır ve hayatının hiçbir yere gitmediği algısına sahiptir. Hastalık belirtilerinin kontrol altına alınması her birey için iyileşmeyi ifade etmeyebildiği gibi sorumluluk almak için hastalığın remisyon döneminde olmasına da gerek yoktur. Bireyler hastalığının ortasında da farkındalık yaşayabilirler. Tüm bunların yanında sorumluluk alabilmeleri için bireysel güçlendirmeye ihtiyaçları vardır. Sağlık çalışanlarının tutumları bireyin iyileşmesinde sorumluluk almasına katkı sağlayabilir (Andresan ve ark., 2011).

Farkındalık Aşamasında Kimlik

Birey bu aşamada hasta bir insandan ibaret olmadığını, kendi adına harekete geçebilecek sağlam bir benliğin hala var olduğunu fark eder. Bazıları da, daha önce farkında olmadıkları kişisel kaynakların farkına varabilirler (Andresan ve ark., 2011).

Farkındalık Aşamasında Anlam

Farkındalık aşamasında, birey hastalığı kendi "dünya görüşüne" entegre etmeye, hastalığın neden meydana geldiğine ve kendi geleceği için etkilerinin ne olduğuna dair bir anlayış geliştirmeye çabalar. Farkındalık aşamasında hastalığın anlamını aramak, bireyin açıklanamayan olumsuz olayları bir neden bularak anlamaya çalıştığı bilişsel kontrol teorileriyle açıklanabilir. Örneğin, ciddi fiziksel hastalığı olan bireyler, hastalığın nedenini belirlemeye çalışırlar ve böylece hastalığın tedavisi, yönetimi veya tekrarını önleme konusunda harekete geçerler (Andresan ve ark., 2011).

Psikiyatrik hastalık varlığında, 'seçilen anlam' bireyin iyileşmeye yönelik çalışmaya başlaması için bir temel sağlar. Hastalığın kabullenilmesi, teslim olmaktan ziyade, yaşamda anlam bulma ihtiyacıyla el ele gider (Andresan ve ark., 2011).

2.8.3. Hazırlık

İyileşmenin üçüncü aşaması olan hazırlık aşamasında, birey iyileşme için zemin hazırlar. Bu zemin, bireyin güçlü yanlarını ve değerlerini belirlemenin yanı sıra mevcut kaynakları kullanmaya yönelik uygulamalar yapar (Andresan ve ark., 2011).

Hazırlık Aşamasında Umut

Hazırlık aşamasında umut, öz bakımı teşvik etmek ve hedeflere giden yollar arayıp bulmak için bireysel ve dışsal kaynakların seferber edilmesi ile ortaya çıkar. Bu, güçlü ve zayıf noktaların tanımlanmasını, bilgiyi haber edinmeyi ve kullanılabilir destek sistemlerini aramayı içerir (Townsend, 2016).

“Artık hayatımın geri kalanında hastanelere girip çıkan bir 'akıl hastası' değildim. Geçmişe takılıp kalmak yerine bugünü düşünmeye ve gelecek planları yapmaya cesaret ettim.” ifadesi psikolojik iyileşmenin hazırlık aşamasına uygun bir giriş niteliğindedir. Umut, hedeflere giden yolları bulmak için hem kişisel hem de dış kaynakların seferber edilmesiyle görülebilir. Hedefi elde etmeyi istemek; içsel güçler üzerine inşa etmeyi içerirken, hedefi elde etmek için yollar bulmak; bilgi toplamak, rehabilitasyon hizmetleri gibi kaynakları kullanmak ve/veya akran desteği aramak şeklinde olabilir (Andresan ve ark., 2011).

Hazırlık Aşamasında Sorumluluk

Farkındalık aşamasından hazırlık aşamasına geçiş, iyileşme hedefini gerçekleştirmek için kararlılık gerektirir. ‘Bu benim başıma neden geldi?’ sorusundan ‘Buradan nasıl ilerleyeceğim?’ sorusuna geçiş süreci sorumlu hareket etmeyi gerektirir (Andresan ve ark., 2011). Hazırlık aşamasında sorumluluk almak, hastalığın etkilerini ve semptomların nasıl fark edildiğini, takip edildiğini ve yönetildiğini öğrenmeyi barındırır. Bireyin hayatının sorumluluğunu üstlenmesi aynı zamanda bağımsız olma ve temel gereksinimlerini karşılayabilme yeteneğini barındırır (Townsend, 2016). Bireyin iyileşme adımları atabilmesi için bilinçli kararlar alabilmesi, bunun için de hastalığı ve hastalığının yönetimi konusunda bilgi sahibi olması önemlidir. Bu durum sorumluluk almak için de bir adımdır. Hastalıkla ilgili bunlara ilave olarak iyileşmenin doğası hayatın

sorumluluğunu üstlenmeyi de içerir. Bu noktada bireylerin sağlık çalışanları tarafından desteklenmesi iyileşme yolculuğunda bireyleri güçlendirecektir (Andresan ve ark., 2011).

Hazırlık Aşamasında Kimlik

İyileşmeye hazırlık sırasında benliğin değerlendirilmesi araştırmacılar tarafından sıklıkla dile getirilmektedir. Farkındalık aşamasında birey, hastalıktan etkilenmeyen bir parçasının var olduğunu kabul eder. Hazırlık aşamasında ise olumlu bir kimlik duygusunu yeniden keşfetmek, bunları geliştirmek için becerilerini ve güçlü yanlarını değerlendirir. Bu şekilde birey yeni yönlerini keşfedebilir (Andresan ve ark., 2011).

Hazırlık Aşamasında Anlam

Bireylerin hayata dair geliştirdikleri değerlere uygun yaşaması anlamlı bir yaşam sürmesinin temelini oluşturur (Andresan ve ark., 2011). Anlamlı bir hayatın temelleri sağlam öz değerlerde saklıdır. Bireyin değer verdiği yönlere göre yaşaması iyileşme işine bir anlam yükler ve bu nedenle bireyler azimle hedeflerine koşarlar. Her birey hayatı kişisel olarak değerli ve zengin yapan ilkelere göre yaşar. Ciddi psikiyatrik hastalıklara sahip bireyler, önceliklerinin yeniden düzenlenmesine ve iyileşmelerinin birer parçası olarak yeni hedefler koymaya ihtiyaç duyabilirler (Townsend, 2016). Ayrıca hastalıklarına yükledikleri anlam, tutumlarını da etkilemektedir. Hastalığını kabul eden ve olumlu anlamlar yükleyenlerin hastalık uyumları daha iyi olabilirken; hastalığına olumsuz anlamlar yükleyenler hayata yön verme ve hayattan anlam bulma konusunda zorluk yaşayabilirler (Andresan ve ark., 2011).

2.8.4. Yeniden Yapılanma

Yeniden yapılanma aşaması, iyileşmenin eylem aşaması olarak düşünülebilir. Birey, anlamlı bir hayat sürdürme hedefine ulaşmak için gerekli adımları atar. Bu adımlar mesleki veya eğitimsel uğraşlar, hastalık yönetimi uygulamaları ve refah gibi şeyleri içerebilir. Birey, hayatını yeniden keşfettiği güçler ve değerler üzerine inşa eder ve olumlu bir kimlik geliştirir. Bu aşama sorumluluk almak, küçük adımlar atmak, deneme yanılma, azim ve sıkı çalışma ile bütündür. Birey küçük zaferler elde edebilir veya gerilemeler de yaşayabilir, aksiliklere karşı ise dayanıklılık kazanır (Andresan ve ark., 2011).

Yeniden Yapılanma Aşamasında Umut

Hazırlık aşamasında temel oluşturan birey yeniden yapılanma aşamasında hedeflerine doğru somut adımlar atmaya başlar. Bu adımlar, somut üst düzey adımlar

veya uzak hedeflerin peşindeki görevleri içerebilir. Birey kendini hazır hissettiğinde iyileşme hedeflerini sürdürmeye yönelik her seferinde bir adım atar, bu adımlar umudunu artırır. Ancak bu durum umudu artırmak için bireyin düşük seviyeli hedefler koyması gerektiği şeklinde algılanmamalıdır (Andresan ve ark., 2011).

Yeniden Yapılanma Aşamasında Sorumluluk

Bu aşamada birey seçim yapmaya, hayatı ve hastalık yönetimi üzerinde kontrol sağlamaya başlar, bunun için sorumluluk alması önemlidir. Bu doğrultuda birey yardım ve tavsiyelere açık olmalıdır. Yardım ve tavsiyeler sorumluluk almasını engellemez aksine gerektiğinde yardım almak için başkalarını dahil etmek başlı başına sorumluluktur (Andresan ve ark., 2011).

Yeniden Yapılanma Aşamasında Kimlik

Bu aşamada bireyin yeni ve pozitif bir kimlik duygusu inşa etmesi gereklidir. Bu aşamada kurmuş olduğu yeni kimliğini bazı görevler üzerinde sınar ve daha önemli hedeflere ulaşmak için kendine güven hissi artar. Olumlu ve pozitif bir kimlik geliştirmesi için kabul edilebilir bir hastalık açıklaması oluşturması önemli bir adımdır. Çünkü bu açıklamayı oluşturduktan sonra birey yeni kimlik oluşturma aşamasında ilerler. Yeni bir kimlik oluşturmak ise eski “hastalık kimliğini” bırakmayı içerir (Andresan ve ark., 2011).

Yeniden Yapılanma Aşamasında Anlam

Bireyin gerçekçi hedeflere ve pozitif bir kimlik hissine sahip olması hayatta bir amaç hissi uyandırır. Bu sayede her yeni güne başlamak için bir nedene sahip olurlar. Bu neden bireylerin meslekleri olabilir ve bu sadece güne başlaması için bir neden değil hayata bağlanmasını sağlayan bir unsurdur. Yaşamında anlam bulması önemli bir iş bulmasından daha fazlasıdır, bu yaşamak için yeni yol bulmaya benzer (Andresan ve ark., 2011).

2.8.5. Gelişim

İyileşme sürecinin tamamı açıkça bir büyüme süreci olmasına rağmen, bu son aşamada olan bireyler kendilerinden emin hissederler ve olumlu bir benlik duygusuna sahiptirler. Bu aşama, esneklik, bilgelik ve gelişme ile karakterizedir. Gelişim aşaması iyileşmede son aşama olarak adlandırılrsa da bireyin kişisel gelişim ve kendini gerçekleştirme arayışına devam ettiği dinamik bir süreçtir. Psikolojik iyileşme modelinin detaylandırılması boyunca umut, sorumluluk, pozitif kimlik ve yaşamdaki anlam

unsurlarının birbirlerinden ayrılmaz bir biçimde iç içe olduğu açıkça görülmektedir (Andresan ve ark., 2011).

Gelişim Aşamasında Umut

İyileşmenin son aşaması olan gelişim aşamasında bir iyimserlik duygusu ve ödüllendirici bir gelecek vaadi vardır. Yeniden yapılanma aşaması, hayatı "tekrar rayına oturtmayı" temsil ederken, gelişim aşaması, bu platformdan geleceğe doğru bakmakla karakterize edilir. Yeniden yapılanma aşamasında geliştirilen beceriler artık güvenle uygulanabilir (Andresan ve ark., 2011).

Gelişim Aşamasında Sorumluluk

Kontrol sahibi olmak için gerilemelerin karşısında sürekli dik durmak gerekir. Gelişim aşamasında bireyler, hastalıklarını yönetmede güven sergilerler ve gerileme görüldüğünde direnç gösterirler. Tedavilerine bireysel girdi sağladıkça ve kendileri ile ilgili kararlar aldıkça güçlenirler (Townsend, 2016). Kendilerini iyileşmiş olarak gören bireyler, hastalığın ve genel olarak hayatlarının kontrolünün ellerinde olduğunu ifade ederler. Bu kontrol, hastalığı anlamak, onunla baş etmek ve kişisel kaynakları geliştirmek için verilen uzun bir mücadelenin sonucudur. Hayatın sorumluluğunu almak ve baş etme mekanizmalarını geliştirmek iyileşme için çok önemlidir (Andresan ve ark., 2011).

Gelişim Aşamasında Kimlik

Gelişim aşamasında; birey güçlü, olumlu bir benlik ve kimlik duygusuna sahiptir. Hazırlık aşamasında birey bir içe bakış gerçekleştirirken yeniden yapılanma aşamasında ise değerlerini pratiğe geçirir ve sağlam bir öz değer duygusuna sahip olur. Birçok birey hastalık mücadeleleri sonucunda daha iyi bir insan olduklarını ve dayanıklılık, cesaret, öz güven, sorumluluk gibi bireysel niteliklerinin daha fazla geliştiğini ifade etmişlerdir (Andresan ve ark., 2011).

Gelişim Aşamasında Anlam

Yaşamda bir amaç bulmak iyileşmenin önemli bir yönü iken, gelişim aşaması daha derin bir anlam duygusunu ifade eder. Bazı bireyler hastalık deneyiminin kendisinde anlam bulur, huzur ve dinginliğe ulaşır, bazıları ise bir ruhsal uyanış yaşar. Ciddi psikiyatrik hastalıklardan iyileşme, sadece hastalıkla başa çıkmaktan çok daha fazlasını içermektedir. Sağlıklı bir birey olmak hastalısız olma anlamını işaret etse de iyi olmak tatmin edici hayatın daha bütüncül psikolojik bir tecrübesine karşılık gelir. Tüm bireylerden kendini gerçekleştirmenin en üst seviyesine ulaşması beklenemez ancak

gelecek umudu ile dolu anlamlı bir hayat yaşamasını ve pozitif bir benlik ve kimlik hissi geliştirme fırsatına sahip olması bu aşamada beklenmektedir (Andresan ve ark., 2011; Townsend, 2016).

2.9. İyileşme ve Psikiyatri Hemşireliği

Psikiyatri hemşireleri günümüzde ruh sağlığı ve psikiyatri alanında hizmet veren en önemli çalışanlardandır. Hastane, aile, toplum, çeşitli kuruluşlar da dahil olmak üzere birçok alanda kapsamlı bakım sağlayan ve hizmet veren temel ruh sağlığı uzmanlarıdır (Cusack, 2016).

Liberman (2011), psikiyatrik hastalıklarda iyileşme sürecini, bireylerin öğrenmesi, çalışması, toplum içinde mümkün olduğunca bağımsız bir şekilde yaşamını devam ettirmesi ve işlevsellik göstermesi için gerekli bilişsel, duygusal, toplumsal, zihinsel ve fiziksel becerileri gerçekleştirilmesi amacıyla hastalara olanak sağlayan hizmetleri de kapsadığını belirtmektedir (Çam ve Yalçiner 2018). Bu iyileşme sürecinde hemşireler psikiyatrik hastalığı olan bireylerin mümkün oldukça bağımsız olmalarına, hastalıklarını idare edebilmelerine ve hastane yatış sayılarının azaltılmaya çalışılmasında oldukça önemli pozisyonundadır (Townsend, 2016).

Psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin iyileşme süreçlerindeki birçok faaliyet psikiyatri hemşirelerinin alanı içine girmektedir. Caldwell ve ark., (2010) bu durumu şu şekilde ifade etmişlerdir: Hemşireler hizmet sunum sisteminin bütün alanlarında görevlendirilmişlerdir, bakımın sağlanması ve koordinasyonundan sorumlulardır. Bundan dolayı iyileşmede aktif rol oynamaktadırlar. Hemşireler bireyin iyileşmesindeki tüm eylem planlarında merkezde bulunmalıdır (Caldwell ve ark., 2010).

Cowman ve ark., (2001)'nin İrlanda ve Birleşik Krallık'taki psikiyatri hemşirelerinin rollerini ve işlevlerini araştırmak üzere yaptıkları çalışma sonucunda psikiyatri hemşirelerinin yenilikçi oldukları ve ortaya çıkan ihtiyaçlara cevap olarak birçok yeni hizmet başlattıkları sonucuna varmışlardır. Ayrıca psikiyatri hemşireliği anlayışı değişen ruh sağlığı bakımı ihtiyaçlarına yanıt olarak bağımsız terapötik roller için gerekli bilgi ve beceri tabanını belirlediğini ifade etmişlerdir.

Hemşireler, sağlığın yükseltilmesini ve geliştirilmesini iş birliğine dayalı bir hasta-hemşire ilişkisi ile birincil görev olarak benimsemişlerdir. Peplau (1991) hemşireliği, "Hasta ya da sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bir birey ile yardım ihtiyacını teşhis etmek ve karşılamak için özel olarak eğitilmiş hemşire arasındaki insan ilişkisi"

olarak tanımlamıştır (Townsend, 2016). Goulter ve ark., (2015) çalışmalarında psikiyatri hemşireliğinin temelini kişilerarası ve kişi merkezli bir sağlık bakımı sürecine dayandığını ifade etmektedir. Bu çalışmada psikiyatri ortamındaki hemşirelerin doğrudan bakım, dolaylı bakım ve hizmetle ilgili faaliyetlerde harcadıkları zamanın oranını gözlemlemiştir. Hemşirelerin zamanlarının %32'sini doğrudan bakımda, %52'sini dolaylı bakımda ve %17'sini hizmetle ilgili faaliyetlerde geçirdiğini saptamışlardır. Ayrıca psikiyatri hemşirelerinin hasta deneyim ve sonuçlarının üst düzeye çıkarılması için terapötik etkileşimlerinin artırılması gerektiği tavsiyesinde bulunmuşlardır.

Psikiyatri hemşirelerinin iyileşme üzerindeki rolü bireyleri dinleyip anlamakla başlar. Psikiyatrik hastalığa sahip birçok birey deneyimlerini yeteri kadar aktaramamaktan, kendilerini yeteri kadar ifade edememekten yakınmaktadır. Bu nedenle psikiyatri hemşireleri bireyleri etkin bir şekilde dinleyerek, yaşam sorunları ile nasıl baş ettiklerini öğrenmelidir. Bu yolla bireylerin güçlü ve zayıf yönlerini bulup, ortaya çıkararak farkındalık geliştirmelerini sağlamalıdır. Kidd ve ark., (2014)'nın yaptığı çalışmada bireyler yaşadıkları deneyimlerini, bilgilerini paylaşmadıklarını ve klinisyenler ile bilgi alışverişlerinin eksik olduğunu ifade etmişlerdir. Psikiyatrik hastalığa sahip bireyler anlaşıldıklarını hissettiklerinde iletişime geçmekte ve terapötik bir iletişim kurmaktadır. Terapötik yaklaşımın bir parçası olan işbirliği içinde hizmet sunma iyileşmenin önemli bir boyutu olduğu belirtilmiştir (Shanley & Jubb-Shanley, 2007).

Chiba ve ark., (2014) göre psikiyatrik hastalığı olan bireylerde iyileşmeyi kolaylaştırmada pozitif bakış açısını güçlendirmek önemlidir. Bu pozitif bakış açısı, kendi yeteneklerinin ve olumlu değerlerinin farkında olmayı içermelidir. Psikiyatri hemşireleri bu nedenle bireyleri, etkin bir şekilde dinleyerek, yaşam sorunları ile nasıl baş ettiklerini öğrenmelidir. Bu yolla bireylerin güçlü yönlerini bulup, ortaya çıkararak farkındalık geliştirmelerini sağlayabilirler.

3.YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel özelliktedir. Bu çalışma, Orta Karadeniz Bölgesinde bulunan bir ildeki psikiyatri hastanesi, toplum ruh sağlığı merkezi ve üniversite hastanesi psikiyatri kliniklerinde yatan veya ayaktan takip edilen bireylerde, algılanan sosyal destek düzeyini ve iyileşme aşamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda çalışmaya katılan bireylerin sosyal destek durumları ve iyileşme aşamaları belirlenmiş, sosyal destek ve iyileşme aşamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Genel tarama modeli yaklaşımı kullanılmıştır. Bu yaklaşımda var olan bir durum olduğu şekliyle betimlenmekte ve herhangi bir değişikliğe uğramadan ortaya konmaktadır. Genel tarama modeli, çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak için evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup örnek ya da örneklem üzerinde tarama yapılmasıdır. Kesit alma yaklaşımında çeşitli gelişmişlik evrelerini temsil ettiği kabul edilen birbirinden ayrı gruplar üzerinde ve bir anda yapılır (Karasar, 2016).

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 11/10/2021-11/04/2022 tarihleri arasında Orta Karadeniz Bölgesinde bulunan bir ilin psikiyatri hastanesi, toplum ruh sağlığı merkezi ve üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan veya ayaktan takip edilen bireyler oluşturmuştur. G*Power 3.1.9.4 programı yardımıyla, tek örneklem düzeninde t test ailesi kullanılarak, %80 güç, %5 yanılma payı ve 0,20'lik etki büyüklüğü ile örneklem hacmi için en az 156 örnek hesaplanmıştır. Kesitsel olarak planlanan bu çalışmada, çalışmanın gücünü arttırmak amacıyla 6 aylık veri toplama sürecinde örnekleme dâhil edilen tüm hastalar çalışmaya alınmıştır. Bu nedenle çalışma 230 örneklemele tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

3.3.1. Bağımlı Değişkenler

Bağımlı değişkenler; bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve iyileşme aşamaları ölçeklerinden aldıkları puanlardır.

3.3.2. Bağımsız Değişkenler

Psikiyatrik hastalığı olan ve araştırmaya katılan bireylerin hastalık tanısı, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışama durumu, sosyal güvence

durumu, kiminle yaşadığı, yaşanılan yer, eşin çalışma durumu, eşin eğitim durumu, gelir düzeyi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü durumu, psikiyatri kliniğine yatış sayısı, hastalık teşhis zamanı, tedavi görme süresi ve yatan hastalar için yatış gün sayısı araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.4 Araştırma Soruları

1. Psikiyatrik tanı almış bireylerin sosyal desteği nasıldır?
2. Psikiyatrik tanı almış bireylerin iyileşme aşamaları nelerdir?
3. Psikiyatrik tanı almış bireylerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu vb. durumu ile hastaların sosyal destek ve iyileşme aşamaları arasında fark var mıdır?
4. Psikiyatrik tanı almış bireylerin sosyal destek alt boyutları ve toplam puanı ile iyileşme aşamaları alt boyutları arasında fark var mıdır?

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK 1)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulan araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, gelir durumu, kiminle yaşadığı, psikiyatrik teşhisi, hastalığın süresi vb) ve sosyal destek ile iyileşme aşamalarına ilişkin toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Soruların anlaşılabilirliği için örneklem dışı 10 hasta ile formun ön çalışması yapılmıştır.

3.5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK 2)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Zimet ve ark., (1988) tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ise ilk olarak Eker ve Arkar (1995) yapmışlardır. Eker, Arkar ve Yıldız tarafından 2001'de tekrar gözden geçirilmiştir. Ölçek 12 maddeden oluşmakta olup sosyal destek yönünden aile (3, 4, 8, 11. sorular), arkadaşlar (6, 7, 9, 12. sorular) ve özel bir insan (1, 2, 5,10. sorular) olmak üzere üç alt boyutu vardır. Yedili likert tipinde olan bu ölçek, 'Tamamen katılıyorum' (7 puan), 'çoğunlukla katılıyorum' (6 puan), 'katılıyorum' (5 puan), 'kararsızım' (4 puan), 'katılmıyorum' (3 puan), 'çoğunlukla katılmıyorum' (2 puan) ve 'hiç katılmıyorum' (1 puan) seçeneklerinden oluşmaktadır.

Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanları, bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt

ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tur. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,80 ile 0,95 arasında bulunmuştur (Eker, Arkar ve Yıldız, 2001). Bizim çalışmamızda ölçeğin toplamı için Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,91'dir. Ölçek alt boyutların Cronbach Alfa katsayıları aile alt boyutu için 0,93; arkadaş alt boyutu için 0,94 ve özel insan alt boyutu için 0,95 olarak saptanmıştır.

3.5.3. İyileşme Aşamaları Ölçeği (İAÖ) (EK 3)

Ölçek ilk olarak 50 madde şeklinde Andresen, Caputi ve Oades (2013) tarafından iyileşme aşamalarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 2013 yılında aynı araştırmacılar tarafından revize edilmiş ve 30 maddelik son hali verilmiştir (Andresen, Caputi ve Oades, 2013). İyileşme Aşamaları Ölçeği (İAÖ) 6 bölüm ve her bölümde 5 soru bulunan altılı likert tipte bir ölçektir. Ölçek soruları 0 ile 5 arasında puanlandırılmıştır. "0= Şimdi hiç doğru değil"i ifade ederken "5=Şimdi tamamen doğru"yu ifade etmektedir. 1. Aşama alt boyutu = Durağanlık", "2. Aşama alt boyutu = Farkındalık", "3. Aşama alt boyutu = Hazırlık", "4. Aşama alt boyutu =Yeniden yapılanma" ve "5. Aşama alt boyutu =Gelişim" şeklindedir.

Ölçekte toplam puan hesaplanmaz. Ölçekte alt boyutlardan alınan puanların yüksekliği bireylerin iyileşmede hangi aşamada olduğunu gösterir. Örneğin üçüncü aşama alt boyutu puanı yüksekse bireyin hazırlık aşamasında olduğu şeklinde yorumlanır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri 0,77-0,92 arasında olduğu saptanmıştır (Karakas & Gürhan, 2022). Bizim çalışmamızda ise alt boyutların Cronbach Alfa katsayıları durağanlık alt boyutu için 0,94; farkındalık alt boyutu için 0,90; hazırlık alt boyutu için 0,92; yeniden yapılanma alt boyutu için 0,95 ve gelişim alt boyutu için 0,95 olarak bulunmuştur.

3.6. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

18 yaşından büyük kesinleşmiş herhangi bir psikiyatrik tanısı olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler araştırmaya dâhil edilirken; konuşma, dinleme, iletişime geçme, anlama sorunu olan ve sözel iletişim kuramayan bireyler araştırmadan dışlanmıştır.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Çalışma verilerini toplamak için Kişisel Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteği Ölçeği ve İyileşme Aşamaları Ölçekleri kullanılmıştır. Çalışmaya katılacak tüm hastalara sözlü bilgi verilmiş ve sözlü onam alınmıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından yüz yüze doldurulmuştur. Veri formunda yer alan hastalık tanısı kısmı araştırmacı tarafından kesinleşmiş tanı şeklinde doldurulmuştur. Formların uygulama süresi yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirmesi

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı, yüzde, minimum, maksimum, medyan, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılımını belirlemek amacıyla basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılmıştır. Normal dağılım gösteren veriler için ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Normal dağılım gösteren verilerin değerlendirilmesinde parametrik testlerden bağımsız gruplarda t testi ve Tek Yönlü (One Way) Anova Analizi ve Post-Hoc testlerinden (Tukey HSD) ve Tamhane's analizlerinden yararlanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan istatistiksel testlerde %95 güven aralığı ve $p < 0,05$ anlamlılık seviyesi olarak alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için; Orta Karadeniz bölgesinde bir ilin üniversitesinden Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Karar tarihi: 02.09.2021, Karar no: 21-KAEK-191) (EK 6)'ndan izin alınmıştır. Kurum izinleri (Karar tarihi: 10.09.2021, Sayı: E-21979232-020-717-85) (EK 7) ve (Karar tarihi: 02.09.2021, Sayı: E-87064461-044) (EK 8) alınmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi amacıyla ölçeklerin yazarlarından e-posta yolu ile uygulama için izin alınmıştır (EK4 / EK5).








3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma sadece bir ilin psikiyatri hastanesi, toplum ruh sağlığı merkezi ve üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan veya ayaktan takip edilen bireyler ile yapılmıştır. Elde edilen veriler tüm psikiyatrik hastalığı olan bireylere ve evrene genellenemez.

2. Araştırma sonuçları, kullanılan ölçüm araçlarının güvenilirlik ve geçerlilik boyutları ile sınırlıdır.

3. Araştırmada kullanılan ölçekler öz bildirim ölçekleri olduklarından hastalar kendi durumlarını farklı algılayıp yorumlamış olabilirler.

3.11. Araştırma Zaman Çizelgesi

TARİH \ SÜREÇ	Haziran 2021	Temmuz 2021	Ağustos 2021	Eylül 2021- Mart 2022	Mart 2022	Nisan 2022- Eylül 2022	Kasım 2022
Literatür tarama							
Araştırma planının oluşturulması							
Tez önerisi							
Veri toplama aşaması							
Verilerin analizi-değerlendirilmesi							
Tez yazımı							
Tez savunma							

Şekil 1. Araştırma Zaman Çizelgesi

4. BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (n=230)

		Ort±SS	
Yaş		36,84±10,15	
Çocuk Sayısı		1,06±1,19	
		n	%
Yaş	18-25	32	13,9
	26-33	61	26,5
	34-41	63	27,4
	42 ve üzeri	74	32,2
Cinsiyet	Kadın	128	55,7
	Erkek	102	44,3
Medeni Durum	Evli	93	40,4
	Bekâr	92	40,0
	Boşanmış/Eşi vefat etmiş	45	19,6
Eğitim Durumu	Okur-Yazar değil	12	5,2
	İlköğretim	109	47,4
	Lise	79	34,4
	Üniversite ve üstü	30	13,0
Çocuk Sahibi Olma Durumu*	Evet	126	91,3
	Hayır	12	8,7
Çalışma Durumu	Çalışıyor	72	31,3
	Çalışmıyor	158	68,7
Sosyal Güvence	Var	203	88,3
	Yok	27	11,7
Kiminle Yaşadığı	Yalnız	20	8,7
	Aile	203	88,3
	Diğer	7	3,0
Yaşadığı Yer	İl	106	46,1
	İlçe	88	38,2
	Köy	36	15,7
Eşin Çalışma Durumu**	Çalışıyor	59	63,4
	Çalışmıyor	34	36,6
Eşin Eğitimi*	Okur-Yazar	2	2,2
	İlköğretim	44	47,4
	Lise	34	36,6
	Üniversite ve üstü	13	13,8
Gelir Düzeyi	Düşük	94	40,9
	Orta	128	55,6
	Yüksek	8	3,5

*: n=138 üzerinden değerlendirilmiştir. **: n=93 üzerinden değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının $36,84 \pm 10,15$ ve çocuk sayısı ortalamasının $1,06 \pm 1,19$ olduğu belirlenmiştir. Evli ve boşanmış/eşi vefat etmiş 138 katılımcının %91,3’ünün çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %32,2’sinin 42 yaş ve üzeri, %55,7’sinin kadın, %40’inin bekâr, %47,4’ünün ilköğretim mezunu, %68,7’sinin çalışmadığı, %88,3’ünün sosyal güvencesinin olduğu ve ailesiyle yaşadığı, %46,1’inin il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir. Evli olan 93 katılımcının %63,4’ünün eşinin çalıştığı ve %47,3’ünün ise eşinin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Katılımcılardan %40,9’u gelirinin düşük düzeyde olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Hastalık Özellikleri (n=230)

Hastalık Tanı		n	%
Hastalık Tanı	Psikotik Bozukluk	77	33,5
	Duygu Durum Bozukluğu	87	37,8
	Anksiyete Bozukluğu	39	17,0
	Madde Kullanım Bozukluğu	27	11,7
Hastane yatış sayısı	1-5 kez	162	70,4
	6-10 kez	33	14,3
	11 kez ve üzeri	3	1,3
Hastalık teşhis zamanı (yıl)	5 yıl ve altı	105	45,7
	6-10 yıl	86	37,4
	11 yıl ve üzeri	39	17,0
Tedavi süresi (yıl)	5 yıl ve altı	155	67,4
	6-10 yıl	57	24,8
	11 yıl ve üzeri	18	7,8
Aile Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Evet	97	42,2
	Hayır	133	57,8

Araştırmaya katılan bireylerin hastalık özellikleri Tablo 2’de gösterilmiştir. Katılımcıların %37,8’inin duyu durum bozukluğu tanısına sahip, %70,4’ünün hastaneye yatış sayısının 1-5 kez arasında, %45,7’sinin teşhis zamanının ve %67,4’ünün tedavi süresinin 5 yıl ve altında olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %57,8’inin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü mevcut değildir.

Tablo 3. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve İyileşme Aşamaları Ölçeği Puan Ortalamaları

Maddeler		Ort±SS	Medyan	Minimum	Maksimum
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile	19,57±6,35	20	4	28
	Arkadaş	13,59±7,09	12	4	28
	Özel bir insan	11,58±7,12	9,5	4	28
	Toplam	44,75±16,02	43	15	84
İyileşme Aşamaları Ölçeği	Durağanlık	12,68±8,40	12	0	29
	Farkındalık	15,28±7,92	16	0	29
	Hazırlık	15,96±7,54	15	1	30
	Yeniden yapılanma	14,72±8,85	14	1	30
	Gelişim	12,07±8,70	10	0	30

Katılımcıların ÇBASDÖ ve İAÖ puan ortalamaları, medyan ve minimum-maksimum değerleri Tablo 3'te gösterilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin ÇBASDÖ puan ortalamalarının 44,75±16,02, aile alt boyut puan ortalamasının 19,57±6,35, arkadaş alt boyut puan ortalamasının 13,59±7,09, özel bir insan alt boyut puan ortalamasının 11,58±7,12 olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların İAÖ durağanlık boyutundan aldıkları puan ortalaması 12,68±8,40, farkındalık boyutundan aldıkları puan ortalaması 15,28±7,92, hazırlık boyutundan aldıkları puan ortalaması 15,96±7,54, yeniden yapılanma boyutundan aldıkları puan ortalaması 14,72±8,85 ve gelişim boyutundan aldıkları puan ortalaması 12,07±8,70 olarak saptanmıştır.

Tablo 4. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=230)

Değişkenler	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği			
	Aile	Arkadaş	Özel bir insan	Toplam Puan
Yaş				
18-25 yaş	20,37±6,39	13,93±7,67	12,84±7,99	47,15±16,51
26-33 yaş	19,59±6,20	13,42±7,08	12,04±7,16	45,06±15,48
34-41 yaş	17,88±6,70	13,63±7,13	9,76±6,21	41,28±15,40
42 yaş ve üzeri	20,64±5,97	13,55±6,96	12,20±7,26	46,40±16,59
F=	2,392	0,037	2,007	1,503
p=	0,069	0,990	0,114	0,215
Cinsiyet				
Kadın	19,63±6,39	14,56±7,03	12,46±7,35	46,65±17,00
Erkek	19,50±6,34	12,38±7,02	10,48±6,69	42,36±14,43
t=	0,157	2,337	2,111	2,070
p=	0,875	0,020	0,036	0,040
Eğitim Durumu				

Tablo 4. (Devamı)

Okur-Yazar değil	14,91±3,54 ^a	9,50±6,50 ^a	8,75±6,73 ^a	33,16±16,08 ^a
İlköğretim	18,59±6,69 ^a	11,93±6,63 ^a	10,42±7,01 ^a	40,95±15,95 ^a
Lise	18,08±5,82 ^b	14,34±7,02 ^a	11,00±6,69 ^a	43,43±14,77 ^a
Üniversite ve üstü	22,43±5,05 ^b	19,30±5,66 ^b	15,83±7,23 ^b	57,56±11,51 ^b
F=	3,431	11,453	5,563	11,118
p=	0,018	0,000	0,001	0,000
Medeni Durum				
Evli	21,05±5,77 ^a	14,49±6,86	12,69±6,99	48,24±15,15 ^a
Bekar	18,67±6,37 ^b	13,63±7,40	10,87±6,99	43,18±16,08 ^{ab}
Boşanmış-çesi ölmüş	18,46±6,99 ^{ab}	11,68±6,66	10,82±7,49	40,97±16,58 ^b
t=	4,215	2,385	1,842	3,957
p=	0,016	0,094	0,161	0,020
Çocuk Sahibi Olma Durumu				
Evet	20,97±5,67	14,22±7,00	11,98±7,19	47,18±15,94
Hayır	18,84±6,58	13,26±7,14	11,37±7,10	43,47±15,97
t=	-2,443	-0,977	-0,622	-1,675
p=	0,015	0,330	0,534	0,095
Sosyal Güvence				
Var	19,84±6,17	14,03±7,12	11,83±7,22	45,70±16,11
Yok	17,55±7,44	10,29±6,01	9,70±6,13	37,55±13,53
t=	1,764	2,963	1,463	2,872
p=	0,079	0,005	0,145	0,007
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	22,15±5,45	16,25±6,99	14,18±7,19	52,59±13,69
Çalışmıyor	18,36±6,38	12,31±6,74	10,31±6,67	40,98±15,46
t=	4,344	4,046	3,965	5,439
p=	0,000	0,000	0,000	0,000
Yaşadığı yer				
İl	20,52±6,39	14,55±6,63	12,29±6,88	47,37±14,25 ^a
İlçe	19,19±6,19	13,17±7,58	11,46±7,17	43,82±16,99 ^{ab}
Köy	17,69±6,28	11,80±6,91	9,77±7,54	39,27±17,30 ^b
F=	2,975	2,301	1,704	3,757
p=	0,053	0,102	0,184	0,025
Gelir Durumu				
Düşük	17,13±6,39 ^a	11,02±6,51 ^a	9,10±6,12 ^a	37,26±14,22 ^a
Orta	21,03±5,84 ^b	15,25±6,97 ^b	13,19±7,24 ^b	49,49±15,08 ^b
Yüksek	24,75±3,05 ^b	17,25±6,86 ^b	14,87±8,18 ^b	56,87±15,93 ^b
F=	14,468	11,770	10,643	21,371
p=	0,000	0,000	0,000	0,000
Kimle yaşadığı				
Yalnız	17,75±9,00	13,70±6,77	10,65±6,42	42,10±14,67
Aile	19,86±5,93	13,62±7,09	11,57±7,06	45,05±15,89
Diğer	16,42±8,59	12,42±8,96	14,57±10,51	43,42±24,24
F=	1,903	0,098	0,786	0,333
p=	0,152	0,907	0,457	0,717
Eşin çalışma durumu				
Çalışıyor	21,49±5,76	15,28±6,82	13,11±7,09	49,89±15,51
Çalışmıyor	20,20±5,64	13,85±7,30	12,82±7,42	46,88±15,12
t=	1,044	0,952	0,190	0,911
p=	0,299	0,344	0,850	0,365
Eşin Eğitim Durumu				
İlköğretim	19,54±6,29 ^a	14,28±7,47	11,34±7,04 ^a	45,17±16,88 ^a
Lise	21,70±4,85 ^{ab}	14,08±6,10	13,47±6,78 ^{ab}	49,26±12,39 ^{ab}
Üniversite ve üstü	24,46±3,88 ^b	18,23±6,94	17,69±6,87 ^b	60,38±10,98 ^b
F=	4,432	1,899	4,366	5,484
p=	0,015	0,156	0,015	0,006

F: One-way ANOVA; t: Bağımsız gruplarda t testi; a-b: aynı harfe sahip değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; r: Pearson's korelasyon katsayısı

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ÇBASDÖ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4’te gösterilmiştir.

ÇBASDÖ puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından arkadaş ve özel bir insan puan ortalamalarının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

ÇBASDÖ puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testine göre üniversite ve üzeri mezunu olanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ile tüm alt boyut puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

ÇBASDÖ puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testine göre evli olanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından aile puan ortalamalarının bekar ve boşanmış-eşi ölmüş olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

ÇBASDÖ puan ortalamalarının çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Çocuk sahibi olanların ÇBASDÖ alt boyutlarından aile puan ortalamalarının çocuk sahibi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

ÇBASDÖ puan ortalamalarının sosyal güvence durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından arkadaş

puan ortalamalarının sosyal güvencesi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

ÇBASDÖ puan ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışıyor olanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ile tüm alt boyut puan ortalamalarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

ÇBASDÖ puan ortalamalarının yaşadığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testine göre il merkezinde yaşayanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarının köyde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

ÇBASDÖ puan ortalamalarının gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testine göre gelir durumu düşük olanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ile tüm alt boyut puan ortalamalarının diğerlerine göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

ÇBASDÖ puan ortalamalarının eşin eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testine göre üniversite ve üzeri mezunu olanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından aile ve özel bir insan puan ortalamalarının ilköğretim mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

ÇBASDÖ puan ortalamalarının yaş, kiminle yaşadığı ve eşin çalışma durumu değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediklerini belirlemek amacıyla yapılan testler sonucunda anlamlı bir sonuç bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=230)

Değişkenler	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği			
	Aile	Arkadaş	Özel bir insan	Toplam Puan
Hastalık Tanı				
Psikotik Bozukluk	18,25±6,17	10,70±5,80 ^a	9,37±6,14 ^a	38,33±14,05 ^a
Duygu Durum Bozukluğu	20,04±6,27	17,21±6,92 ^b	13,94±8,11 ^b	51,20±16,85 ^b
Anksiyete Bozukluğu	19,66±6,63	13,53±7,10 ^a	11,10±5,77 ^{ab}	44,30±14,73 ^{ab}
Madde Bozukluğu	21,66±6,30	10,25±5,68 ^a	10,96±6,01 ^{ab}	42,88±12,77 ^{ab}
F=	2,271	16,652	6,163	10,003
p=	0,081	0,000	0,000	0,000
Hastane yatış sayısı				
1-5 kez	19,73±6,19	13,18±7,07	11,50±7,23	44,41±15,95
6-10 kez	18,00±6,86	12,93±7,22	10,60±7,17	41,54±16,20
11 kez ve üzeri	15,33±9,86	10,66±6,11	14,66±2,30	40,66±14,74
F=	1,637	0,197	0,527	0,505
p=	0,197	0,822	0,591	0,604
Hastalık teşhis zamanı (yıl)				
5 yıl ve altı	19,72±6,12	14,18±7,04	11,98±7,46 ^{ab}	45,88±15,88 ^{ab}
6-10 yıl	18,81±6,51	12,37±6,96	10,22±6,30 ^a	41,40±15,46 ^a
11 yıl ve üzeri	20,84±6,55	14,71±7,30	13,51±7,47 ^b	49,07±16,55 ^b
F=	1,429	2,145	3,229	3,638
p=	0,242	0,119	0,041	0,028
Tedavi süresi (yıl)				
5 yıl ve altı	19,33±6,14	13,07±6,85	11,19±7,04	43,60±15,37 ^a
6-10 yıl	19,36±6,75	13,91±7,59	11,43±6,84	44,71±16,27 ^a
11 yıl ve üzeri	22,27±6,60	17,11±6,85	15,38±7,96	54,77±18,08 ^b
F=	1,778	2,730	2,859	4,026
p=	0,171	0,067	0,059	0,019
Aile hastalık öyküsü				
Evet	18,04±6,28	12,61±7,03	10,90±7,01	41,56±16,20
Hayır	20,69±6,19	14,30±7,07	12,07±7,18	47,07±15,54
t=	-3,184	-1,792	-1,229	-2,606
p=	0,002	0,074	0,220	0,010

F: One-way ANOVA; t: Bağımsız gruplarda t testi; r: Pearson's korelasyon katsayısı

Katılımcıların hastalık özelliklerine göre ÇBASDÖ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5'te gösterilmiştir.

ÇBASDÖ puan ortalamalarının hastalık tanısına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testine göre duygu durum bozukluğu tanısı olanların ÇBASDÖ alt boyutlarından arkadaş puan ortalamalarının diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda duygu durum bozukluğu tanısı olanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından özel bir insan puan ortalamalarının psikotik bozukluk tanısı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

ÇBASDÖ puan ortalamalarının hastalık teşhis zamanına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testine göre hastalık teşhis zamanı 11 yıl ve üzeri olanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından özel bir insan puan ortalamalarının 6-10 yıl olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastalık teşhis zamanı 5 yıl ve altı olanların diğer gruplarla arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

ÇBASDÖ puan ortalamalarının tedavi süresine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testine göre tedavi süresi 11 yıl ve üzeri olanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarının diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

ÇBASDÖ puan ortalamalarının ailesinde psikiyatrik hastalık tanısı olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ailesinde psikiyatrik hastalık tanısı olmayanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından aile puan ortalamalarının tanı olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

ÇBASDÖ puan ortalamalarının hastaneye yatış sayısına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. Katılımcıların İyileşme Aşamaları Sayı ve Yüzdeleri (n=230)

İyileşme Aşamaları	n	%
Durağanlık	50	21,7
Farkındalık	46	20
Hazırlık	59	25,7
Yeniden yapılanma	52	22,6
Gelişim	23	10

Katılımcıların hangi iyileşme aşamasında oldukları sayı ve yüzde olarak Tablo 6'da gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların %21,7'si durağanlık, %20'si farkındalık, %25,7'si hazırlık, %22,6'sı yeniden yapılanma ve %10'u gelişim aşamasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 7. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İyileşme Aşamaları Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=230)

Değişkenler	İyileşme Aşamaları Ölçeği				
	Durağanlık	Farkındalık	Hazırlık	Yeniden Yapılanma	Gelişim
Yaş					
18-25 yaş	12,68±8,47	17,78±8,72	18,21±7,51	18,28±8,93	15,03±9,43
26-33 yaş	12,75±8,25	15,21±7,29	16,70±7,14	14,29±8,20	11,75±8,17
34-41 yaş	14,23±8,42	15,09±7,83	14,57±7,77	13,55±9,26	10,79±8,22
42 yaş ve üzeri	11,31±8,42	14,41±8,08	15,56±7,53	14,54±8,79	12,14±9,07
F=	1,384	1,374	1,956	2,176	1,730
p=	0,248	0,252	0,121	0,092	0,162
Cinsiyet					
Kadın	11,95±8,74	14,60±7,77	15,13±7,77	15,90±9,35	13,34±9,28
Erkek	13,60±7,90	16,13±8,08	17,00±7,14	13,24±8,00	10,48±7,66
t=	-1,487	-1,453	-1,885	2,324	2,560
p=	0,138	0,148	0,061	0,021	0,011
Eğitim Durumu					
Okur-Yazar değil	19,00±7,09 ^a	17,16±6,49	13,25±8,15	10,16±8,45 ^a	7,41±4,58 ^a
İlköğretim	14,53±8,33 ^a	16,47±7,76	14,83±7,12	12,68±8,59 ^a	10,22±6,19 ^a
Lise	10,88±8,07 ^b	13,98±8,47	17,56±7,79	16,65±8,78 ^b	13,06±8,49 ^b
Üniversite ve üstü	8,20±6,78 ^b	13,55±6,91	16,93±7,49	18,86±7,63 ^b	18,06±8,42 ^b
F=	8,895	2,251	2,751	6,916	8,656
p=	0,000	0,083	0,054	0,000	0,000
Medeni Durum					
Evli	11,36±7,79	14,81±7,84	16,69±7,25	15,82±8,14	13,12±8,51
Bekar	13,60±8,78	15,23±7,97	15,63±7,59	14,08±9,35	11,22±8,97
Boşanmış-dul	13,44±8,62	16,36±8,06	15,17±8,06	13,84±9,15	11,73±8,49
F=	1,888	0,568	0,754	1,169	1,142
p=	0,154	0,567	0,472	0,312	0,321
Çocuk Sahibi Olma Durumu					
Evet	12,00±7,78	15,64±7,68	16,68±7,66	15,25±8,54	11,76±8,93
Hayır	13,04±8,72	15,07±8,04	15,58±7,47	14,45±9,03	12,65±8,28
t=	0,896	-0,520	-1,045	-0,652	-0,735
p=	0,354	0,603	0,297	0,515	0,463

Tablo 7. (Devamı)

Sosyal Güvence					
Var	12,23±8,51	14,67±8,00	15,67±7,36	14,91±8,92	12,31±8,82
Yok	16,07±6,78	19,81±5,59	18,14±8,62	13,29±8,36	10,25±7,67
t=	-2,673	-4,226	-1,422	0,892	1,153
p=	0,011	0,000	0,165	0,373	0,250
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	9,15±5,13	13,95±7,83	17,84±6,41	18,38±7,61	16,01±8,27
Çalışmıyor	14,35±8,42	15,96±7,83	15,10±7,89	13,00±8,86	10,22±6,27
t=	-4,815	-1,779	2,781	4,687	4,898
p=	0,000	0,077	0,006	0,000	0,000
Yaşadığı yer					
İl	10,92±5,42 ^a	15,00±8,45	17,88±7,71 ^a	17,19±8,11 ^a	14,12±8,30 ^a
İlçe	12,17±8,75 ^b	14,80±7,62	14,28±6,71 ^b	13,59±8,23 ^b	10,80±4,71 ^b
Köy	16,69±8,71 ^b	17,27±6,60	14,41±7,82 ^b	10,22±4,83 ^b	9,13±4,64 ^b
F=	6,902	1,370	6,698	10,269	6,178
p=	0,001	0,256	0,001	0,000	0,002
Gelir Durumu					
Düşük	16,73±7,91 ^a	17,56±6,78 ^a	14,54±7,93 ^a	11,03±8,28 ^a	8,35±4,04 ^a
Orta	10,02±6,69 ^b	13,60±8,20 ^b	19,53±8,98 ^b	16,96±8,37 ^b	14,32±6,82 ^b
Yüksek	7,75±5,33 ^b	14,12±8,09 ^b	23,62±6,45 ^b	22,25±6,45 ^b	19,75±7,90 ^b
F=	22,145	7,092	6,447	17,316	18,421
p=	0,000	0,001	0,002	0,000	0,000
Kimle yaşadığı					
Yalnız	13,55±8,73	15,36±8,48	16,05±8,51	13,10±8,36	11,55±8,16
Aile	12,54±8,36	15,32±7,93	15,98±7,44	14,81±8,81	12,08±8,72
Diğer	14,28±9,77	14,00±7,30	15,14±8,70	16,85±8,88	13,28±10,81
F=	0,258	0,094	0,043	0,547	0,103
p=	0,772	0,910	0,958	0,580	0,902
Eşin çalışma durumu					
Çalışıyor	10,61±8,06	14,01±7,42	15,71±7,28	16,91±8,55	13,84±9,14
Çalışmıyor	12,61±7,17	16,50±8,34	18,47±6,85	14,73±7,63	12,76±7,80
t=	-1,202	-1,484	-1,797	1,230	0,579
p=	0,232	0,141	0,076	0,222	0,564
Eşin Eğitim Durumu					
İlköğretim	13,41±8,07 ^a	16,32±6,70	16,04±7,42	13,84±8,47 ^a	10,63±7,67 ^a
Lise	10,47±7,24 ^{ab}	13,73±9,51	17,76±7,34	16,97±7,80 ^{ab}	13,94±8,71 ^a
Üniversite ve üstü	6,30±5,29 ^b	13,07±6,04	16,38±6,27	21,92±5,18 ^b	22,15±5,55 ^b
F=	4,965	1,511	0,567	5,658	11,064
p=	0,009	0,226	0,569	0,005	0,000

F: One-way ANOVA; t: Bağımsız gruplarda t testi; a-b: aynı harfe sahip değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; r: Pearson's korelasyon katsayısı

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre İAÖ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 7'de gösterilmiştir.

İAÖ puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre kadınların İAÖ alt boyutlarından yeniden yapılanma ve gelişim puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

İAÖ puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-way ANOVA testi sonucunda

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testine göre üniversite ve üzeri ile lise mezunu olanların İAÖ alt boyutlarından yeniden yapılanma ve gelişim puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek, durağanlık puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır.

İAÖ puan ortalamalarının sosyal güvence durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olanların İAÖ alt boyutlarından durağanlık ve farkındalık puan ortalamalarının sosyal güvencesi olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

İAÖ puan ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışıyor olanların İAÖ alt boyutlarından durağanlık alt boyut puan ortalamalarının çalışmayanlara göre daha düşük; hazırlık, yeniden yapılanma ve gelişim puan ortalamalarının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır.

İAÖ puan ortalamalarının yaşadığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testine göre il merkezinde yaşayanların İAÖ alt boyutlarından durağanlık alt boyut puan ortalamalarının ilçe ve köyde yaşayanlara göre daha düşük; hazırlık, yeniden yapılanma ve gelişim puan ortalamalarının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır.

İAÖ puan ortalamalarının gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testine göre gelir durumu düşük olanların İAÖ alt boyutlarından durağanlık ve farkındalık alt boyut puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek; hazırlık, yeniden yapılanma ve gelişim puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır.

İAÖ puan ortalamalarının eşin eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testine göre üniversite ve üzeri mezunu olanların İAÖ alt boyutlarından durağanlık puan ortalamalarının ilköğretim mezunlarına göre daha düşük, yeniden yapılanma puan ortalamalarının ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek, gelişim puan ortalamalarının ise diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

İAÖ puan ortalamalarının yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kiminle yaşadığı ve eşin çalışma durumu değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan testler sonucu anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p<0,05$).

Tablo 8. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre İyileşme Aşamaları Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=230)

Değişkenler	İyileşme Aşamaları Ölçeği				
	Durağanlık	Farkındalık	Hazırlık	Yeniden Yapılanma	Gelişim
Hastalık Tanı					
Psikotik Bozukluk	15,98±8,08 ^a	15,67±7,46 ^{ab}	13,20±6,77 ^a	10,70±7,66 ^a	8,63±7,59 ^a
Duygu Durum Bozukluğu	10,22±8,53 ^b	13,87±8,35 ^a	17,27±7,68 ^b	16,98±9,14 ^b	14,31±9,52 ^b
Anksiyete Bozukluğu	11,71±8,02 ^b	15,15±7,55 ^{ab}	16,33±6,47 ^{ab}	15,43±8,79 ^b	12,89±8,47 ^{ab}
Madde Bozukluğu	12,59±6,48 ^{ab}	18,77±7,36 ^b	22,29±6,77 ^c	17,88±7,33 ^b	13,48±6,26 ^b
F=	7,136	2,806	11,155	9,338	6,735
p=	0,000	0,040	0,000	0,000	0,000
Hastane yatış sayısı					
1-5 kez	12,85±8,35	15,68±7,99	16,24±7,57	14,63±8,91	11,68±8,57
6-10 kez	14,57±8,72	14,45±7,62	14,81±7,75	11,54±7,98	8,75±7,63
11 kez ve üzeri	13,00±6,00	17,33±6,65	17,00±6,55	15,66±9,60	12,66±7,09
F=	0,574	0,412	0,506	1,745	1,707
p=	0,564	0,663	0,604	0,177	0,184
Hastalık teşhis zamanı (yıl)					
5 yıl ve altı	12,47±8,66	14,89±8,09	15,79±7,51	15,34±9,07	13,12±9,15
6-10 yıl	13,17±8,60	15,20±7,66	15,50±7,83	13,19±8,79	10,25±8,48
11 yıl ve üzeri	12,17±7,35	16,41±8,03	17,46±6,92	16,43±8,08	13,25±7,40
F=	0,247	0,523	0,958	2,286	2,551
p=	0,781	0,593	0,385	0,104	0,149
Tedavi süresi (yıl)					
5 yıl ve altı	13,07±8,43	15,50±7,84	16,14±7,72	14,45±8,92	12,00±8,69
6-10 yıl	12,52±8,53	14,92±7,68	15,38±7,25	14,56±8,80	11,78±8,95
11 yıl ve üzeri	9,88±7,67	14,33±9,44	16,22±7,17	17,55±8,38	13,55±8,36
F=	1,171	0,244	0,223	0,999	0,294
p=	0,312	0,783	0,801	0,370	0,746

Tablo 8. (Devamı)

Aile hastalık öyküsü					
Evet	13,75±8,93	15,92±7,50	14,47±7,28	12,13±8,72	9,90±8,59
Hayır	11,90±7,94	14,81±8,22	17,05±7,57	16,61±8,50	13,65±8,47
t=	1,618	1,069	-2,607	-3,905	-3,291
p=	0,107	0,286	0,010	0,000	0,001

F: One-way ANOVA; t: Bağımsız gruplarda t testi; r: Pearson's korelasyon katsayısı

Katılımcıların hastalık özelliklerine göre İAÖ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 8'de gösterilmiştir.

İAÖ puan ortalamalarının hastaneye yatış sayısı, hastalık teşhis zamanı ve tedavi süresine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

İAÖ puan ortalamalarının hastalık tanısına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testine göre psikotik bozukluk tanısı olanların İAÖ alt boyutlarından durağanlık puan ortalamalarının duygu durum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu tanısı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Madde bozukluğu tanısı olanların İAÖ alt boyutlarından farkındalık puan ortalamalarının duygu durum bozukluğu tanısı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Duygu durum bozukluğu tanısı olanların İAÖ alt boyutlarından hazırlık puan ortalamalarının psikotik bozukluk tanısı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Madde bozukluğu tanısı olanların ise İAÖ alt boyutlarından hazırlık puan ortalamalarının diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Psikotik bozukluk tanısı olanların İAÖ alt boyutlarından yeniden yapılanma puan ortalamalarının diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Psikotik bozukluk tanısı olanların İAÖ alt boyutlarından gelişim puan ortalamalarının duygu durum bozukluğu ve madde bozukluğu tanısı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır.

İAÖ puan ortalamalarının ailesinde psikiyatrik tanı olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ailesinde

psikiyatrik hastalık öyküsü olanların İAÖ alt boyutlarından hazırlık, yeniden yapılanma ve gelişim alt boyut puan ortalamaları olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 9. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile İyileşme Aşamaları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği		İyileşme Aşamaları Ölçeği				
		Durağanlık	Farkındalık	Hazırlık	Yeniden yapılanma	Gelişim
Aile	r	-,547**	-,179**	,263**	,497**	,502**
	p	0,000	0,007	0,000	0,000	0,000
Arkadaş	r	-,546**	-,298**	,207**	,564**	,539**
	p	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000
Özel insan	r	-,551**	-,314**	,152*	,570**	,662**
	p	0,000	0,000	0,021	0,000	0,000
Toplam	r	-,703**	-,342**	,263**	,700**	,732**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

r: Pearson's korelasyon katsayısı

ÇBASDÖ ile İAÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan Pearson's korelasyon analizi Tablo 9'da gösterilmiştir. ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile İAÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile İAÖ alt boyutlarından durağanlık puan ortalamaları arasında orta düzeyde negatif bir ilişki; ÇBASDÖ aile alt boyut puan ortalamaları ile İAÖ alt boyutlarından farkındalık puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde negatif bir ilişki; ÇBASDÖ toplam ve alt boyutlarından arkadaş ve özel insan puan ortalamaları ile İAÖ alt boyutlarından farkındalık puan ortalamaları arasında orta düzeyde negatif bir ilişki; ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile İAÖ alt boyutlarından hazırlık puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde pozitif bir ilişki; ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile İAÖ alt boyutlarından yeniden yapılanma puan ortalamaları arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki; ÇBASDÖ tüm alt boyut puan ortalamaları ile İAÖ alt boyutlarından gelişim puan ortalamaları arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki; ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ile İAÖ alt boyutlarından gelişim puan ortalamaları arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur. ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arttıkça İAÖ alt boyutlarından durağanlık ve farkındalık puan ortalamaları azalmakta; hazırlık, yeniden yapılanma ve gelişim alt boyut puan ortalamaları ise arttığı saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde psikiyatrik tanı almış bireylerin sosyal destek durumları, iyileşme aşamaları, sosyal destek ve iyileşme aşamaları ilişkisi ve bu bilgilerle sosyodemografik veriler arasındaki bağlantının tespitine yönelik bulgular, literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Çalışmada katılımcıların çoğunluğunun duygu durum bozukluğu ve psikotik bozukluk tanısı aldığı, yarıya yakınının ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Psikiyatrik hastalığı olan bireyler ile yapılan bir çalışmada katılımcıların çoğunluğunun depresif bozukluk ve şizofreni/psikoz tanısı aldığı saptanmıştır (Chronister ve ark., 2015). Psikiyatrik hastalığı olan Latinler arasında yapılan çalışmada katılımcıların çoğunluğunun bipolar bozukluk ve ardından şizofreni/psikoz tanısı aldığı bulunmuştur (Ribas & Lam, 2010). Psikiyatri hastaları ile yapılan başka bir çalışmada da katılımcıların çoğunluğunun şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı aldığı bulunmuştur (Kocakahya, 2019). Bu çalışmalar çoğunlukta olan hastalık tanıları yönünden mevcut çalışmayla benzerlik göstermektedir. Çalışmada belirtilen hastalık gruplarının çoğunlukta olması bu hastalıkların tedavilerinin zor ve uzun olması nedeniyle hastaneye daha fazla gitmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Kök (2014) katılımcıların çoğunun ailesinde psikiyatrik hastalık tanısı olmadığını saptamıştır. Psikiyatri hastaları ile yapılan başka bir çalışmada da katılımcıların çoğunluğunun ailesinde psikiyatrik hastalık tanısı olmadığı bulunmuştur (Kelleci ve Ata, 2011). Çalışmamızda da benzer şekilde katılımcıların çoğunun ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamıştır. Ancak ailesinde psikiyatrik hastalık bulunan katılımcıların oranı yadsınamayacak kadar önemlidir ve yarıya yakındır. Bu durum hastalığın genetik geçişinin olmasından ve beraber yaşamanın da bazen ruhsal hastalık ortaya çıkma durumunu artırmasından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların çoğunluğunun hastane yatış sayısı 1-5 arasında, hastalık teşhis zamanı ve tedavi süresinin 5 yıl ve altında olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Karakaş ve Gürhan (2022) yaptıkları çalışmada katılımcıların hastaneye yatış sayısı ortalamasını $3,30 \pm 3,00$ olarak bulmuşlardır. Kök (2014) çalışmasında katılımcıların çoğunluğunun 3-8 yıl arasında hastalık süresine sahip olduklarını ve hastane yatış sayısının 2-5 yıl arasında olduğunu saptamıştır. Belirtilen çalışma bulguları mevcut çalışmayı destekler niteliktedir. Bu bulgular psikiyatrik tanı almış bireylerin tedavilerinin uzun sürmesi ve tekrarlı yatışların olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada ÇBASDÖ toplam puanının ortaya yakın düzeyde olduğu saptanmıştır. Alt boyut puan ortalamalarına göre ise aileden alınan desteğin orta üzeri düzeyde olduğu, arkadaş ve özel bir insandan alınan desteğin orta altı düzeyde olduğu belirlenmiştir. Psikiyatrik tanı almış bireylerin en fazla desteği ailesinden, ardından arkadaş çevresinden ve daha sonra özel bir insandan aldığı saptanmıştır (Tablo 3). Literatürde sosyal destek ve işlevleri ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Ülkemizde psikiyatrik hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmalarda da benzer şekilde katılımcıların sosyal destek ölçeği toplam puanının orta altında olduğu, ölçek alt boyutlarından aile desteği puanının orta üzeri düzeyde, arkadaş ve özel bir insandan alınan desteğin orta altı düzeyde olduğu bulunmuştur. Ayrıca mevcut çalışmada olduğu gibi bu çalışmalarda da bireyler en fazla desteği sırayla aile, arkadaş ve özel bir insandan aldığını bulmuşlardır (Kocakahya, 2019; Kök, 2014). Hamaideh ve ark., (2014)'nın şizofreni hastalarında yaptıkları çalışmada ise katılımcılar en yüksek sosyal desteği önemli kişilerden ve arkadaşlarından almıştır. Bunun sebebinin farklı ülkelerin kültürel özellikleri ve aile yapı farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Aluş (2015) Türk aile yapısının dayanışmaya, güvene, sıcak ilişkilere, samimiyete, sevgiye, şefkate ve güçlü bir duygusal birliğe dayalı olduğunu vurgulamıştır ve Türk aile yapısında “biz” bilincinin hakim olduğunu ifade etmiştir. Bu durumun ise gereksinimlerin karşılandığı bir ortam oluşturduğunu belirtmiştir. Mevcut çalışmada aileden alınan desteğin diğerlerinden fazla olması Türk toplumunun aile yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların ÇASDÖ toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından arkadaş ve özel bir insan puan ortalamalarının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Kocakahya (2019) psikiyatri hastalarında tedaviye uyum sosyal destek ve yaşam kalitesi durumunun belirlenmesi konulu çalışmasında sosyal destek toplam puanı ve alt boyut puanlarının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Soysal (2017) şizofreni hastaları ile yaptığı çalışmada kadınların sosyal destek puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bu bulgular çalışmamızı desteklemektedir. Mevcut çalışma ve literatür çalışmalarındaki bu farkın sebebi kadınların sosyal ortamlarda daha fazla aktif olmaları ve yakın komşuluk ve arkadaşlık ilişkileri kaynaklı olabilir.

Katılımcılardan üniversite ve üzeri mezunu olanların ÇASDÖ toplam puan ortalamaları ile tüm alt boyut puan ortalamalarının diğerlerine göre istatistiksel olarak

anlamli şekilde yuksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Hamaideh ve ark., (2014)'nin şizofreni hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada hastaların eğitim dűzeyi arttıķa sosyal destek puanlarının arttığı saptanmıştır. Psikiyatri hastaları üzerinde yapılan başka bir çalışmada ilkokul mezunu olan katılımcıların sosyal destek puan ortalamasının daha dűřuk olduğunu bulunmuştur (Kocakahya, 2019). Bu alışmalar mevcut çalışmayı destekler niteliktedir. Eđitim dűzeyi yuksek olan bireylerin sosyal destek puanlarının daha yuksek olmasının sebebinin kendini ifade etme ve sosyalleşme oranlarının daha yuksek olabileceğinden kaynaklandığı dűřunűlmektedir.

Çalıřmamızda evli olanların ASDĐ toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından aile puan ortalamalarının bekar ve bořanmıř-eři őlmű olanlara gűre yuksek olduđu belirlenmiřtir (Tablo 4). Kűk ve Demir (2018)'in řizofreni ve bipolar bozukluđu olan bireyler üzerinde yaptıkları çalıřmada da benzer şekilde evli olan bireylerin ASDĐ puanları bekar, dul/ayrı olanlara gűre daha yuksek çıkmıřtır. Bipolar bozukluđu olan bireyler ile yapılan bařka bir çalıřmada da evli olan bireylerin BASDĐ alt boyutlarından aile puan ortalamasının ve toplam puanın diđerlerine gűre daha yuksek olduđu saptanmıřtır (Zemen, 2020). Evli bireylerde ASDĐ puanlarının daha yuksek olması eř ve ailenin destekleyici rolűnden olabileceđi dűřunűlmektedir.

Araştırmada katılımcılardan çalışıyor olanların ASDĐ toplam puan ortalamaları ile tűm alt boyut puan ortalamalarının çalışmayanlara gűre istatistiksel olarak anlamli şekilde yuksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Kılınç (2015) psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada çalışan bireylerin sosyal destek puanlarının çalışmayanlara gűre daha yuksek olduğunu saptamıştır. Bařka bir çalışmada da mevcut çalışmayı destekler nitelikte çalışan katılımcıların sosyal destek puanlarının çalışmayanlara gűre daha yuksek olduğu bulunmuştur (Kocakahya, 2019). Bunun sebebinin çalışan bireylerin iř ortamı dolayısıyla daha fazla sosyal evre ve arkadaş ortamına sahip olabileceğinden kaynaklı olduğu dűřunűlmektedir.

Çalıřmada il merkezinde yařayanların ASDĐ toplam puan ortalamalarının kűyde yařayanlara gűre istatistiksel olarak anlamli şekilde yuksek olduđu belirlenmiřtir (Tablo 4). Literatűrde yařanılan yer ve BASDĐ arasındaki iliřkiyi inceleyen arařtırmaya rastlanmamıřtır. Çalıřmamızdaki bu sonuç il merkezinde daha geniř sosyal evre olması ve sosyal olanakların fazla olmasından kaynaklı olabileceđi dűřunűlmektedir.

Çalışmada gelir durumunu düşük olarak ifade eden bireylerin ÇASDÖ toplam puan ortalamaları ile tüm alt boyut puan ortalamalarının diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Kök ve Demir (2018) yaptıkları çalışmada ekonomik durumu kötü olan bireylerin ÇASDÖ puanlarının daha düşük olduğunu saptamıştır. Hamaideh ve ark., (2014)'nın şizofreni hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada hastaların gelir düzeyi arttıkça sosyal destek puanlarının arttığını saptamışlardır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da ekonomik durumu kötü olan bireylerin sosyal desteğinin daha az olduğu bulunmuştur (Albal & Kutlu, 2010). Literatürdeki araştırmalar çalışmamızı desteklemektedir. Bu bulgular gelir durumu düşük olan bireylerin çevrelerinden yeteri kadar destek alamadığını düşündürmektedir.

Çocuk sahibi olanların ÇBASDÖ alt boyutlarından aile puan ortalamalarının çocuk sahibi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Zemen (2020) tarafından bipolar bozukluğu olan bireylerle yapılan çalışmada çocuk sayısı ile ÇBASDÖ arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Arslantaş ve ark., (2010) yatan hastalarda yaptıkları çalışmada çocuk sayısı ve ÇBASDÖ arasında anlamlı ilişki bulamamıştır. Postpartum dönemdeki kadınlar ile yapılan bir çalışmada ise çocuk sayısı ile ÇBASDÖ arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (Bingöl & Tel, 2007). Çalışmamızda çocuk sahibi olan bireylerin ÇBASDÖ alt boyutlarından aile desteğinin daha yüksek olması çocukların aile içi destek kaynağı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Eşin eğitim durumuna göre bakıldığında, eşi üniversite ve üzeri mezunu olan bireylerin ÇBASDÖ toplam puanı ile alt boyutlarından aile ve özel bir insan puan ortalamalarının ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Literatürde eşin eğitim durumu ile ÇBASDÖ karşılaştırması yapılan çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sonucun ortaya çıkmasında eğitimin verdiği bilgi ve tecrübenin daha iyi kullanılarak eşin hasta olan bireye daha fazla destek olduğunu düşündürmektedir.

Duygu durum bozukluğu olan bireylerin ÇBASDÖ toplam puanı ve alt boyutlarından özel bir insan puan ortalamasının psikotik bozukluğu olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Vural ve Köroğlu (2020) psikotik bozukluğu olan bireylerin yoğun ve uzun bir tedavi süreci yaşadıklarını ve bu sürecin bireylerin sosyal yaşamlarını etkilediğini belirtmektedir. Psikotik bozukluğu olan bireylerin

ÇBASDÖ puan ortalamasının daha düşük olması uzun ve yoğun tedavi süreci nedeniyle sosyal yaşamlarının etkilenmesi sonucu olabilir.

Tedavi süresi 11 yıl ve üzeri olanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo5). Bu durum tedavi süresinin artmasıyla birlikte hastalığa uyum ve hastalığın daha fazla kabullenilmesiyle ilgili olabilir. Literatürde tedavi süresi ve sosyal desteğe yönelik çalışmaya rastlanmamıştır.

Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanların ÇBASDÖ toplam puanı ve alt boyutlarından aile puan ortalamasının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo5). Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan bireylerin aile destek puan ortalamasının daha fazla olması aile üyeleri tarafından daha fazla desteklenmesiyle açıklanabilir. Çünkü psikiyatrik hastalığı olan aile üyesinin kendi hastalık özellikleri dolayısıyla diğer bir üyeyi desteklemesi zor olabilir.

Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun hazırlık, ardından yeniden yapılanma aşamasında olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Literatürde benzer sonuçlar olduğu gibi farklı sonuçlar de elde edilmiştir. Jadhav ve ark., (2015)'nin çalışmasında katılımcıların çoğunluğu yeniden yapılanma ve hazırlık aşamasındadır. Andresan ve ark., (2006) ve Andresan ve ark., (2010)'nin yaptıkları çalışmalarda katılımcıların çoğunluğunun yeniden yapılanma aşamasında ve gelişim aşamasında olduğu; Wciórka, Świtaj ve Anczewska (2015)'nin Polonya'da yaptıkları çalışmada katılımcıların çoğunun farkındalık ve hazırlık aşamasında olduğu; Weeks ve ark., (2011)'nin İngiltere'de yaptıkları çalışmada hastaların çoğunun gelişim aşamasında ve yeniden yapılanma aşamasında olduğu; Singla ve ark., (2020)'nin Hindistan'da yaptıkları çalışmada bireylerin %50'sinin gelişim aşamasında olduğu, onu yeniden yapılanma aşamasının takip ettiği; Bourdeau ve ark., (2015)'nin yakın zamanlı psikoz başlangıcı olan bireylerde yaptıkları çalışma sonucunda bireylerin büyük çoğunluğunun ilk iki iyileşme aşaması olan durağanlık ve farkındalık aşamasında olduğu bulunmuştur. Literatürde mevcut çalışmayı destekler nitelikte çalışmalar olduğu gibi farklı bulgular içeren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu durum kişisel iyileşmenin farklı algılanması sebebiyle olabilir.

Katılımcılardan kadınların İAÖ alt boyutlarından yeniden yapılanma ve gelişim puan ortalamalarının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Bu bulgu kadınların travma sonrası büyümeyi daha fazla yaşadığını düşündürmektedir. Ayrıca çalışmada kadınların sosyal desteğinin daha fazla

olması da travma sonrası büyüme desteklediğini düşündürmektedir. Karancı ve Erkam (2007) yaptıkları çalışmada sosyal destek ile travma sonrası büyüme arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptamıştır. Bu çalışma sonuçları düşüncemizi desteklemektedir.

Katılımcıların eğitim seviyesinin artmasıyla birlikte durağanlık aşamasından gelişim aşamasına doğru gittikçe anlamlı bir artış olmuştur (Tablo 7). Andresan ve ark., (2006)'nın çalışmasında iyileşme aşamaları ile eğitim düzeyi arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Üniversite ve üzeri eğitimi olan bireylerin gelişim ve yeniden yapılanma aşamasında daha yüksek olması eğitimin verdiği bilgi ve tecrübeleri daha iyi kullandıklarının ve kendilerini daha iyi geliştirebildiklerinin bir göstergesi olarak söylenebilir. Durağanlık aşamasında ise bunun tam tersi bir durum söz konusudur. Durağanlık aşamasında eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin daha fazla umutsuzluğa düştüğü daha karamsar oldukları görülmüştür. Bu durumun işlevsellikteki düşüş, statü kaybı, damgalama gibi durumlardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Sağlık güvencesi olanlar gelişim ve yeniden yapılanma aşamasında daha yüksek iken sağlık güvencesi olmayanlar durağanlık aşamasında daha yüksektir; il merkezinde yaşayanlarda durağanlık aşamasından gelişim aşamasına doğru gittikçe anlamlı bir artış olmuştur; benzer şekilde aile geliri yüksek olanlarda da durağanlık aşamasından gelişim aşamasına doğru gittikçe anlamlı bir artış olmuştur (Tablo 7). Bu verilerdeki iyileşme aşamaları farklılıklarının nedeni bireylerin sağlık hizmetine daha kolay erişimi ile ilgili olabilir. Kurt (2007) sağlık hizmetlerine erişimi, bireylerin sağlık hallerinin devamı veya sağlanması amacıyla gereksinim duyduğu zamanda eşit, nitelikli ve hiçbir engelle takılmadan temel sağlık hizmetlerine ulaşması şeklinde tanımlamıştır. Çalışmada sağlık güvencesi olanların, il merkezinde yaşayanların ve gelir durumunu yüksek olarak ifade eden bireylerin iyileşmenin ileriki aşamalarında daha fazla olması bireylerin sağlık hizmetlerine daha rahat ulaşabilmeleriyle açıklanabilir. Literatürde gelir durumunun yüksek olması, il merkezinde yaşama ve sağlık güvencesinin olması sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Eskiocak, 2007; Goins ve ark., 2005). Literatür bilgileri bu düşüncemizi desteklemektedir. Ayrıca çalışmada durağanlık ve farkındalık aşamasında gelir durumu düşük olanların iyileşme puanlarının daha yüksek olduğu, gelir durumu yüksek olanların ise iyileşme puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durumda gelir durumu yüksek olan bireyler hastalığın alt aşamalarında iken eski mali olanaklarını kullanamamaları daha fazla kötü hissetmelerine neden olmuş olabilir.

Hazırlık, yeniden yapılanma ve gelişim aşamalarında ise gelir durumunun iyileşme durumuna anlamlı ve olumlu etkisinin olduğu açıkça görülmektedir.

Çalışıyor olanların İAÖ alt boyutlarından durağanlık alt boyut puan ortalamalarının çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük; hazırlık, yeniden yapılanma ve gelişim puan ortalamalarının ise yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Ayrıca çalışmada durağanlık aşamasında çalışan ve çalışmayan bireyler arasında anlamlı fark bulunmuştur. Birey hastalığının akut evresinde iken birde çalışıyor olması yani iş sorumluluğunun olması negatif etkiyi arttıran bir durum olarak düşünülmektedir.

Psikotik bozukluğu olan bireylerin durağanlık puan ortalamalarının duygu durum ve anksiyete bozukluğu olan bireylere göre daha yüksek olduğu, yeniden yapılanma puan ortalamalarının diğerlerine göre daha düşük olduğu, gelişim alt boyut puan ortalamalarının ise duygu durum bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu olan bireylere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Psikotik bozukluklarla beraber bireyin yaşamında çeşitli değişiklikler meydana gelmektedir. Bireyin uzun ve yoğun ilaç tedavisi görmesiyle birlikte sosyal yaşamı sekteye uğramakta ve tedavi uyumu da bozulabilmektedir (Vural ve Köroğlu, 2020). Çalışmamızda elde edilen veriler psikotik bozukluğu olan bireylerin uzun ve yoğun tedavi süreci ve hastalık özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanların İAÖ alt boyutlarından hazırlık, yeniden yapılanma ve gelişim alt boyut puan ortalamaları olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Psikiyatrik hastalıklar beraberinde birçok zorluk getirmektedir. Psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin bu zorluklarla baş etmesinde sosyal desteğin ve aile desteğinin rolü büyüktür. Sosyal ağı ve aile desteği kuvvetli olan bireyler ilaç tedavisine daha iyi uyum sağlamakla birlikte, hastalığın getirdiği olumsuzluklarla daha iyi baş edebilmekte ve rutin hayatın gereklerine uygun davranabilmektedir. (Vural ve Köroğlu, 2020). Çalışmamızda ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerin hazırlık, yeniden yapılanma ve gelişim alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olması hasta bireyin, ailedeki psikiyatrik hastalığı olan bireyler tarafından hastalığın tedavi takibi, hastane kontrolleri gibi faktörler yönünden yeterince desteklenememesi ve aile desteğini daha az alması kaynaklı olabilir.

Çalışmada ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arttıkça İAÖ alt boyutlarından durağanlık ve farkındalık puan ortalamaları azalmakta; hazırlık, yeniden yapılanma ve gelişim alt boyut puan ortalamaları ise artmaktadır (Tablo 9). Literatürde mevcut çalışmanın sonuçlarını destekleyen birçok araştırma bulunmaktadır. Thomas ve ark., (2016)'nın ciddi psikiyatrik hastalığı olan yetişkinlerden oluşan bir örnekleme sosyal destek ile nesnel ve öznel iyileşme arasındaki ilişkileri değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada sosyal destek ve iyileşme arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Dai ve ark., (2016), 1998 yılında Dongting Gölü selini yaşayan ve 2000 yılında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı konan bireyler üzerinde tanı konulması ardından 13-14 yıl sonra sel mağdurlarında TSSB'nin takip değerlendirmesini yaparak yaygınlık oranını ve sosyal destek ile TSSB'dan iyileşme arasındaki ilişkiyi belirledikleri çalışmada; TSSB iyileşmesinde sosyal desteğin önemli ölçüde ilişkili olduğunu saptamışlardır. Hendryx ve ark., (2009)'nın iyileşme değerlendirme ölçeği kullanılarak yaptıkları çalışmada, sosyal desteğin artmasıyla birlikte iyileşme ölçek puanları yükselmiştir. Bu çalışma sonucunda sosyal desteğin iyileşmeyi olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Birkeland ve ark., (2017) 2011'de Oslo bombalamasına maruz kalan bireylerde sosyal desteğin iyileşme sürecine ne ölçüde katkı sağladığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada sosyal desteğin travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra psikolojik sıkıntıdan kurtulmayı kolaylaştırdığını saptamışlardır. Stevens ve ark., (2015) 5 kurtarma evinde bulunan madde bağımlıları üzerinde yaptıkları çalışmada, sosyal destek ile madde kullanım bozukluğunun iyileşmesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada sosyal desteğin madde kullanım bozukluğunun iyileşme üzerinde olumlu etkisinin olduğunu saptamışlardır. Huang ve ark., (2008)'nın ciddi psikiyatrik hastalığı olan bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada hastalığın olumsuz sonuçlarını en aza indirmenin ve yaşam kalitesini artırmanın en iyi yolunun sosyal destek olabileceğini ortaya koymuşlardır. Hamaideh ve ark., (2014)'nın şizofreni hastalarında yaşam kalitesi, sosyal destek ve psikiyatrik belirtilerin şiddetini araştırdıkları çalışmada sosyal destek ile birlikte yaşam kalitesinin arttığı, psikiyatrik belirtilerin şiddetinin ise azaldığını saptamışlardır. Sosyal destek hayatın herhangi bir döneminde strese giren, sıkıntı yaşayan bireye yaşadığı bu sıkıntılı durumla baş etmesinde, duruma uyum sağlamasında ya da durumu kabullenmesinde önemli katkılar sunmaktadır (Verheijden ve ark., 2005). Sosyal destek bireylerin kaliteli bir yaşam sürmesine yardım ederken aynı zamanda yaşam

amaçlarını gerçekleştirmelerini sağlayan önemli bir tetikleyicidir (Demirtaş, 2007). Sosyal destek birey için stres oluşturan olayların olumsuz etkilerini azaltarak veya ortadan kaldırarak ruh sağlığını korumaktadır ve psikolojik sağlık üzerinde tampon görevi görmektedir (Cohen & Wills, 1985). Wang ve ark., (2003) yaptıkları çalışmada sosyal desteğin sağlığı olumlu etkilediğini, sosyal destek eksikliğinin ise sağlığa olumsuz etkisinin olabileceğini ortaya koymuşlardır. Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde iyileşmeyi kolaylaştırma ve/veya arttırmada sosyal desteği artırma ve/veya sağlama önemli olduğu görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikiyatrik tanı almış bireylerin sosyal destek durumları, iyileşme aşamaları, sosyal destek ve iyileşme aşamaları ilişkisi ve bu bilgilerle sosyodemografik veriler arasındaki bağlantının tespitine yönelik sonuçlar şu şekildedir:

Katılımcıların yaş ortalamasının $36,84 \pm 10,15$ ve çocuk sayısının ortalama $1,06 \pm 1,19$ olduğu belirlenmiştir. Evli ve boşanmış/eşi vefat etmiş 138 katılımcının %91,3'ünün çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %32,2'sinin 42 yaş ve üzeri, %55,7'sinin kadın, %40'ının bekâr, %47,4'ünün ilköğretim mezunu, %68,7'sinin çalışmadığı, %88,3'ünün sosyal güvencesinin olduğu ve ailesiyle yaşadığı, %46,1'inin il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir. Evli olan 93 katılımcının %63,4'ünün eşinin çalıştığı ve %47,3'ünün ise eşinin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Katılımcılardan %40,9'u gelirinin düşük düzeyde olduğunu ifade etmiştir.

Çalışmada katılımcıların çoğunluğunun duyuğu durum bozukluğu ve psikotik bozukluk tanısı aldığı, katılımcıların yarıya yakınının ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, çoğunluğunun hastane yatış sayısının 1-5 arasında, hastalık teşhis zamanının ve tedavi süresinin 5 yıl ve altında olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların sosyal destek puanının ortaya yakın düzeyde olduğu, kadınların, üniversite ve üzeri mezunu olanların, evli olanların, çalışıyor olanların, il merkezinde yaşayanların, sosyal güvencesi olanların ve ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanların sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu, gelir durumunu düşük olarak ifade eden bireylerin sosyal destek puanlarının daha düşük olduğu, evli olanların sosyal destek toplam puanının ve aile alt boyut puanının daha yüksek olduğu, çocuk sahibi olanların ise aile alt boyut puanının daha fazla olduğu, katılımcılardan eşinin eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların sosyal desteğinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Duyuğu durum bozukluğu olan bireylerin sosyal desteğinin psikotik bozukluğu olan bireylere göre daha yüksek olduğu, tedavi süresi 11 yıl ve üzeri olanların sosyal desteğinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun hazırlık, ardından yeniden yapılanma aşamasında olduğu, kadınların iyileşme aşamalarının daha yüksek olduğu, eğitim seviyesinin artmasıyla birlikte durağanlık aşamasından gelişim aşamasına doğru gidildikçe artış olduğu, sağlık güvencesi olanların gelişim ve yeniden yapılanma

aşamasında daha fazla olduğu, il merkezinde yaşayanlarda ve aile geliri yüksek olanlarda durağanlık aşamasından gelişim aşamasına doğru gidildikçe artış olduğu bulunmuştur.

Psikotik bozukluğu olan bireylerin durağanlık puan ortalamalarının duygu durum ve anksiyete bozukluğu olan bireylere göre daha yüksek olduğu, yeniden yapılanma puan ortalamalarının diğerlerine göre daha düşük olduğu, gelişim alt boyut puan ortalamalarının ise duygu durum bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu olan bireylere göre daha düşük olduğu, katılımcılardan ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanların hazırlık, yeniden yapılanma ve gelişim alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arttıkça İAÖ alt boyutlarından durağanlık ve farkındalık puan ortalamalarının azaldığı; hazırlık, yeniden yapılanma ve gelişim alt boyut puan ortalamalarının ise arttığı saptanmıştır.

Öneriler;

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda şu önerilerin faydalı olacağı düşünülmektedir:

Sağlık Kurumları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Öneriler

Sosyal destek aile, arkadaş vb. kişilerden alınabileceği gibi sağlık çalışanlarından da alınabilmektedir. Bu hususta psikiyatrik tanı almış bireylerin sağlık kurumu çalışanları tarafından desteklenmesi önerilmektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik iyileşme, iyileşmeyi etkileyen faktörler ve sosyal destek konulu eğitimler verilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Bütüncül bir yaklaşım gözetilerek sağlık çalışanları tarafından psikiyatrik tanı almış bireylerin ailelerine ve ulaşılacak yakınlarına sosyal destek ve iyileşme üzerine bilgilendirme yapılması önerilmektedir.

Eğitim Kurumlarına Yönelik Öneriler

Sağlıkla ilgili eğitim verilen kurumlarda sosyal desteğin önemi ve iyileşme üzerine etkilerine yönelik müfredata yer verilmesi,

Psikiyatrik hastalıkların önlenmesi ve mevcut psikiyatrik tanısı olan bireylerin iyileşmelerine yönelik daha geniş örneklem grubu ile farklı illerde ve ülke genelinde çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Politikacılara Yönelik Öneriler

Toplumun sağlık okuryazarlığı ve ruh sağlığı okuryazarlığını yükseltmeye yönelik uygulamaların genişletilmesi önerilmektedir.

Politikacıların psikiyatrik hastalığı olan bireylerin iş yaşamına katılımını sağlamak için uygulamaları artırması, psikiyatrik tanı almış bireylerin akut dönem ve akut dönem dışı olarak farklı kategorilerde değerlendirerek akut dönemde bireylere maddi destek sağlayarak bireylerin işine bir süre ara verilmesi; akut dönem dışında ise maddi desteğin kesilip bireylerin hastalığına uygun işlerde istihdam edilmesi önerilmektedir.

Engelli birey kadrolarında psikiyatrik tanı almış bireylere daha fazla yer verilmesi önerilmektedir.

Bazı kurumlarda işe alımlarda psikiyatriye gidiş ve psikiyatrik ilaç kullanımının işe alımlarda bireylerin karşısına engel olarak çıkması erken tanı ve tedaviyi engellemekte olup bu tür uygulamaların kaldırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akçalı, A., Altındağ, A., Geyik, S., Cansel, N., 2009. Epilepsi Hastalarında Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, 91-97.
2. Aksüllü, N., Doğan, S., 2004. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 76-84.
3. Albal, E., ve Kutlu, Y., 2010. Depresyonla Başa Çıkma Öz Yeterlik Düzeyi ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1, 115-20.
4. Aluş, Y., 2015. Kültürel ve Toplumsal Gerçekliğimiz Açısından Aile Anlayışlarının ve Türk Ailesinin Değerlendirmesi. *PESA Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 15-24.
5. Amering, M. and Schmolke, M., 2009. *Recovery in Mental Health: Reshaping Scientific and Clinical Responsibilities*. John Wiley & Sons, s.1-9.
6. Andresen, R., Caputi, P., Oades, L., 2013. Development of a Short Measure of Psychological Recovery in Serious Mental Illness: the STORI-30. *Australasian Psychiatry*, 21(3), 267-270.
7. Andresen, R., Caputi, P., ve Oades, L., 2006. Stages of Recovery Instrument: Development of a Measure of Recovery From Serious Mental Illness. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980.
8. Andresen, R., Oades, L. G., Caputi, P., 2011. *Psychological Recovery: Beyond Mental İllness*. West Sussex: John Wiley & Sons, 3-153.
9. Andresen, R., Oades, L., and Caputi, P., 2003. the Experience of Recovery From Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594.
10. Anthony, W.A., 1993. Recovery from Mental Illness: the Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
11. Aras, A., 2001. KOAH Olan Bireylerin Sosyal Destek ve Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi.
12. Ardahan, M., 2006. Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 68-75.
13. Arslantaş, H., Adana, F., Kaya F. ve Turan, D., 2010. Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 18(2), 87-97.
14. Baltacı, Ş.H., 2012. Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Romantik İlişki Durumları ve Sosyal Ağ Kullanımlarına Göre Etkileşim Kaygısı ve Sosyal Destek Algılarının İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (8)25, 36.
15. Baran, M., Büyükakça, G., Ayran, G., 2014. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sigara Kullanımı Üzerine Etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 15,9-15.
16. Barker, P.J., Buchanan-Barker, P., 2008. The Tidal Commitments: Extending the Value Base of Mental Health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 93-100.

17. Barker, P.J., Barker, P.B., 2011. Mental Health Nursing and the Politics of Recovery: A Global Reflection. *Arch Psychiatr Nurs*, 25, 350–358.
18. Bingöl, T.Y., ve Tel, H., 2007. Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri İle Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 1-6.
19. Birkeland, M. S., Nielsen, M. B., Hansen, M. B., Knardahl, S., ve Heir, T., 2017. Like a Bridge Over Troubled Water? A Longitudinal Study of General Social Support, Colleague Support and Leader Support as Recovery Factors After a Traumatic Event. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1302692.
20. Bourdeau, G., Lecomte, T., Lysaker, P. H., 2015. Stages of Recovery in Early Psychosis: Associations with Symptoms, Function and Narrative Development. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(2), 127-142.
21. Bressan, R.A., Grohs, GEM, Matos, G., Shergill, S., 2018. Hope or Hype in the Treatment Of Schizophrenia -What's the Role of the Physician? *The British Journal of Psychiatry*, 212, 1-3
22. Caldwell, B.A., Sclafani, M., Swarbrick, M., and Piren, K., 2010. Psychosocial Nursing Practice and the Recovery Model of Care. *Journal of Psychosocial Nursing*, 48(7), 42-48.
23. Chiba R, Miyamoto Y, Kawakami N, Harada N., 2014. Effectiveness of a Program to Facilitate Recovery for People with Long-Term Mental Illness in Japan. *Nursing And Health Sciences*, 16, 277-283.
24. Chronister, J., Chou, C.-C., Kwan, K.-L. K., Lawton, M., & Silver, K., 2015. The Meaning of Social Support for Persons with Serious Mental Illness. *Rehabilitation Psychology*, 60(3), 232–245.
25. Cohen, S., Syme, S.L., 1985. Issues in the Study and Application of Social Support. *Social Support and Health*, 3, 3-22.
26. Cohen, S., Wills, T.A., 1985. Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357
27. Corrigan, P.W., Phelan, S.M., 2004. Social Support and Recovery in People with Serious Mental Illnesses. *Community Mental Health Journal*, 40(6), 513-523.
28. Corrigan, P.W., 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 Ment Health J.* 41, 721-735.
29. Coşkun, E., Altun, Ö.Ş., 2018. The Relationship Between the Hope Levels of Patients with Schizophrenia and Functional Recovery. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 98-102.
30. Cowman, S., Farrelly, M., and Gilheany, P., 2001. An Examination of the Role and Function of Psychiatric Nurses in Clinical Practice in Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 745-753.
31. Cusack, E., Killoury, F., & Nugent, L.E., 2016. The Professional Psychiatric/Mental Health Nurse: Skills, Competencies and Supports Required to Adopt Recovery-Orientated Policy in Practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2-3), 93-104.
32. Çam, O. ve Yalçın, N., 2018. Ruhsal Hastalık ve İyileşme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(1), 55-60.
33. Çelik, N.D., 2016. Üniversite Öğrencilerinin Yaşamda Anlam ve Yaşam Amaçları Arasındaki İlişki. *Akdeniz Beşeri Bilimler Dergisi*, 6 (1), 133-141.

34. Çıtak Akgün, E., 2012. Ruhsal Hastalıklarda İyileşme ve İyileşme Modelleri. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, Editör: Gürhan, N. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, s. 269-289.
35. Dai, W., Chen, L., Tan, H., Wang, J., Lai, Z., Kaminga, A. C., ... & Liu, A., 2016. Association Between Social Support and Recovery from Post-Traumatic Stress Disorder After Flood: A 13–14 Year Follow-Up Study in Hunan, China. BMC Public Health, 16(1), 1-9.
36. Davidson, L., Tondora, J., Lawless, M. S., O’Connell, M. J. and Rowe, M., 2009. A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care. Oxford University Press, New York.
37. Deegan, P.E., 1988. Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal, 11(4), 54-59.
38. Demir, İ., 2010. Benlik, Kimlik ve Kişilik, Gelişim Psikolojisi, (Editör: Hatice Ergin, S. Armağan), Nobel yayınevi, Ankara, s.181-205
39. Demirtaş, A.S., 2007. İlköğretim 8. Sınıf Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek ve Yalnızlık Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Düzeyleri Arasındaki İlişki. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
40. Doğan, R., Mercan, N., Yüksel, Ç., 2020. Ruhsal Hastalıklarda İyileşme: Kavram Analizi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 12(1), 91-99.
41. Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H., 2001. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1), 17-25.
42. Eker, D., ve Arkar, H., 1995. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi. 10(34), 45-55.
43. Erikson, M.S., 2013. An Integrative Review of what Contributes to Personal Recovery in Psychiatric Disabilities. Issues Ment Health Nurs, 34, 185-191.
44. Erol, N, Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., Şimşek, Z., 1998. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara. s.1-77
45. Eskiocak, M., 2007. “Aile Hekimliği Ülkemiz için Uygun Bir Hizmet Sunumu Sistemi midir?” Muzaffer Eskiocak (Ed), “Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz için Uygun Bir Model Midir?” Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, s. 12-22.
46. Farkas M., 2007. The Vision of Recovery Today: What it is And What it Means for Services. World Psychiatry. 6, 68–74.
47. Frese III, F. J., Knight, E. L., & Saks, E., 2009. Recovery from Schizophrenia: with Views of Psychiatrists, Psychologists and Others Diagnosed with This Disorder. Schizophrenia Bulletin, 35(2), 370-380.
48. Goins, R. T., Williams, K. A., Carter, M. W., Spencer, S. M., & Solovieva, T., 2005. Perceived Barriers to Health Care Access Among Rural Older Adults: A Qualitative Study. The Journal of Rural Health, 21(3), 206-213.
49. Goulter, N., Kavanagh, D. J., and Gardner, G., 2015. What Keeps Nurses Busy in the Mental Health Setting?. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22(6), 449-456.
50. Göktaş, S., Işıklı, B., ve Metintaş, S., 2018. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı. Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 3(2) 68-75.

51. Hamaideh, S., Al-Magaireh, D., Abu-Farsakh, B., ve Al-Omari, H., 2014. Quality of Life, Social Support, and Severity of Psychiatric Symptoms in Jordanian Patients with Schizophrenia. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 21 (5), 455-465.
52. Hendryx, M., Green, C. A., ve Perrin, N.A., 2009. Social Support, Activities, and Recovery From Serious Mental İllness: STARS Study Findings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(3), 320-329.
53. Huang, C., Sousa, V., Tsai, C., 2008. Social Support and Adaptation of Taiwanese Adults with Mental İllness. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1795–1802.
54. İpçi, K., 2019. Şizofreni Hastalarında İyileşme: Öznel İyileşme ile Nesnel İyileşme Arasındaki İlişkinin Araştırılması. *Bilim Uzmanlığı Tezi*, Kocaeli Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
55. Jacobson, N., Greenley, D., 2001. What is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485.
56. Jadhav, B. S., Shanker, S., Maru, R. K., Shah, B. R., & Dhavale, H. S., 2015. Study of Relation Between Disability and Symptomatology with Recovery in Schizophrenia. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 2(2), 107–112.
57. Kaner, S., 2003. Aile Destek Ölçeği: Faktör Yapısı, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışmaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 4(1), s.57-72.
58. Karakaş, M., 2020. İyileşme Aşamaları Ölçeği'nin Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. (Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
59. Karakaş, M., ve Gürhan, N., 2022. İyileşme Aşamaları Ölçeği'nin Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Sağlık Bilimlerinde Değer Dergisi*, 12(2), 292-300.
60. Karancı, N. A. ve Erkam A., 2007. Variables Related to Stress – Related Growth Among Turkish Breast Cancer Patients. *Stress and Health*, 23(5), 315 – 322.
61. Karasar, N., 2016. Bilimsel Araştırma Yöntemi. Kavramlar İlkeler Teknikler. İkinci Yazım ve Otuzuncu Basım. Nobel Yayıncılık, Ankara.
62. Kelleci, M., Ata, E.E., 2011. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların İlaç Uyumları ve Sosyal Destekle İlişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 105-110.
63. Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., Yenilmez, Ç., 2013. Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Noropsikiyatri Arsivi*, 50(4), 344-351.
64. Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., ... & Wang, P. S., 2009. The Global Burden Of Mental Disorders: An Update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(1), 23-33.
65. Khorshid. L., ve Arslan Gürol, G., 2006. Hemşirelik ve Sosyal Desteğin Önemi. *Dirim*, 81(1), 182-188.
66. Kılınç, G., 2015. Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumunda Sosyal Desteğin Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi), İnönü Üniversitesi. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Malatya.
67. Kidd, S., Kenny, A., McKinstry, C., 2014. The Meaning of Recovery in A Regional Mental Health Service: An Action Research Study. *Journal of Advanced Nursing*. 71(1), 181-192.

68. Knutson, M.B., Newberry, S., Schaper, A., 2013. Recovery Education: A Tool for Psychiatric Nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 20, 874–881
69. Kocakahya, B., 2019. Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyum Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Durumunun Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.
70. Kök, H., 2014. Psikiyatri Polikliniğinde Takip Edilen Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
71. Kök, H., Demir, S., 2018. Şizofreni ve Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek. *Çukurova Medical Journal*, 43(1), 99-106.
72. Kurt, Ö., 2007. “Ülkemizde Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunlu Mudur? Aile Hekimleri Bu Sorunu Çözebilir Mi?”, Muzaffer Eskiocak (Ed), “Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir?” Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, s. 69-78
73. Liberman, R.P., 2011. Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı: Yeti Yitiminden İyileşmeye (Çeviri Ed. M Yıldız). Ankara, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği.
74. Macpherson, R., Pesola, F., Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C.L., Williams, J., Slade, M., 2016. The Relationship Between Clinical and Recovery Dimensions of Outcome in Mental Health. *Schizophr Res*, 175, 142–147.
75. Mental Health Commission. 2008. A Recovery Approach within the Irish Mental Health Services: A Framework For Development.
76. Mersin, S., ve Arslan, F., 2018. Depresyonlu Hastaların Sosyal Destek Algıları. *Journal of International Social Research*, 11(56).
77. Moller, D.M., McLoughlin K.A., 2013. Integrating Recovery Practices into Psychiatric Nursing: Where are we in 2013? *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 19(3), 113-116.
78. Nakigudde, J., Musisi, S., Ehnvall, A., Airaksinen, E. and Agren, H., 2009. Adaptation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in a Ugandan Setting. *African Health Sciences*, 9, 35–41.
79. Oades, L.G. and Julie, A., 2012. Recovery in Australia: Marshalling Strengths And Living Values, *International Review Of Psychiatry*, 24(1), 5-10.
80. Oles, S.K., Fukui, S., Rand, K.L., Salyers, M.P., 2015. The Relationship Between Hope and Patient Activation in Consumers with Schizophrenia: Results from Longitudinal Analyses. *Psychiatry Res*, 228(3), 272-276.
81. Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., Cook, J. A., 2007. An Analysis of The Definitions and Elements of Recovery: A Review of the Literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9-22.
82. Orak, S. O., 2016. Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*, Editör: Gürhan, N. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, s.3-15
83. Ökdem, Ş. ve Yardımcı, F., 2010. Üniversite Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, S. 228–234.
84. Özcan, C.T., ve Duman Çetinkaya, Z., 2016. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri*, Editörler: Özcan Tangül, C., ve Gürhan, N. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, s.335-376.
85. Özdemir, A., 2020. Şizofreni Hastalarında Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Eğitiminin Umut, Psikolojik İyi Oluş ve İşlevsel İyileşmeye Etkisi.

- (Doktora Tezi), İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya.
86. Öztürk, O., ve Uluşahin, A., 2015. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara. s.105-108.
 87. Peplau, H.E., 1991. *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. New York: Springer. 5-6.
 88. Ramon, S., Healy, B., and Renouf, N., 2007. Recovery from Mental Illness as an Emergent Concept and Practice in Australia and the UK. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(2), 108-122.
 89. Ribas, A.C., & Lam, C.S., 2010. Social Support and Quality of Life Among Latinos with Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(2), 137-143.
 90. Sağlam, S., 2007. *Lise Öğrencilerinin Ana-Baba İletişimi Sosyal Destek ve Ana-Baba Tutumu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi)*. Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
 91. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013. *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması*, Ankara.
 92. Shanley, E., Jubb-Shanley, M., 2007. The Recovery Alliance Theory of Mental Health Nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 14, 734-43.
 93. Singla, N., Avasthi, A., ve Grover, S., 2020. Recovery and its Correlates in Patients with Schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102162.
 94. Soygür, H., Yüksel, H.M., Eraslan, P., Özden, S., 2017. Mavi At Kafe'nin 6 Yılda Öğrettikleri: Şizofreni Hastalarının Gözünden İyileşmeye Katkıda Bulunan Etmenler-Nitel Bir Analiz. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 28, 75-80.
 95. Soysal, M., 2017. *Şizofren Hastaların Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi.(Yüksek Lisans Tezi)*, Gaziantep Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep.
 96. Stevens, E., Jason, L. A., Ram, D., ve Light, J., 2015. Investigating Social Support and Network Relationships in Substance use Disorder Recovery. *Substance Abuse*, 36(4), 396-399.
 97. Şahin, M., Aydın, B., Sarı, S.V., Kaya, S., Pala, H., 2012. Öznel İyi Oluşu Açıklamada Umut ve Yaşamda Anlamların Rolü. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 20(3), 827-836.
 98. Şenocak, S.Ü., Arslantaş, H., ve Yüksel, R., 2019. A New Direction to Psychiatric Wellness: Recovery Oriented Approach. *Archives Medical Review Journal* 28 (2), 83-97.
 99. Thomas, E. C., Muralidharan, A., Medoff, D., ve Drapalski, A. L., 2016. Self-Efficacy as a Mediator of the Relationship Between Social Support and Recovery in Serious Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(4), 352.
 100. Toljamo, M., Hentinen, M., 2001. Adherence to Self-Care and Social Support. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 618-627.
 101. Townsend, M.C., 2016. İyileşme Modeli. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*. Editörler: Özcan C.T., Gürhan, N.). Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara, s.204-216.
 102. Tweedell, D., Forchuk, C., Jewell, J., Steinnagel, L., 2004. Families' Experience During Recovery or Nonrecovery from Psychosis. *Arch Psychiatr Nurs*, 18(1), 17-25.

103. Verheijden, M.W., Bakx, J.C., Van Weel C., Koelen, M.A., Van Staveren, W.A., 2005. Role of Social Support in Lifestyle-Focused Weight Management Interventions. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, 179-186.
104. Vural, F., ve Koroğlu, M. A., 2020. Şizofreni Hastalarının Sosyal Yaşamları ve Sosyal Hizmet İlişkisi: Kütahya İli Örneği. *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 7(2), 653-668.
105. Wang, H., Wu, S., Liu, Y., 2003. Association Between Social Support and Health Outcomes: Meta-Analysis. *Kaohsiung Journal of Medical Science* 19, 345-351
106. Wciórka, J., Świtaj, P., & Anczewska, M., 2015. The Stages of Recovery in Relation to the Other Subjective and Objective Aspects of Psychosis. *Psychiatry Research*, 225(3), 613-618.
107. Weeks, G., Slade, M., ve Hayward, M., 2011. A UK Validation of the Stages of Recovery Instrument. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(5), 446-454.
108. World Health Organization. 2013. Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO: Geneva. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf . Erişim Tarihi: 08.08.2021
109. World Health Organization. 2019. Mental disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> Erişim Tarihi: 26.11.2022
110. Yalçın, İ. 2014. İyi Oluş ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkiler: Türkiye’de Yapılmış Çalışmaların Meta Analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25,1-12.
111. Yalçın, N., Türkmen, S. N., Irmak, H., Tavşanlı, N. G., Elma, F., 2019. İyileşme Süreci Envanteri Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 32-40.
112. Zemen, N., 2020. Akut Psikiyatri Kliniklerinde Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Uyumu, Sosyal İşlevsellik, Sosyal Destek ve İlişkili Faktörler. (Yüksek Lisans Tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
113. Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., ve Farley, G. K., 1988. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

EKLER

EK-1. TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı; ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde yatan, ayaktan takip hastaların algıladıkları sosyal destek ve iyileşme aşamaları ilişkisini belirlemek amacıyla bir bilimsel araştırma yapmayı planlamaktayız. Anket için vereceğiniz tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu nedenle soruları cevaplariken içten olmanızı diliyoruz. Katılımınız ve gösterdiğiniz duyarlılığınız için şimdiden çok teşekkür ederiz...

Dr. Öğr. Üyesi Medine KOÇ

Seda Yılmaz Aşar

Anket No:

1. Tanınız/Hastalığınızın adı:

- Şizofreni
- Bipolar Bozukluk
- Major Depresif Bozukluk
- Anksiyete Bozukluğu
- Obsesif Kompulsif Bozukluk
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- Madde Kullanım Bozukluğu
- Diğer (Lütfen belirtiniz):.....

2.Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

4. Medeni durumunuz:

- Evli
- Bekar

Boşanmış

Eşi vefat etmiş

5. Çocuk sayısı:

6. Eğitim durumunuz:

Okur-yazar değil

Okur-yazar

İlköğretim

Lise

Lisans

Lisansüstü

7. Çalışma durumunuz:

Çalışıyor Çalışmıyor

8. Sosyal güvenceniz:

Var Yok

9. Kiminle yaşıyorsunuz?

Yalnız

Eş varsa çocuk

Çocuklarımla

Anne-Baba

Bakımevi

Akraba

Arkadaş

Kardeş

Diğer (Lütfen belirtiniz):.....

10. Yaşadığınız yer:

() İl merkezi () İlçe merkezi () Köy

11. Eşinizin çalışma durumu:

() Çalışıyor () Çalışmıyor

12. Eşinizin eğitim durumu:

() Okur-yazar değil

() Okur-yazar

() İlköğretim

() Lise

() Üniversite ve üst

13. Gelir düzeyiniz:

() Gelir Giderden Düşük

() Gelir Gidere Denk

() Gelir Giderden Yüksek

14. Ailenizde ruhsal hastalık öyküsü var mı?

() Evet () Hayır

15. Kaç kez psikiyatri hastanesi/kliniğinde yattınız (Lütfen belirtiniz):.....

16. Hastalığınız ne zaman teşhis edildi (Lütfen belirtiniz): (gün/ay/yıl)

17. Ne kadar zamandır tedavi görüyorsunuz (Lütfen belirtiniz) : (gün/ay/yıl)

18. (Yatan hastalar için) Yatışınızın kaçınıcı günü (Lütfen belirtiniz):.....

EK-2. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal desteği ve sosyal desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin annemi babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

EK-3. İYİLEŞME AŞAMALARI ÖLÇEĞİ

Verilen ifadeleri size uygunluk derecesine göre **0 ile 5 arasında derecelendirip**

işaretleyin. Bu cevabı seçerken, geçmişte değil **şimdi** nasıl hissettiğinizi düşünün.

Grup 1 <i>1-5. soruları okuyun ve her ifadeye uygun düşen cevabı daire içine alın.</i>	<i>Şimdi hiç</i>					
	<i>doğru değil</i>			<i>Şimdi tamamen doğru</i>		
1- Bu hastalık yüzünden hayatımın mahvolduğunu hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
2- Bu hastalıkla nasıl başa çıkacağımı öğrenmeye başlamak isterim.	0	1	2	3	4	5
3- Hayatımı yeniden düzene koymak için çalışmaya daha yeni başlıyorum.	0	1	2	3	4	5
4- Bana hayatın bir anlamı olduğu duygusunu veren önemli projeler üzerinde çalışıyorum.	0	1	2	3	4	5
5- Hayatım şimdi gerçekten iyi ve gelecek bana aydınlık görünüyor.	0	1	2	3	4	5

Grup 2 <i>6-10. soruları okuyun ve her ifadeye uygun düşen cevabı daire içine alın.</i>	<i>Şimdi hiç</i>					
	<i>doğru değil</i>			<i>Şimdi tamamen doğru</i>		
6- Şu anda hasta bir insandan başka hiçbir şey değilmişim gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5

7- Başkaları bana inandığı için, ‘belki daha iyi olabilirim’ diye düşünmeye daha yeni başladım.	0	1	2	3	4	5
8- Hangi konularda iyi ve hangi konularda zayıf olduğumu anlamaya başladım.	0	1	2	3	4	5
9- Bugünlerde, hayatımda kişisel olarak önem verdiğim bazı şeyler üzerinde çalışıyorum.	0	1	2	3	4	5
10- Hayatımda değerli ve doyum veren şeyler başarıyorum.	0	1	2	3	4	5

Grup 3 <i>11-15. soruları okuyun ve her ifadeye uygun düşen cevabı daire içine alın.</i>	<i>Şimdi hiç doğru değil Şimdi tamamen doğru</i>					
11- Artık kim olduğumu bilmiyormuşum gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
12- Bu hastalığın hayatımın bir parçası olduğunu, onunla yaşamayı öğrenmem gerektiğini kabul etmeye daha yeni başladım.	0	1	2	3	4	5
13- Kişisel özelliklerimin neler olduğunu düşünmeye başlıyorum.	0	1	2	3	4	5
14- İyileşmek için çaba gösterirken kendim hakkında yeni şeyler öğreniyorum.	0	1	2	3	4	5
15- Bir birey olarak kendimden memnunum.	0	1	2	3	4	5

Grup 4	<i>Şimdi hiç</i>					
<i>16-20. soruları okuyun ve her ifadeye uygun düşen cevabı daire içine alın.</i>	<i>doğru değil</i>					<i>Şimdi tamamen doğru</i>
16- Hayatım şu anda tamamen anlamsız görünüyor.	0	1	2	3	4	5
17- Hayatımla ilgili bir şeyler yapabileceğimi düşünmeye daha yeni başlıyorum.	0	1	2	3	4	5
18- Hala değerli bir insan olabileceğimin daha yeni farkına varmaya başlıyorum.	0	1	2	3	4	5
19- Hayata değerli katkılar yaptığımı hissetmeye başlıyorum.	0	1	2	3	4	5
20- Hayatta mücadele edeceğim yeni şeylerle karşılaşmayı sabırsızlıkla bekliyorum.	0	1	2	3	4	5

Grup 5	<i>Şimdi hiç</i>					
<i>21-25. soruları okuyun ve her ifadeye uygun düşen cevabı daire içine alın.</i>	<i>doğru değil</i>					<i>Şimdi tamamen doğru</i>
21- Durumumla ilgili hiçbir şey yapamam.	0	1	2	3	4	5
22- Kendime nasıl iyi bakacağımı öğrenmeye başlamak istiyorum.	0	1	2	3	4	5
23- Hastalığımla yaşamayı öğrenmek konusunda kendime daha çok güvenmeye başlıyorum.	0	1	2	3	4	5

24- Hastalığımla uğraşmak zorunda kalırken hayat hakkında çok şey öğreniyorum.	0	1	2	3	4	5
25- Hastalığımı şu anda gayet iyi yönetebiliyorum.	0	1	2	3	4	5

Grup 6 26-30. soruları okuyun ve her ifadeye uygun düşen cevabı daire içine alın.	<i>Şimdi hiç doğru değil</i> <i>Şimdi tamamen doğru</i>					
26- Şu anda hayatım üzerinde hiç kontrolüm yokmuş gibi görünüyor.	0	1	2	3	4	5
27- Kendime yardım etmek için bir şeyler yapabileceğimi düşünmeye başlıyorum .	0	1	2	3	4	5
28- Ruhsal hastalıklar ve kendime nasıl yardım edebileceğim konusunda öğrenmeye başlıyorum .	0	1	2	3	4	5
29- İyilik halimi korumak için çok çalışıyorum ve uzun vadede buna değecek.	0	1	2	3	4	5
30- Hayatımı kendim kontrol ediyorum.	0	1	2	3	4	5

EK-4 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI**Ek-5 İYİLEŞME AŞAMALARI ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI****EK-6 TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İZİN YAZISI**

EK-7 TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ KURUM İZİNİ



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : E-21979232-020-71785
Konu : Çalışma İzni

10.09.2021

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Medine KOÇ
Öğretim Üyesi

İlgi : , 07.09.2021 tarihli ve BİLA sayılı yazı.

Dr. Öğr. Üyesi Medine KOÇ tarafından yapılması planlanan "Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ve İyileşme Aşamalarının Belirlenmesi" başlıklı çalışmanın yapılması Merkez Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nihat ULUOCAK
Merkez Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSCLO7848K Pin Kodu :61952

Belge Takip Adresi :
<https://arkivya.gov.tr/oid/taK=5695&id=05CL07848K&id=71785>

Adres: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ali Şevki Erak Yerleşkesi Merkez Tokat
Telefon: 2129500 Faks: 2122142
e-Posta: hastanesi@gop.edu.tr Web: <http://hastanesi.gop.edu.tr>
Kep Adresi: gaziosmanpasani.hastanesi@tat03.kep.tr

İlgi İçin: EİİF Mezun
Unvan: Sağlık Tekniker



EK-8 TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİNİ



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-87064461-044
Konu : Bilimsel Araştırma İzni-Seda
YILMAZ AŞAR,Elif BABACAN
Hk.

Sayın Dr. Öğrt. Üyesi Medine KOÇ
(medine.koc@gop.edu.tr)

Yürütücülüğünü yapacağımız Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Elif BABACAN'ın "Ruhsal Hastalığı olan Bireylerde Ruh Sağlığı Okur Yazarlık Düzeyleri ile Sağlık Algılarının Belirlenmesi" ve Seda YILMAZ AŞAR'ın "Ruhsal Hastalığı olan Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ve İyileşme Aşamalarının Belirlenmesi" isimli çalışmalarını Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonunca incelenmiş çalışmanın yapılması yönünde izin verilmiş, bağlı birimlerimiz konu hakkında resmî yazı ile bilgilendirilmiş, komisyon karar tutanağı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Yunus TOPAL
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Dr. Öğrt. Üyesi Medine KOÇ komisyon karar tutanağı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Bilgi İçin: Seyhan ÖZELCE
TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ Hizmet Binası Hoca Ahmet Mü. Mustafa CULHURU, cad. No:4 69100 TOKAT
Telefon: Faks No: 2144027 EBE
e-Posta: seyhan.ozelce@saglik.gov.tr İnternet Adresi: . Telefon No: (0 356) 212 11 38