
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Gazi
1926

İYİLEŞME SÜRECİ ENVANTERİNİN TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Haydar Mehmet KAYA

DOKTORA TEZİ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ARALIK 2020

İYİLEŞME SÜRECİ ENVANTERİNİN TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

(Doktora Tezi)

Haydar Mehmet KAYA

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Aralık 2020

ÖZET

Araştırma ruhsal hastalığı olan, psikiyatri kliniğinde ve toplum ruh sağlığı merkezinde tedavi gören bireylerin ruhsal hastalıktan iyileşme süreçlerini değerlendirmek amacıyla, Jeanette M. Jerrell ve ark. tarafından geliştirilen İyileşme Süreci Envanteri'nin (Recovery Process Inventory) Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğini belirlemek için uygulanmıştır. Araştırma, araştırmayı kabul eden hastanelere bağlı psikiyatri kliniği ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde gerekli izinler alındıktan sonra 01.08.2019-31.07.2020 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, İyileşme Süreci Envanteri ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmayı kabul eden 250 katılımcıyla soru cevap şeklinde yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik değerlendirmesinde, dil, kapsam, görünüş, yapı geçerliği ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre İyileştirme Süreci Envanteri öz değerleri 1'in üzerinde olarak 6 faktör olarak tespit edilmiştir. Analizde belirlenen 6 faktörün birlikte maddelerdeki toplam varyansın ve ölçeğe ilişkin varyansın önemli bir kısmını açıkladığı belirlenmiştir. Ölçeğin geçerli olduğu kabul edilmiştir. İyileştirme Süreci Envanteri'nin (İSE) iç tutarlılık katsayısı Cronbach's alfa değeri 0,828 olarak elde edilerek, ölçeğin güvenilir düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak, İyileştirme Süreci Envanterinin 26 madde ve 6 alt boyutta oluşan Türkçe uyarlaması, geçerli ve güvenilir bir envanter olduğu belirlenmiştir. Envanterin psikiyatri hastalarının iyileşme süreçlerini belirlemek için kullanılması önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1032.07
Anahtar Kelimeler : İyileşme, Ruhsal Hastalık, İyileşme Süreci, Geçerlik ve Güvenirlik
Sayfa Adedi : 87
Danışman : Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

THE VALIDITY AND RELIABILITY OF THE TURKISH FORM OF RECOVERY PROCESS INVENTORY

(Ph. D. Thesis)

Haydar Mehmet KAYA

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

December 2020

ABSTRACT

The research was applied to determine the validity and reliability of the Turkish version of the Recovery Process Inventory developed by Jeanette M. Jerrell et al. in order to evaluate the recovery processes of individuals with mental illnesses who are treated in the psychiatry clinic and community mental health center.The study took place between 01.08.2019-31.07.2020 after obtaining the necessary permissions from the psychiatry clinics and community mental health centers affiliated to the hospitals that accepted the study. Research data were collected using Introductory Information Form, Rocovery Process Inventory and Rocovery Assessment Scale. It was collected by face to face interview method in the form of questions and answers with 250 participants who met the inclusion criteria and accepted the study. Language, scope, face, construct validity and reliability analyzes were performed in the validity and reliability evaluation of the scale. According to the analysis results, the Improvement Process Inventory was determined as 6 factors with eigenvalues above 1. It was determined that 6 factors determined in the analysis together explained a significant part of the total variance in the items and the variance regarding the scale. The scale is considered valid. Cronbach's alpha value of the Cronbach's alpha value of the Recovery Process Inventory (RPI) was obtained as 0.828, and it was concluded that the scale was at a reliable level. As a result, the Turkish version of the Improvement Process Inventory, consisting of 26 items and 6 sub-dimensions, was determined to be a valid and reliable inventory. It is recommended that the inventory be used to determine the recovery processes of psychiatric patients.

Science Code : 1032.07
Key Words : Recovery, Mental Illness, Recovery Process, Validity and Reliability
Page Number : 87
Advisor : Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

TEŞEKKÜR

Doktora tezimin konusunun belirlenmesi, planlaması, yürütülmesi ve yazımı esnasında bilgi ve deneyimleri ile bana rehberlik eden, göstermiş olduğu içten ilgi, sabır ve anlayışı için, meslek hayatımda azmini örnek alacağım saygıdeğer hocam ve danışmanım, Prof. Dr. Nermin GÜRHAN'a,

Tezimin yazımında değerli bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım hocalarım Sayın Prof. Dr. Behçet COŞAR'a, Prof. Dr. Zehra ARIKAN'a Prof. Dr. Dilek EKİCİ'ye, Dr. Öğr. Üyesi Aygül KISSA'a ve Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖL'e,

Çalışmaya katılarak çalışmanın doğru ve başarılı bir şekilde uygulanabilmesine katkıda bulunan değerli sağlık çalışanlarına ve hastalarımıza sonsuz teşekkürler.

Ayrıca eğitim hayatım boyunca manevi desteği ile her zaman yanımda olan sevgili eşime teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET iv

ABSTRACT v

TEŞEKKÜR vi

İÇİNDEKİLER vii

ÇİZELGELERİN LİSTESİ x

ŞEKİLLERİN LİSTESİ xi

SİMGELER VE KISALTMALAR xii

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1. Ruh Sağlığı Hastalıklarında İyileşmenin Tanımı ve Tarihçesi 3

2.2. İyileşme Hareketi 5

2.3. İyileşme İle İlgili Kavramlar 6

2.4. İyileşmeye Yönelik Uygulamalar 6

2.5. İyileşme Süreci 8

2.6. İyileşme Odaklı Ruh Sağlığı Sistemi 9

2.7. İyileşmede Psikiyatri Hemşirelerinin Rolü 12

2.8. Psikiyatri Hastalarının İyileşmeye İlişkin Görüşleri 13

2.9. Ruhsal Hastalıklarda İyileşmeyi Kolaylaştıran Faktörler 15

2.10. Ruhsal Hastaların İyileşmesinin Önündeki Engeller 16

2.11. İyileşme Süreci Envanteri 16

3. GEREÇ VE YÖNTEM 17

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 17

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 17

Sayfa

3.3. Araştırmanın Evreni 23
3.4. Araştırmanın Örneklemi 23
3.5. Veri Toplama Araçları 23
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu 24
3.5.2. İyileşme Süreci Envanteri (İSE) 24
3.5.3. İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) 25
3.6. Veri Toplama Yöntem ve Süreci 26
3.6.1. Ölçek dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar 27
3.6.2. Ölçek İçerik/Kapsam Geçerliğine Yönelik Çalışmalar 27
3.6.3. Ölçek Görünüş Geçerliğine Yönelik Çalışmalar 28
3.6.4. Ölçüt Geçerliğine Yönelik Çalışmalar 28
3.6.5. Yapı Geçerliğine Yönelik Çalışmalar 28
3.6.6. Ölçek güvenirliğine yönelik çalışmalar 29
3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi 30
3.8. Verilerin Toplanması 30
3.9. Araştırmanın Etik Yönü 30
4. BULGULAR 33
4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular 33
4.2. İyileşme Süreci Envanterinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarına Ait Bulgular 37
4.2.1. İyileşme Süreci Envanterinin dil eşdeğerliği 37
4.2.2. İyileşme Süreci Envanterinin kapsam geçerliği 38
4.2.3. İyileşme Süreci Envanterinin yapı geçerliği 40
4.3. İyileşme Süreci Envanteri Normallik Sınaması 42

Sayfa

4.4. İyileşme Süreci Envanteri DFA Sonuçları 45
4.5. İyileşme Süreci Envanteri Güvenirlik ve Korelasyon Analizi Sonuçları..... 48
4.6. İyileşme Süreci Envanterinde Ölçüt Bağıntılı Geçerlik 51
5. TARTIŞMA 53
5.1. İyileşme Süreci Envanterinin Dil Eşdeğerlik Sonuçlarının İncelenmesi 53
5.2. İyileşme Süreci Envanterinin Geçerlik Sonuçlarının İncelenmesi..... 53
5.3. İyileşme Süreci Envanteri Güvenirlik Sonuçlarının İncelenmesi 57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 59
KAYNAKLAR 61
EKLER..... 66
EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 67
EK-2. Tanıtıcı Bilgi Formu..... 68
EK-3. Recovery Process Inventory (İyileşme Süreci Envanteri) Orijinal Formu 70
EK-4. İyileşme Süreci Envanteri (İSE)..... 72
EK-5. İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDO)..... 76
EK-6. İyileşme Süreci Envanteri İzin Yazısı..... 77
EK-7. İyileşme Değerlendirme Ölçeği İzin Yazısı 78
EK-8. Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu İzin Yazısı 79
EK-9. Araştırmanın Yapıldığı Kurumların İzin Yazıları..... 80
EK-10. Uzman Görüşü Formu..... 85
ÖZGEÇMİŞ 86

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge **Sayfa**

Çizelge 3.1. Veri Toplama Yöntem ve Süreci…… 26

Çizelge 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri 33

Çizelge 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin ruhsal ve fiziksel hastalık özellikleri 35

Çizelge 4.3. İyileşme Süreci Envanteri uzman değerlendirme sonuçları ve kapsam geçerlik indeksi 39

Çizelge 4.4. İyileşme Süreci Envanteri Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett küresellik test analizi 40

Çizelge 4.5. İyileşme Süreci Envanteri faktör yükleri 41

Çizelge 4.6. İyileşme Süreci Envanteri Normallik Testi Sonuçları 43

Çizelge 4.7. İyileşme Süreci Envanteri doğrulayıcı faktör analizi sonuçları 45

Çizelge 4.8. İyileşme Süreci Envanteri DFA Uyum İndeksleri 46

Çizelge 4.9. İyileşme Süreci Envanteri güvenirlik analiz sonuçları 48

Çizelge 4.10.İyileşme Süreci Envanterine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları arasındaki ilişki 49

Çizelge 4.11.İyileşme Süreci Envanteri İyileşme Değerlendirme Ölçeği arasındaki İlişki 51

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil **Sayfa**

Şekil 1. Verilere İlişkin Q-Q grafiği 44

Şekil 2. İyileştirme Süreci Envanteri Ölçeği DFA Modeline İlişkin Yol Diyagramı 47

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
WHO	World Health Organization- Dünya Sağlık Örgütü
RPİ- İSE	Recovery Process İnventory- İyileşme Süreci Envanteri
RAS- İDÖ	Recovery Assessment Scale- İyileşme Değerlendirme Ölçeği
n	Örnekleme Alınacak Birey Sayısı
CVI- KGİ	Content Validity Indeks- Kapsam Geçerlik İndeksi
AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
SPSS	Statistical Package for Social Science
LİSREL	Linear Structural Equations Model Language
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling
CFI	Comparative Fit Index- Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi
GFI	Goodness-of- Fit Index- Uyum İyiliği İndeksi
AGFI	Adjusted Goodness of Fit Index- Düzeltilmiş Uyum İyiliği
NFI	Normed Fit Index- Ölçekleştirilmiş Uyum İndeksi
IFI	Artan Uyum İndeksi
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation- Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü

1. GİRİŞ

Problem Durumu/Konunun Tanımı

Geçmişte ciddi bir ruhsal hastalık tanısı, ömür boyu hastalık ve sakatlık ile ilişkiliydi. Bu nedenle ruhsal hastalıklara yönelik tedavilerde ve semptomları azaltmada öncelikle ilaçların kullanımına odaklandı [1]. Mevcut ruhsal hastalıktan iyileşme düşüncesi 1980'lerde ruhsal hastalık tanısı alan, taburcu olduktan sonra artık hastalık prognozu yaşamamış olan bireylerin deneyimlerinden ortaya çıkmıştır [2].

Ruhsal hastalıklarda iyileşme kavramı, hastalığı yaşayan bireylerde kişisel bir deneyim olarak değişim ve kabul görme yolculuğunu yansıtır. Bu yolculuk ise, yaşanan sorunlar hakkında bir anlam duygusu geliştirmek ve kendi kendini yönetme kapasitesine ulaşmakla ilgilidir [3].

Kişisel iyileşme, ‘'hastalığın getirdiği sınırlamalarla bile tatmin edici, umutlu ve katkıda bulunan bir hayat yaşayacak şekilde tutumlarını, değerlerini, duygularını, hedeflerini, becerilerini veya rollerini değiştirmeye yönelik derin kişisel, benzersiz bir süreç'' olarak tanımlanmıştır [2].

Ruhsal hastalığı olan kişilerin yaşadığı zorluklar 1970'lerin sonlarında ortaya çıkan iyileşme hareketine yol açmış, bu da daha sonra Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, Avustralya ve Yeni Zelanda'da ruh sağlığı politikasını ve uygulamasını etkilemiştir. Davidson'a göre bu hareket, bu insanların yaşam deneyimlerinden öğrendiklerini, yardım almadan sık sık bir şekilde yollarını bulmalarında ve bazı durumlarda toplumlarında “anlamlı ve üretken” yaşamlara öncülük eden ruh sağlığı hizmetleri etkili olmuş ve bu iddiayı desteklemek için, uzunlamasına veriler de, ciddi ruhsal hastalığı olan kişilerin, doğru koşullar göz önüne alındığında iyileşilebileceğini göstermektedir [4].

Ruhsal hastalığı olan bireylerin, öznel deneyimleri ve yaşadıkları deneyimler bireysel iyileşme sürecinde çok önemli bir rol oynamaktadır. İyileşme, elde edilecek bir sonuç veya durum olarak tanımlanmaktan ziyade kişinin yaşamını sürdürmek için bir süreç ve tatmin edici bir yol olarak görülmesi gerektiği belirtilmiştir [5].

İyileşme sürecinde, güçlendirme, umut, sorumluluk, akran desteği, savunuculuk ve yaşam kalitesi baskın kavramlar haline gelirken, hastanın bakış açısından değerlendirme olmamıştır. İyileşme sürecinin birincil etmeni olarak kabul edilen ruhsal hastalığa sahip bireyler, tatmin edici bir yaşam sürmek için bireysel ve toplumsal kaynakları kullanmaları gerektiği belirtilmiştir [6].

Dolayısıyla, ruhsal hastalıktan iyileşme, birçok ülkede ruh sağlığı politikasının yol gösterici vizyonudur denilebilir. ABD, Kanada, Yeni Zelanda, Avustralya, İrlanda, İskoçya ve İngiltere ve Galler'deki ruh sağlığı politikasının merkezinde yer alan hedef iyileşmeyi desteklemektir. Bunun paralelinde ruh sağlığı profesyonelleri ve ruh sağlığı hemşireleri gibi meslek grupları tarafından kişisel iyileşmeye yönelik ilgi de gelişme göstermiştir.

Tarihsel olarak, depresyon ve diğer ruhsal hastalıklarının tedavisi semptomları azaltmaya ve ruhsal hastalığının olumsuz deneyimlerini azaltmaya odaklanmıştır. Bununla birlikte, bir tedavi modelinin hem tedaviye hem de araştırmaya dâhil edilmesinin öneminin giderek daha fazla tanınması söz konusu olmuştur. İyileşme modelleri, hastaların semptomlarını azaltmaya odaklanmak yerine olumlu deneyimleri artırmaya ve anlamlı bir yaşam sürmelerine yardımcı olmaya odaklanır [7]. Ancak, iyileşmeye daha fazla odaklanabilmek için, psikometrik olarak güvenilir iyileşme ölçekleri gereklidir [8].

Bir ruh sağlığı sisteminin sonuçlarını göstermek için psikososyal işlevsellik, semptomatoloji, memnuniyet ve iyileşmeyi kapsayan kısa, kolay uygulanabilir, psikometrik olarak güvenilir araçlar kullanmak ruh sağlığı sisteminde önemli hale gelmiştir.

Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, ruhsal bozukluğu olan hastalara yönelik geliştirilmiş olan İyileşme Süreci Envanteri'nin Türkçe Formunun geçerlilik ve güvenilirliğini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında İyileşmenin Tanımı ve Tarihçesi

Ruh sağlığında iyileşme kavramı yıllardır tartışılan bir konu olmuştur. Bununla birlikte pek çok tanım yapılmıştır. Slade, klinik iyileşme ve kişisel iyileşmenin farklı olduğunu ileri sürerek, klinik iyileşmenin sağlık profesyonelin uzmanlığından, kişisel iyileşmenin bireyin yaşam tecrübesi olan kişilerden ortaya çıkmasından dolayı birbirinden farklı olduğunu ileri sürmüştür [9].

Birçok ülkede, “iyileşme” terimi ve bunun politika ve uygulama üzerindeki etkileri konusunda hala bir fikir birliği yoktur. Aslında 'iyileşme' ruh sağlığı hizmetlerinin temel amacı hakkındaki tartışmaların merkezinde yer alır. İyileşmenin ilk anlamı, profesyonel önderliğinde araştırma ve uygulamalardan ortaya çıkmıştır ve normale dönüş olarak özetlenebilir. Yaygın olarak kullanılan tanımda ise, iyileşmenin tam semptom remisyonu, tam veya yarı zamanlı iş veya eğitim, herhangi bir bakıcı tarafından denetlenmeden bağımsız yaşam ve faaliyetlerin paylaşılabileceği arkadaşlara sahip olması ve hepsinin iki yıl boyunca devam etmesidir [10]. Bu anlamda iyileşme gözlemlenebilir, uzman bir klinisyen değerlendirebilir, epidemiyolojik araştırma kullanılarak araştırılabilir. Burada genellikle değişmez bir tanım vardır ve mesleki eğitimin yönlendirildiği tanımdır [11].

Anthony’nin iyileşme tanımı, kişisel iyileşmenin sıklıkla atıfta bulunduğu bir tanımıdır. “Kişinin tutumlarını, değerlerini, duygularını, hedeflerini, becerilerini ve rollerini değiştirmeye yönelik derinden kişisel ve benzersiz bir süreç. Hastalığın getirdiği sınırlamalarla bile tatmin edici, umutlu ve katkıda bulunan bir yaşam sürmenin bir yoludur. İyileşme, zihinsel hastalığın yıkıcı etkilerinin ötesinde büyüdükçe kişinin hayatında yeni bir anlam ve amaç geliştirilmesini içerir [2].

Ruhsal hastalıktan iyileşmenin yaygın olarak ifade edilen bir diğer tanımı ise, Deegan yapmıştır, devam eden bir ruhsal hastalığının varlığında bile tatmin edici, ödüllendirici bir hayat yaşamaktır. Ayrıca Deegan, ruhsal hastalığı olan kişilerin psikiyatrik bir engele sahip olmasına rağmen toplum yaşamına tam olarak dâhil olmaları gerektiğini savunmuştur [12].

Anthony, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün olduğunu, ancak derinlemesine kişisel, sürekli bir gelişme, keşif ve değişim süreci gerektiğini belirtmiş, semptomların giderilmesinden ve damgalanmayla baş etmekten daha fazlası, kişinin ruhsal hastalığının sınırlamalarına rağmen tatmin edici, umutlu ve katkıda bulunan bir yaşam sürmek olduğunu belirtmiştir [2]. Jacobson ve arkadaşları ise, iyileşme süreci hem bireysel kararlılığı hem de başkalarının desteğinin olması gerektiğini, iyileşmenin umut, maneviyat, benlik saygısı, öz-yeterlik, otonomi, güçlendirme, iyileşme, başkalarıyla iletişim ve güvenliği içerdiğini belirtmişlerdir [13].

Saunders ve arkadaşları, ruhsal hastalığı olan bireyler için iyileşmenin merkezinde yer alan umut ve anlam fikirlerini hastalıkların getirdiği sınırlamalarda bile tatmin edici bir yaşama geçmelerini sağlamak olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca iyileşme en iyi, bir insanın toplum içinde aktif kaldığında ve seçtikleri anlamlı ve tatmin edici rolleri yerine getirdiğinde ortaya çıkar. Bu ise, kriz bakımının sağlanmasının yanı sıra, barınma, günlük faaliyetler, sosyal ve finansal beceriler, toplum erişimi, sosyal ve eğlence faaliyetleri, danışmanlık ve savunuculuk ile mesleki ve istihdam desteğini de kapsamakta olduğunu belirtmişlerdir [14].

Ruhsal hastalıktan iyileşme, semptomların azalması, fonksiyonel gelişme, sosyal entegrasyon ve kişisel rahatlığı kapsayan çok yönlü bir kavramdır [15]. Kişisel iyileşme kavramı bir sonuçtan ziyade bireysel bir süreci göz önünde bulundurur ve özellikle umut, öz kimlik, hayattaki anlam ve kişisel sorumluluk konularını içeren öznel boyuta odaklanır [16].

İyileşme çok boyutlu bir kavramdır, tek bir iyileşme ölçüsü yoktur, ancak bunun çeşitli yönlerini tahmin eden birçok farklı değerlendirme ölçütleri vardır. İyileşme vizyonu, hizmet çıktısı konsepti, benlik saygısı, engelliliğe uyum, güçlendirme ve kendini gerçekleştirme gibi boyutları içerecek şekilde genişletmektedir. İyileşme basit ama güçlü bir vizyondur [2].

Ruh sağlığı alanında iyileşme, Avustralya Dördüncü Ulusal Ruh Sağlığı Planı 2009 - 2014'te öncelikli alan olarak belirtilmiştir ve iyileşmeyi şöyle tanımlamıştır; Kişinin tutumlarını, değerlerini, duygularını, hedeflerini, becerilerini ve rollerini değiştirmeye yönelik kişisel bir süreç. Kişi, psikiyatrik özürlülüğün etkilerinin ötesinde büyüdükçe, yeni anlam ve amaç ve tatmin edici, umutlu ve katkıda bulunan bir yaşamın gelişimini içerir. İyileşme süreci, bireysel olarak tanımlanmış temel hizmetler ve kaynaklar tarafından desteklenmelidir [17].

Ruhsal hastalığı olan kişilerin yaşadığı zorluklar 1970'lerin sonlarında ortaya çıkan iyileşme hareketine yol açmış, bu da daha sonra Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, Avustralya ve Yeni Zelanda'da ruh sağlığı politikasını ve uygulamasını etkilemiştir. Davidson'a göre bu hareket, bu insanların yaşam deneyimlerinden öğrendiklerini, yardım almadan sık sık bir şekilde yollarını bulduklarını vurguladı ve bazı durumlarda toplumlarında "anlamlı ve üretken" yaşamlara öncülük eden ruh sağlığı hizmetleri etkili olmuş ve bu iddiayı desteklemek için, uzunlamasına veriler de, ciddi ruhsal hastalığı olan kişilerin, doğru koşullar göz önüne alındığında iyileşebileceğini göstermektedir [4].

Bununla birlikte, "iyileşme" teriminin ruh sağlığı iyileşme hareketi bağlamında anlaşılması önemlidir. İyileşme derinden kişisel ve eşsiz bir süreçtir ve semptomların varlığı veya yokluğu ile ilgili değildir [18]. Ancak bireyler için işlevlerini yeniden yapmaları, semptomların azaltılmasının üstünde ve ötesindedir [4]. Ruhsal hastalığı olan bireyler, iyileşmeleri için gerekli olanın ‘’bağımsız yaşamak için destek’’ olduğunu giderek daha fazla ifade etmiştir [18].

2.2. İyileşme Hareketi

İyileşme hareketi; bireylerin algılanan ihtiyaçlarına ve hastaların hedeflerine yönelik uygulamalara dayalı olarak hasta merkezli bir yaklaşımın önemini vurgulamaktadır [19]. İyileşme, bireylerin hayatlarında nasıl daha aktif bir role sahip olabileceği sorusuna odaklanır. İyileşme; kişinin tutumlarını, değerlerini, duygularını, hedeflerini, becerilerini ve rollerini değiştirmeye yönelik derinden kişisel ve benzersiz bir süreç olarak tanımlanmıştır. Hastalığın getirdiği sınırlamalarla bile tatmin edici, umutlu ve katkıda bulunan bir yaşam sürmektir [2]. Ayrıca, bireyin güçlü yönlerini ve kapasitelerini araştırmak, tatmin edici ve anlamlı sosyal rolleri araştırmak, kurumsal ve ailevi destek sistemlerini harekete geçirmek ile karakterizedir. İyileşme hareketi, ruh sağlığı bakımı ve sosyal içermenin nasıl teşvik edilebileceği konusunda daha geniş düşünmeye itmiştir [19].

Pratt ve arkadaşları bireylerin ruhsal hastalıklarının tedavilerinde iyileşmeye dayalı bir kendi kendini yönetme yaklaşımı olan Wellness Recovery Action Planning'in (WRAP) etkinliği üzerine bir çalışma yapmıştır. WRAP, ruhsal hastalığın getirdiği zorluklar ile ilgili deneyimleri olan bireylerin, grup yöneticisi tarafından yönetilen kendi kendine yardım ve karşılıklı destek grubudur. Bu grupta görüşmelerde ve odak grupları dâhil olmak üzere nitel

bir değerlendirme yapılmış, araştırmacılar bu akran odaklı müdahalenin, özellikle umut geliştirme ve bireylerin iyileşme süreçlerini kendi başlarına yönetmeleri için güçlendirilmelerinde olumlu bir etki olarak bulmuşlardır [20].

2.3. İyileşme İle İlgili Kavramlar

Semptom remisyonu (yani klinik iyileşme) ve fonksiyonel durumun yeniden başlaması (yani fonksiyonel iyileşme) ile belirlenen sonuçlara odaklanan iyileşme temalı ve rehabilitasyon görüşlerinden farklı olarak, kişisel iyileşme, bireylerin tam potansiyellerini elde etmeye çalıştıkları sürece odaklanır. Ruh sağlığı sorunlarının getirdiği sınırlamalara rağmen kendi kendini yöneten ve katkıda bulunan bir yaşam sürmek olarak da tanımlanabilir. İlk ilke, umut ve kişisel anlam da dahil olmak üzere iyileşme sürecinin öznel olmasını vurgular. Kişisel kimlikle ilgili konuları, özellikle de hastalığın ötesine geçme ve kişinin mümkün olan en iyi benliğine doğru gitme ihtiyacını kapsar. Son olarak bireyleri kendi refahları için sorumluluk almaya teşvik eder [16].

Başarılı bir iyileşme, kişinin değiştiği ve bu gerçeklerin kişiye olan anlamının değiştiği anlamına gelir ve artık kişinin hayatının ana odağı değildir. Kişi diğer ilgi alanlarına ve faaliyetlere geçer. Ruhsal hastalıktan kurtulmak, hastalığın kendisinden kurtulmaktan çok daha fazlasını içerir. Damgalanma, tedavi ortamlarının istenmeyen durumları, bireyin kendi hayatındaki tercihleri için yeni fırsatların bulunmaması, iş olanağının olumsuz yan etkilerinden ve umutsuzluğun olması iyileşmeyi etkileyen etmenler olarak görülmektedir. Bu nedenle iyileşme genellikle karmaşık ve zaman alıcı bir süreçtir [2].

2.4. İyileşmeye Yönelik Uygulamalar

İyileşmeye yönelik uygulama, tek boyutlu, tıbbi bir yaklaşımdan ruhsal hastalığı olan bireyleri tedavi etmeye yönelik bir paradigma değişikliğini temsil eder. Klinik bir sonuç olarak semptomların giderilmesine odaklanmak yerine, iyileşmeye yönelik uygulama, birey oryantasyonu ve bireyin katılımına, değerlerine ve ilkelerine dayanmaktadır [9, 21]. Bu felsefe doğrultusunda, iyileşmeye yönelik uygulamanın genel amacı, bireyi umut, hedeflere ulaşma, sosyal içerme ve destekleyici ilişkileri destekleyerek anlamlı ve tatmin edici bir hayat kazanmada desteklemektir [9].

İyileşme odaklı ruh sağlığı hizmetleri, ruhsal hastalığın tedavisini en iyi şekilde uygulamak için hasta ve ailelerinin verilerini entegre etmeye ve önceliklerini belirlemeye çalışır. Bu "İyileşme" ilkeleri şunları içerir:

- Herkes için iyileşme konusunda iyimser olan ve her hastanın benzersizliğine, kişiliğine, uzmanlığına ve deneyimlerinin kişisel anlamlarına saygı duyan bakım veren profesyonellerin olması,
- Hastanın iyileşme sürecinde, topluma dâhil olmanın ve sosyalleşmesinin önündeki sosyal, politik ve ekonomik engellerle mücadeleye katkıda bulunan hizmetlerin olması,
- Hastanın, güçlü ve zayıf yönlerinde algılanan eksiklikleri, patolojileri ve semptomları yorumlayan psikiyatrik değerlendirmelerin olması,
- Hasta odaklı iyileşme planlanırken, güçlendirici, işbirlikçi ve özerklik içinde ruh sağlığı sisteminin uygulanması,
- Hastanın katılımıyla bakımın sürekliliği, sağlık kuruluşlarına ulaşım ve başvurmaya öncelik veren sağlık kuruluşlarının olması,
- Sağlık profesyoneller arasında ruhsal hastalık etyolojisine, biyo psiko sosyal ve manevi bakış açılarının çokluğunu yansıtan söylemlerinin olması [22].

İyileşme, ruhsal hastalığın yıkıcı etkilerinin ötesine geçtikçe kişinin hayatında yeni bir anlam ve amaç geliştirilmesini içerir [2]. Bu iyileşme anlayışı, semptomatoloji, sosyal işlevsellik, nüksün önlenmesi ve risk yönetiminin değişmez önemini vurgulayan geleneksel klinik zorunluluklarla çelişmektedir. Kişisel iyileşme ve klinik iyileşme birbirinden farklıdır [23]. Kişisel iyileşme genellikle bir süreç olarak anlaşılır, en iyi hasta tarafından değerlendirilebilir ve tanımlanabilir, çünkü bazı hastaların iyileşmesi, semptomların azalması veya ruh sağlığı hizmetlerinden kaynaklanmayabilir. Klinik iyileşme ise genellikle bir sonuç olarak anlaşılır, bir gözlemci tarafından değerlendirilir ve ruh sağlığı hizmetleri tarafından semptomların azaltılması ve etkili tedavilere büyük önem verilir [24].

2.5. İyileşme Süreci

Frese ve Davis iyileşmenin, zihinsel sağlık sorunları olan kişilerin gözünden en iyi anlaşılan, değişen, dinamik bir süreç olduğunu ifade etmiştir [25]. Ruh sağlığı hizmetlerinde iyileşmenin farklı anlamları vardır ancak bireysel gelişme, umut ve özerklik üzerinde daha fazla durulmuştur [26]. İyileşme kavramını takip ederek, ruhsal hastalığı olan kişilere, bağımlı hastalardan daha çok bağımsız bireyler olarak davranılır ve ruh sağlığı uzmanları yetkili değil de daha çok yardımcıdır [27].

İyileşme sürecinde, güçlendirme, umut, sorumluluk, akran desteği, savunuculuk ve yaşam kalitesi baskın kavramlar haline gelmiştir, ancak hastanın bakış açısından değerlendirme olmamıştır. Ruhsal hastalığı olan bireyler, iyileşme sürecinin birincil etmeni olarak kabul edilir ve tatmin edici bir yaşam sürmek için kişisel ve toplum kaynaklarını kullanmaları gerekir [6].

Ruhsal hastalığı olan bireylerin, öznel deneyimleri ve yaşadıkları deneyimler bireysel iyileşme sürecinde çok önemli rol oynamaktadır. İyileşme, elde edilecek bir sonuç veya durum olarak tanımlanmaktan ziyade kişinin yaşamını sürdürmek için bir süreç ve tatmin edici bir yol olarak görülmesi gerekir [5].

Young ve Ensing (1999)'da ruhsal hastalığı olan kişilerin iyileşme sürecini tanımlayan umut verici bir model geliştirmiştir. Model, yedi yarı yapılandırılmış görüşmeyle yapılmış 18 ruhsal hastalığı olan bireyin oluşturduğu iki odak grubunun nitel görüşmelerini teori analizi kullanılarak geliştirilmiştir. Model, literatürde bulunan önemli iyileşme kavramlarını kapsar ve üç iyileşme aşamasını içerir [28].

Birinci aşama; ''İyileşme sürecinin başlatılması ve çaresizliğin üstesinden gelmek'' Bu aşamada bireyin hastalığı kabul etmesi, hayatını değiştirme isteği ve motivasyonun olması, umut ve ilham kaynağını bulmaktır. Bireyler için bu aşama zordur, sınırlamaları olduğunu, yardıma ihtiyacı olduğunu kabul etmesi gerekir, bu engelin üstesinden gelirse iyileşme yolculuğuna başlayabileceği belirtilmiştir.

İkinci aşama; “Kaybedileni geri kazanmak ve ilerlemek”. Bu aşama, üç tema içerir:

(1) Kendini güçlendirmeyi keşfetmek ve teşvik etmek,

(2) Kendini yeniden tanımlamayı öğrenmek ve ona dâhil olmak

(3) Temel işleyişe geri dönmek.

Bu aşamada, ruhsal hastalığı olan bireyler iyileşme, hastalık ve yaşamları için sorumluluk alır. Ayrıca, potansiyellerini keşfederler, benlik ve hastalık arasındaki ilişkiyi anlarlar, çeşitli aktivitelere aktif olarak katılırlar ve başkalarıyla anlamlı ilişkiler kurarlar. Daha fazla fırsata ve gelişmeye açıktırlar.

Üçüncü aşama “yaşam kalitesini artırmak” tır. Bu aşamaya iki tema dâhil edilmiştir:

(1) Genel bir iyilik duygusuna ulaşmak

(2) Daha yüksek işleyişin yeni potansiyellerine ulaşmak.

Ruhsal hastalığı olan bireyler bu aşamada daha yüksek yaşam hedefleri peşinde koşarlar, huzur ve güven duygusu vardır. Ayrıca daha iyi yaşamların tadını çıkarmak için yeni zorluklar veya finansal sorumluluklar (örneğin, araba veya ev) üstlenmeye çalışırlar. Ayrıca diğer insanları teşvik etmek için rol modelleri ve yardımcıları olabilirler [28].

2.6. İyileşme Odaklı Ruh Sağlığı Sistemi

İyileşme vizyonu tarafından yönlendirilen bir ruh sağlığı sistemi, rehabilitasyon modelinin ciddi iyileşme vizyonunun altında ruhsal hastalığının etkisini tanımlaması çerçevesinde düzenlenen bir toplum destek sisteminin önemli hizmetlerini içerir. İyileşmeye yönelik bir ruh sağlığı sisteminde, her temel hizmet, bireylerin işlev bozukluklarını, engelliliklerini iyileştirme kapasitesi açısından analiz edilir.

İyileşme odaklı ruh sağlığı sistemi, ciddi ruhsal hastalığın belirtilerinin sadece bir kısmını ele alan geleneksel “klinik” hizmetlerdir. Belirgin bir rahatlama olmadan da büyük iyileşme meydana gelebilir. Yani, bir kişide semptomlar olsa bile görev ve rollerini önemli ölçüde geri kazanabilir veya engellerini ortadan kaldırabilir. İyileşme açısından bakıldığında, bu başarılı sonuçlar kişinin hayatında yeni anlam ve amaçların arttırmasına neden olabilir. [2].

Dolayısıyla, iyileşmeye yönelik ruh sağlığı hizmetleri, sadece klinik iyileşmeye veya kişisel iyileşmeyi destekleyecek semptomların yokluğuna odaklanmanın ötesine geçer, bununla birlikte umudu artırır, temel olarak güçlü yönlere dayanır. Ayrıca hastanın bağımsızlığı ve toplumda anlamlı ve kapsayıcı bir yaşam bulmaları için hastalarla birlikte çalıştığı sistem olduğu söylenebilir.

İyileşme Odaklı Ruh Sağlığı Sisteminin Temel Varsayımları

1. Profesyonel müdahale olmadan iyileşme gerçekleşebilir. Profesyoneller iyileşmenin anahtarı değildir; hastalar kendileri de iyileşebilir. Profesyonellerin görevi iyileşmeyi kolaylaştırmak; hastaların görevi iyileşmektir. İyileşme, hastaların destek sistemleri (aile, arkadaş, çevre) tarafından kolaylaştırılabilir. Sonuçta, kendi iyileşmeleri ile temas halinde olan insanlar süreç boyunca başkalarına da yardımcı olabilirler. Kendi kendine yardım grupları, aileler ve arkadaşlar örnek olarak gösterilebilir. Ruh sağlığı profesyonelleri için iyileşmeyi teşvik eden şeyin sadece ruh sağlığı hizmetleri dizisi olmadığını fark etmeleri önemlidir. Ayrıca iyileşme için önemli olan, spor, kulüpler, kurslar ve ibadethaneler gibi sivil toplum faaliyetleri ve organizasyonlarda bulunmaktadır.

2. İyileşme için ortak düşünce, iyileşmeye ihtiyaç duyan kişiye inanan ve onun yanında duran kişilerin varlığıdır. İyileşme kavramında evrensel olarak görülen, kişinin iyileşmesi için kritik öneme sahip olan kişinin ihtiyaç zamanlarında "orada" olan güvenebileceği kişi veya kişiler olduğu fikridir. İyileşen insanlar, kendilerine inanmadıkları zaman bile kendilerine inanan, iyileşmelerini teşvik eden, ancak zorlamayan, hiçbir şey mantıklı gelmediğinde dinlemeye ve anlamaya çalışan insanlar hakkında konuşurlar. İyileşme, başkalarının insani tepkileriyle kolaylaştırılan bir deneyimdir. İyileşme herhangi bir kişi tarafından kolaylaştırılabilir.

3. İyileşme vizyonu kişinin ruhsal hastalığının nedenleri hakkındaki teorisinin bir işlevi değildir. Ruhsal hastalığının nedenlerinin biyolojik veya psikososyal olarak görülüp görülmediği profesyoneller, savunucular ve hastalar arasında önemli bir tartışma yaratır. Bir iyileşme vizyonunun benimsenmesi, bu tartışmaya veya tıbbi müdahalelerin kullanımına veya kullanılmamasına ilişkin bir tavır sergilemez. Hastalık biyolojik olarak görülsün veya görülmesin iyileşme görülebilir.

4. Semptomlar tekrarlansa bile iyileşme meydana gelebilir. Şiddetli ruhsal hastalığının epizodik doğası iyileşmeyi engellemez. Epizodik olabilecek diğer hastalıkları olan kişiler de (örneğin, romatoid artrit, multipl skleroz) iyileşebilir. Epizodik olarak yoğun psikiyatrik semptomlar yaşayan bireyler de iyileşebilir.

5. İyileşme, semptomların sıklığını ve süresini değiştirir. İyileşen ve semptom alevlenmesi yaşayan kişiler, daha önce deneyimlendiğinden daha kötü semptomlar gösterebilir. Biri iyileştikçe, semptom sıklığı ve süresi daha iyiye doğru değişmiş gibi görünmektedir. Yani, semptomlar daha az sıklıkta ve daha kısa süreler boyunca görülebilir. Semptom nüksü kişinin iyileşmesi için daha az tehdit haline gelir ve alevlenmeden sonra önceki fonksiyona geri dönüş daha hızlı gerçekleşir.

6. İyileşme doğrusal bir süreç gibi hissedilmez. İyileşme, ilerlemeleri ve gerilemeleri, hızlı değişim dönemlerini ve küçük değişiklikleri içerir. Yoğun duygular beklenmedik bir şekilde bunaltıcı olabilir. İçgörü veya iyileşme dönemleri beklenmedik bir şekilde gerçekleşir. İyileşme süreci sistematik ve planlı bir durum olarak hissedilmez.

7. Hastalığın sonuçlarından kurtulmak bazen hastalığın kendisinden kurtulmaktan daha zordur. Birey görevlerini ve rollerini yerine getirememe ve bunun sonucunda ortaya çıkan benlik saygısı kaybı, iyileşmenin önündeki önemli engellerdir. “Akıl hastası” kategorisine konulmasının getirdiği engeller veya damgalanma karşı konulamaz olabilir. Bu dezavantajlar arasında hakların kaybı ve fırsat eşitsizliği, istihdamda ayrımcılık ve sistemin yardım etme girişimlerinin yarattığı engeller vardır. Bu engeller ve dezavantajlar, kişi baskın olarak asemptomatik hale gelmesine rağmen bir kişinin iyileşmesini sınırlamak için birleşebilir.

8. Ruhsal hastalığı olan veya bu hastalıktan kurtulan insanlar, iyileşme süreci ve insanların iyileşenlere nasıl yardımcı olabileceği hakkında bilgi kaynaklarıdır [2].

2.7. İyileşmede Psikiyatri Hemşirelerinin Rolü

Psikiyatri hemşireleri bugün ruh sağlığı hizmetlerinde çalışan en önemli ruh sağlığı çalışanlarındandır ve aile, toplum ve hastane de dâhil olmak üzere çeşitli alanlarda kapsamlı bakım sağlayan temel ruh sağlığı uzmanlarıdır. Ruh sağlığına yönelik bütüncül ve iyileşme odaklı yaklaşım benimsenirken, sağlık uzmanlarına klinik hemşirelik uygulamasında iyileşmeye yönelik politikaları benimsemek için beceri, yetkinlik ve desteklerin en iyi nasıl geliştirilebileceğine rehberlik eden araştırmaya dayalı kanıtlara ihtiyaç vardır. Sağlık profesyonellerinin uygulamada bir iyileşme yaklaşımını uygulamak için kullanabileceği Tidal Modeli gibi iyileşme çerçeveleri olmasına rağmen, literatürde henüz nasıl spesifik olarak belirleneceği belirlenmemiştir. İyileşme sürecine bu uygulamayı ruh sağlığı hemşirelerinin beceri, yetkinlik ve destekleri üzerine iyileşmeye yönelik politikalar kullanarak desteklenmesi gerekmektedir [29, 30].

Cowman ve ark. İrlanda'daki klinik uygulamalarda 155 psikiyatri hemşiresinin rolünü ve işlevini incelemek için nitel bir çalışma yapmışlardır. Bulgularında, psikiyatri hemşirelerinin yenilikçi olduklarını ve ortaya çıkan ihtiyaçlara cevap olarak yeni hizmetler başlattıklarını göstermektedir. Bununla birlikte, psikiyatri hemşirelerinin değişen rolün bilincinde olan uygun mevzuat ve rehberlikle gelişmekte olan rollerinde desteğe ihtiyaç duydukları açık olarak belirtilmiştir [31].

Son zamanlarda yapılan diğer bir çalışmada ise, ruh sağlığı hemşirelerine verilen eğitimden sonra psikososyal müdahalelerin kullanımı ve hastalara sağladığı yararlar araştırılmıştır. Eğitim sonrası psikososyal müdahalelerin kullanımında istatistiksel olarak anlamlı artışlar olmuştur. Hastalar için algılanan sonuçlarında ise, nüksetme göstergelerinin azalması ve başa çıkma becerilerinin artması, hastalık kabulünün azalmasıydı. Ayrıca genel hemşirelik rolleri ile uygulamalı psikososyal müdahalelerin uygulanması arasında bir uyumsuzluk olduğunu göstermiştir [32].

İyileşme odaklı bakımın hasta sonuçlarını, personel katılımını iyileştirebileceği ve sağlık bakım maliyetlerini azaltabileceği açıktır. Bununla birlikte, Goulter ve arkadaşları doğrudan bakım, dolaylı bakım ve hizmetle ilgili faaliyetlerde yataklı hastanede çalışan hemşirelerin oranını gözlemlemek için iş örnekleme yöntemini kullanarak bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmaya göre; Hemşireler zamanlarının % 32'sini doğrudan bakımda, % 52'si dolaylı

bakımda ve % 17'si hizmetle ilgili işlerde geçirdiği bulunmuştur. Goulter ve ark. psikiyatri hemşirelerinin hasta deneyimlerini ve sonuçlarını en üst düzeye çıkarmak için terapötik ortamı yeniden tesis etmeleri gerektiğini tavsiye etmektedir. Bununla birlikte, İrlanda'da ve uluslararası düzeyde, psikiyatri hemşiresi rolünün mevcut iyileşme odaklı politika, hizmet talepleri ve sağlık sisteminden nasıl etkilendiği belirsizliğini korumaktadır. Bu nedenle, ruh sağlığı politikasının ve hizmetlerinin iyileşmeye yönelik bir kültür doğrultusunda yeniden yapılandırılması, psikiyatri hemşirelerinin günlük uygulamalarında iyileşmeye yönelik çerçeveleri daha fazla geliştirmeleri ve benimsemeleri için gerekli temel becerilerin, yetkinliklerin ve desteklerin açıklığa kavuşturulmasını gerektirir [33].

Ruhsal hastalıklarda iyileşme kavramı bakım verenler ile hastalar arasında önemli farklılıklar olduğu çalışmalarda belirtilmiştir. Bakım verenlere göre iyileşme, hastalık belirtilerinin olmaması ve toplumda görev ve sorumluluklarını yerine getirme olarak algılarken, hastalar ise, yaşamda anlam ve gelişimin odaklandığı çok boyutlu bir süreç olduğunu belirtmişlerdir [34, 35].

Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin hastane yatışlarının azaltmasına yönelik uygulamaların temel özelliği; büyük, bağımsız, uzun süreli hastanelerin kullanımını azaltmak ve alternatif olarak genellikle büyük sağlık hizmetlerine bağlı olan daha kısa süreli yatarak tedavi hizmetleri sunmak olmuştur. Bununla birlikte, psikiyatri yatan hasta bakımı genellikle terapötik olmayan, aşırı kalabalık, verimsiz ve kötü organize olmuş olarak deneyimlenmiştir, bu da personel için yüksek düzeyde strese ve kötü bir hasta deneyimine yol açmaktadır [36].

2.8. Psikiyatri Hastalarının İyileşmeye İlişkin Görüşleri

Ruhsal hastalığı olan bireye göre iyileşme, umut kazanmak ve umudunu yitirmemek, yetenek ve sakatlıkların anlaşılması, aktif olarak yaşama katılım, bireysel özerklik, sosyal kimlik, yaşamda anlam ve amaç, ayrıca olumlu bir benlik duygusunun olması anlamına gelir. Kendilerini iyileşmekte olduğunu belirten bireylerin iyileşmeyi kolaylaştıran iç faktörler; umut, iyileşme, güçlendirme ve diğerleriyle ilişki, dış faktörler ise, insan haklarının uygulanması, olumlu bir iyileşme kültürü, iyileşme odaklı sağlık hizmetleri olduğunu bildirilmiştir [37].

İyileşmenin hastalar tarafından tanımlarını ve ne anlam ifade ettiğini analiz eden bir derleme çalışmada ortaya çıkan ilk tema, iyileşmenin rutin olarak bir sonuçtan ziyade bir süreç olarak kabul edilmesidir. Bireyin yaşamıyla ilgili derin kişisel bir deneyim olarak belirtilmiştir. Hastaların ifadelerinden birinde; "Akıl hastası olabilirim, doyum veren, verimli bir yaşam sürdürebilirim." Her insanın iyileşme yolculuğu benzersiz olduğunu belirten küçük adımlar da tanımlanmıştır. Bu tür küçük adımlara birçok örnek verilmiştir. Akşam yemeği hazırlamak ya da akşam yemeği için malzeme satın almak olabileceğini belirtiliyor. Ağır depresyondaki hastanın "yataktan bile çıkabileceğine şaşırdığını" ifade edilmiştir. Bu derlemeden ortaya çıkan ikinci tema, iyileşmeyi teşvik etmek için günlük faaliyetlerin, rutinlerin ve normal yaşam süreçlerinin önemidir. Üçüncüsü ise, hastanın seçimini, eylemini ve özerkliğini teşvik eden insancıl ve güçlendirici bir ruh sağlığı sistemine duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır [38].

Yapılan bir diğer derleme çalışmasına göre, ruhsal hastalığın iyileşmesinde üç baskın tema ortaya çıkmıştır; İlk olarak, ruhsal hastalığın iyileşmesi üzerine geleceğe yönelik bir bakış. Hastalar ruhsal hastalığın iyileşmesini, benliğin bir hastalık kimliğinden anlam ve refah ile belirlenmiş bir kimliğe dönüşümü olarak gördüler. İkincisi, semptomların iyileşmesi veya yokluğu ve hastalık öncesi durumuna geri dönüş üzerinde vurgu yapan iyileşmeye yönelik tedavi odaklı bir görüş. Üçüncüsü, bazı hastalar ruhsal hastalığının iyileşmesinin imkânsız olduğunu bildirdiği belirtilmiştir. Ayrıca benliğin dönüşümü veya kişisel anlam bulma gibi iyileşmeye karşı daha iyimser tutumlar bazı hastalar tarafından ifade edildiği belirtilmiştir. Herhangi bir işte çalışma gibi anlamlı faaliyetlerde bulunma yeteneği de ruhsal hastalıktan kurtulmanın önemli bir yönü olarak görüldüğü belirtilmiştir. Hastalar iyileşme konusunda farklı görüşler gösterirken, sağlık profesyonelleri ve bakım verenlerin görüşleri daha az değişkenliğe sahip olduğu belirtilmiştir [39]. Hastalar arasındaki bu farklılıklar hastaların hem karamsar hem de iyimser tutumların olduğunu göstermektedir. Yapılan bir diğer çalışmada, hastaların çoğu iyileşmeyi imkânsız olarak görmüştür [40].

2.9. Ruhsal Hastalıklarda İyileşmeyi Kolaylaştıran Faktörler

Ruhsal hastalıktan iyileşmeyi etkileyen faktörler temel olarak hastalar arasında araştırılmıştır. Hastalar tarafından pek çok faktör kolaylaştırıcı veya ruhsal hastalıktan iyileşmesine yönelik olduğu tanımlanmıştır; aile üyeleri ve arkadaşlar arasındaki destekleyici ilişkilerin iyileşmeye olumlu etkisi olduğu belirtmiştir. Hastaların iyileşeceğine sarsılmaz ve sürekli inancı ve aile üyelerin desteği aynı şekilde iyileşmeye olumlu katkıda bulunduğu da belirtilmiştir [41, 42].

Happell, çalışmasında tedavide kullanılan ilaçlar, danışmanlık terapileri, kriz yönetim eğitimleri ve hatta sigaralar da dâhil olmak üzere birçok müdahalenin ruhsal hastalıktan iyileşmeye yardımcı olduğunu bulmuştur. Destek ve sosyal ilişki, destekleyici personel, verilen tedavinin takibi, saygı, akran desteği, sosyal ilişkinin desteklenmesi, bireysel sorumluluk gibi diğer faktörler de ruhsal hastalıktan iyileşmeyi kolaylaştırıcı olarak değerlendirilmiştir [43].

Browne ve arkadaşları tarafından yapılan nitel bir çalışmaya göre, ruhsal hastalığın hastaların benlik saygısı üzerinde olumsuz etkisini belirtmiş, hastaların anlaşılması ve kendilerini ifade etmelerine olanak tanınması iyileşme sürecinde kendileri için büyük bir değer olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca güvenli ve kaliteli bir ev ortamı ruhsal hastalığı olan bireylerin iyileşmesinde kritik bir unsur olduğunu bulmuşlardır [44].

Lakeman tarafından yapılan çalışmasında, ruhsal hastalığı olan bireylerin görüşlerinin dinlenmesi ve bunlara saygı duyulması, ruhsal hastalığın iyileşmesinin mümkün olduğu inancını aktarma, bireyin kaynaklarını ve ruhsal hastalığın iyileştirme kapasitesini tanıma ve destekleme gibi faktörler bulunmuştur [45].

İncelenen çalışmalar ve sistematik gözden geçirmelerde kesin olan, ruhsal hastalığın getirdiği zorluklarının bireye yerleştiği ve iyileşmenin kişiye bağlı olduğu, uzmanlar tarafından bir dizi standart ölçek veya araç kullanarak ölçüldüğü fikridir. Bu yaklaşım, iyileşmenin deneyimleyen kişi tarafından nasıl tanımlandığını, ruhsal bozuklukların dalgalanan doğasını ve daha geniş sosyopolitik çevrenin bireyin sağlığı üzerindeki etkisini dikkate almaz [46].

2.10. Ruhsal Hastaların İyileşmesinin Önündeki Engeller

Happell, personel eksikliğinin, hizmet sunumunda önemli bir engel olduğunu bulmuştur. Diğer engelleyici faktörler arasında ise, olumsuz personel tutumları, güven eksikliği, durumu ciddiye almama, zayıf dinleme becerileri, ihtiyaçlardan ziyade semptomlara göre tedavi, özellikle yatan hasta birimlerinde güvenlik sorunları ve eksikliği, takipsiz erken taburculuk ve fiziksel sağlık sorunlarını ihmal etme gibi faktörler belirtilmiştir [47].

Mancini ve arkadaşları, birçok hastanın ilacı ruhsal hastalığın iyileşmesi için kilit bir unsur olmasına rağmen, ilaçların yan etkilerinin ruhsal hastalığın iyileşmesine engel teşkil ettiğini bulmuştur [41].

Literatür, iyileşmenin çok boyutlu bir süreç olduğunu ve bu süreci gerçekleştirmek için çok disiplinli bir yaklaşımın gerekli olduğunu vurgulamaktadır [48].

2.11. İyileşme Süreci Envanteri

İyileşme ölçme değerlendirme sağlık profesyonelleri ve politika yapıcılar iyileşme odaklı ruh sağlığı hizmetlerini savunmakta ve iyileşmenin teşvik edilmesi uluslararası düzeyde ruh sağlığı politikasının önemli bir özelliği haline gelmektedir. İyileşmeye yönelik bir bakım sistemi oluşturmanın bir adımı, iyileşmeye yönelik ölçme ve değerlendirme araçlarını kullanmaktır. Akıl sağlığının iyileşmesine yönelik ilerlemeyi değerlendirmek için çok sayıda araç geliştirilmiştir.

İyileşme Süreci Envanteri (İSE), Güney Carolina Ruh Sağlığı Departmanı tarafından iyileşmeye yönelik bir bakım sistemine dönüşümü sırasında geliştirilmiştir. Merkezin bu hedefe yönelik ilerlemesini değerlendirmek için, hizmet verilen ruhsal bozukluğu olan bireylerin ne kadar iyileştiğini, hissettiklerini ve tedavi personeli ve hizmetlerinin iyileşmelerini değerlendiren bir envanter geliştirilmiştir [49].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma ruhsal hastalığı olan, psikiyatri kliniğinde ve toplum ruh sağlığı merkezinde tedavi gören bireylerin ruhsal hastalıktan iyileşme süreçlerini değerlendirmek amacıyla, Jeanette M. Jerrell ve arkadaşları tarafından geliştirilen İyileşme Süreci Envanteri'nin (Recovery Process Inventory) Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğini belirlemek için metadolojik olarak planlanıp uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Psikiyatri Kliniği ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ve SBÜ Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniğinde gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleşmiştir.

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2095 sayılı İktisadi ve Ticari İlimler Akademileri Kadro Kanununun 3. maddesi Akademiler Arası Kurul kararı ile 1750 Sayılı Kanunun 44. maddesi hükmüne uygun olarak ve 1438 Sayılı Kanunun 5. maddesi gereğince 2 Ekim 1979 tarihinde Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisine bağlı olarak kurulmuştur.

Tıp Fakültesinin kuruluş çalışmaları sırasında Sağlık Bakanlığı, Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi ve Türkiye Trafik Kazaları Yardım Vakfı arasında 26 Mart 1979 tarihinde bir protokol imzalanmış ve hastanemiz Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi adı altında Tıp Fakültesinin Uygulama ve Araştırma Hastanesi olarak, 175 yatak kapasitesiyle hizmete girmiştir.

19 Şubat 1982 yılında Milli Emlak Genel Müdürlüğüne müracaat edilmiş, bugün Tıp Fakültesi ve hastane binalarımızın bulunduğu, Ankara Yenimahalle İlçesi Gazi Mahallesi 7287 ada 3 nolu parselin fakültemize tahsisi talep edilmiş ve 29 Mart 1982'de tahsis işlemi tamamlanmıştır.

20 Temmuz 1982 tarih ve 17760 sayılı Resmî Gazete ’de yayımlanan Yükseköğretim Kurumları Teşkilatı Hakkında 41 sayılı Kanun Hükmündeki Kararnamenin 10. maddesiyle Gazi Üniversitesi kurulmuş ve “Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Tıp Fakültesi” üniversiteye bağlanarak “Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi” adını almıştır.

29 Mart 1982 yılında Tıp Fakültesine tahsis edilmiş olan 7287 ada 3 nolu parsel, Yükseköğretim Kurumları Teşkilatı Hakkında 41 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Gazi Üniversitesine bağlanan, Kız Teknik Öğretmen Okulunun yurt binalarının üzerinde bulunduğu arazi ile birleştirilerek Araştırma ve Uygulama Hastanesi binalarının proje çalışmaları başlatılmış, mevcut iki yurt binası ek binalarla bağlanıp gerekli değişiklikler yapılmış ve 300 yataklı, 8 ameliyathanesi bulunan bir hastane ünitesi haline getirilmesi planlanmış, hastane ünitesi haline getirilmesi planlanan iki yurt ve ilave binanın ihalesi 1984 yılında yapılarak 1986 yılında tamamlanmıştır.

Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesinde yürütülen sağlık hizmeti protokolünün iptal edilmesi nedeniyle 300 yatak, 8 ameliyathane ve poliklinik binası tamamlanan hastanemiz hizmete açılmıştır.

1984 yılı Kasım ayı sonunda, 2000 yılları için hizmet verecek bugünkü eğitim ve hastane blokları temeli atılarak inşaatına başlanmıştır.

1994 yılında, bugün C Blok olarak hizmet vermekte olan 15 katlı poliklinik binası ve 1997 yılında yataklı tedavi hizmetleri, laboratuvarlar ve görüntüleme birimlerinin yer aldığı bina D Blok olarak hizmete girmiştir.

10 Haziran 2000 tarihinde Acil Servis ve B Blok açılışı yapılmış ve yeni bölümler hizmete girmiştir. Hastanemiz Acil Servisi 26 Haziran 2001 tarihinde Acil Tıp Anabilim Dalı haline gelmiştir.

Bazı polikliniklere kolay ulaşmayı sağlamak ve yoğunluğu azaltmak için yapılan ek poliklinik binası 29 Nisan 2003 tarihinde hizmete açılmıştır. 2009 yılında E Blok hizmet birimlerinin faaliyete geçmesiyle birlikte hastanemiz 5 blok kapasitesine ulaşmıştır.

15.12.2010 tarihinde Çayyolu Ek Hizmet Birimimiz hizmete girmiştir. 2012 yılından itibaren de Üniversitemiz Merkez Kampüs Polikliniği hastanemize bağlı olarak hizmet vermektedir.

Kuruluşundan itibaren toplumun artan sağlık hizmeti ihtiyaçlarına, tıp ve teknoloji alanında yaşanan değişimlere uyum sağlayarak cevap verebilmeyi benimseyen hastanemiz; modern tıbbın gerektirdiği her türlü teknolojik cihaz ve donanıma sahiptir. Hastanemizde dahili ve cerrahi branşlarda, konusunda uzman ve deneyimli ekiplerimiz tarafından birçok hastalığın ileri tanı ve tedavisi gerçekleştirilmektedir.

Ülkemizde nitelikli sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında yer alan hastanemiz 1007 tescilli yatak kapasitesine sahip, sağlık bilimleri alanında önemli bir eğitim, araştırma ve uygulama merkezidir.

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Klinik, Ahmet Andiçen semt polikliniği binası 1 katında yataklı tedavi hizmetlerini sürdürmektedir. 14 adet yatak kapasitesine sahip olup, ikili ve üçlü hasta odaları bulunmaktadır. Klinik hizmet kadrosunda 2'si eğitim görevlisi, l'i başasistan ve 5'i uzman kadrosunda olmak üzere toplam 6 uzman hekim ve 10 araştırma görevlisi bulunmaktadır. Hekimlerin dışında 11 hemşire, 10 psikolog, 1 tıbbi sekreter, 1 güvenlik görevlisi, 3 kat personeli görev yapmaktadır.

Psikiyatri poliklinik hizmeti 3 ayrı poliklinik şeklinde yürütülmektedir. Böylece günlük ortalama 100'ü bulan hasta sayısı, 3 ayrı polikliniğe bölünerek hastaların uzun süre beklemeleri ve bu hizmeti yürüten personelin de tükenmesi önlenmiş olmaktadır. Genel polikliniklere ek olarak Çarşamba psikoz polikliniği, Perşembe günü de bipolar bozukluk polikliniği randevulu sistemle hasta hizmeti vermektedir.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Yeti yitimiyle seyreden, kronik ruhsal rahatsızlığı olan hastaların, acil psikiyatrik tedavilerle stabilize olduktan sonra esenlendirme ve sosyal hayata uyum sağlamaları amacıyla; hasta,

aile ve ruhsal/sosyal bakım hizmeti verenlerle el ele vererek tedavi, eğitim ve beceri kazandırmayı amaçlayan hizmetlerin verildiği bir ruh sağlığı birimidir.

Merkezin sorumlu olduğu bölgede ikamet eden, sosyal ve mesleki işlev yetersizliği yaşayan, kronik ruhsal rahatsızlığı olan hastalarla ya merkez tarafından bireye veya ailesine ulaşılarak ya da bireyin veya aile üyesinin merkeze başvurusu ile irtibat kurulur. Yapılan ruhsal muayene ve değerlendirmeler sonrası;

Merkez işleyişi, yapılan faaliyetler ve katılım ölçütleri hakkında, yüz yüze veya iletişim kanalları aracılığıyla bilgi verilir. Gerektiğinde hasta ve hasta yakınları merkeze davet edilir. Merkezi ziyaret ve merkez hakkında bilgi almasına imkan verilir.

SBÜ Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinin tarihi kökleri, 1890'lı yıllarda Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de kurulan Emraz-ı Akliye ve Asabiye Kliniğine (ruh ve sinir hastalıkları) uzanmaktadır. 1955 yılında Nöroloji ve Psikiyatri ayrılmış, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği 1955 yılından Gülhane Askeri Tıp Akademisinin bir kliniği olarak eğitim ve sağlık hizmetlerine devam etmiştir. 1981 yılında Gülhane Tıp Fakültesinin kurulması ile 2016 yılına kadar Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı olarak akademik ve klinik tıp hizmetini sürdürmüştür. 2016 yılında yasal düzenleme ile tıp fakültesi ve hastanenin yapılanması değişmiş, Gülhane Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Üniversitesine bağlanmış, klinikler ise Sağlık Bakanlığına bağlı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi çatısı altında toplanmıştır.

Halen sağlık hizmetleri Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği adı altında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalının akademik desteği ile yürütülmektedir.

Klinik 1982 yılında şimdiki binasına taşınmıştır. Psikiyatri binası her biri üçer katlı üç bloktan oluşmaktadır. Bina mimarisinde Kanada'nın Montreal kentinde bulunan Philip Pinel Enstitüsünden esinlenmiştir.

Ayaktan tedavi hizmetlerinin verildiği bölümler dışında birbirinden bağımsız 4 ayrı yataklı servis bulunmaktadır. Ayrıca uğraşı salonu, kış bahçesi, yaklaşık 3 dönüm kadar müstakil bahçe ile donatılmıştır. Hastalar için uğraşı salonunda mütevazi bir kütüphane, bahçede açık hava spor aletleri bulunmaktadır.

Muayene ve Tedavi Hizmetleri

Ayaktan Teşhis-Tedavi Hizmetleri (Poliklinikler): Genel psikiyatri poliklinikleri, heyet polikliniği ve Ayaktan İzlem Birimleri ile faaliyet göstermektedir.

Psikiyatri muayenelerinde hastanın kendisi dışında hasta hakkında bilgi verebilecek, gözlemlerini aktaracak bir yakını ile müracaatı hastanın tanı ve izleminde faydalı olmaktadır.

Poliklinikte randevulu muayene olabilmek için Sağlık Bakanlığı Merkezi Hekim Randevu Sistemi olan MHRS (Alo 182) aranırken, internet üzerinden (www.mhrs.gov.tr) randevu alınması gerekmektedir.

Ayaktan İzlem Birimleri

Kronik Psikoz İzlem Birimi

Duygudurum Bozuklukları İzlem Birimi

Anksiyete Bozuklukları İzlem Birimi

Ruhsal Travma İzlem Birimi

Geriatri Psikiyatri İzlem Birimi gibi ayaktan izlem birimlerine ise telefonla randevu verilmemektedir. Öncelikle genel poliklinik muayenesi ile hastalar değerlendirildikten sonra bu birimlere yönlendirilmekte ve kayıt yapılmaktadır.

Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Birimi

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde psikiyatri dışı diğer kliniklerde yatan hastaların ruh sağlığı ve ruhsal sorunları ile ilgilenen birimdir. Bu kapsamdaki hastaların psikiyatrik konsültasyon talebi yattığı klinikteki ilgili hekim tarafından yapılmaktadır.

Yataklı Teşhis-Tedavi Hizmetleri

Klinik toplam 123 yatak kapasiteli olup, 4 ayrı servis mevcuttur. Hasta odaları ikişer yataklıdır, her odanın müstakil banyo-tuvaleti mevcuttur. Engelli hastalar için uygun odalar da bulunmaktadır. Servislerde ayrıca yemek salonu, televizyon salonu ile sigara kullananlar için ayrılmış özel bölüm de yer almaktadır.

Hastalar tanı ve tedavi hedeflerine uygun servislere yatırılmaktadır.

• Hastalığın ve eşlik eden psikososyal sorun alanının niteliğine göre bazı hastalar için tedavinin belirli aşamalarında ziyaretçi veya görüşme kısıtlaması önerilebilmektedir.

• Refakatçi uygulaması olmayıp, yalnızca hekimin gerekli gördüğü hallerde ve sürelerde refakatçiye izin verilmektedir.

• Yatan hasta yakınlarının ilgili hekimle görüşmesi ziyaret saatlerinde mümkün olup, hastalığın niteliğine de bağlı olmakla birlikte hastanın izni olmaksızın diğer şahıslara hasta hakkında bilgi verilmemektedir.

• Yatan hastalar hakkında telefonla bilgi verilmemektedir.

• Hastaların kendileri ve diğer hastalar için uygun tedavi ortamının sağlanmasında klinik kurallarına uymaları beklenmektedir.

Teşhis-Tedavi Uygulamaları

Klinikte günümüz psikiyatrisinde geçerli biyolojik ve psikososyal tedaviler, hastanın ihtiyacına göre hekim tarafından belirlenerek hasta ve yakınları ile işbirliği içerisinde uygulanmaktadır.

Uygun endikasyonlarda (tedavinin gerektirdiği hallerde) elektrokonvulsif tedavi (EKT) (elektroşok) ile rTMS (transkraniyal manyetik stimülasyon) (navigasyonlu rTMS) tedavilerinin yapıldığı modern donanıma sahiptir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, Ankara il sınırları içinde yer alan ve psikiyatri yataklı ve poliklinik hizmeti veren tüm resmi ve özel kurum ve kuruluşlar oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Ölçek çalışmalarında örneklem belirlenmesinde örneklemi oluşturan birey sayısının ölçek-madde sayısının 5-10 katı arasında olması gerektiği belirtilmektedir [50, 51].

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri arasında, araştırmaya katılmayı kabul etme, ruhsal hastalık tanısı almış olma, sözel iletişim kurabilme ve 18 yaşından büyük olma yer almaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler;

• Araştırmacı tarafından literatür araştırılarak ve alanda çalışan uzmanlara danışılarak hazırlanan tanıtıcı bilgilerine ilişkin ‘’Tanıtıcı Bilgi Formu’’

• Jerrell ve ark tarafından 2006 yılında geliştirilmiş olan ‘’İyileşme Süreci Envanteri (Recovery Process Inventory)’’

• Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliğini Güler (2017) tarafından yapılmış olan ‘’İyileşme Değerlendirme Ölçeği (Recovery Assessment Scale-RAS)’’ ile toplanmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2)

“Tanıtıcı Bilgi Formu”; katılımcının, yaşı, doğum yeri, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, çocuk sahibi olma durumu gibi demografik verileri içermektedir. Buna ek olarak formda ruhsal hastalık tanısı, ruhsal hastalık tanısı dışında fiziksel bir hastalığa sahip olma durumu, ruhsal hastalığına bağlı tedavi süresi yer almaktadır.

3.5.2. İyileşme Süreci Envanteri (Recovery Process Inventory) (EK-4)

Envanter Jerrell ve ark tarafından 2006 yılında geliştirilmiştir. Ölçek "1= Kesinlikle Katılıyorum", "2= Katılıyorum", "3=Emin Değilim", "4= Katılmıyorum", "5= Kesinlikle Katılmıyorum" şeklinde 5'li likert tipi bir ölçektir. Keder, Diğerleriyle ilişki, Güven ve amaç, Başkalarının bakımı/yardımı, Yaşam alanı, Umut/özbakım olmak üzere altı faktörü vardır. Keder alt boyutundan alınan düşük puan iyileşmenin kötü/olumsuz olduğunu gösterir, diğer alt boyutlarından alınan düşük puan iyileşmenin daha iyi/olumlu olduğunu göstermektedir [49].

Bu ölçeği kullanmak için Jerrell JM. ile mail yoluyla iletişime geçilmiştir. Olumlu dönüş olduktan sonra uygulanacak olan ölçeği ve puanlama sistemini göndermiştir. Gelen ölçek incelendiğinde toplam 33 madde olarak görülmüştür. Yayınlanan ölçek makalesinde 22 madde olduğunu bilinmektedir [49]. Bunun sebebini sorduğumuzda ise orada 33 madde olarak uygulanmış olduğu, kalan 11 maddenin uygulanan kurum, işleyiş ve hastaların hastalığıyla ilgili bilgilerine yönelik soruların hastalar yayınlanmasını istemediklerini belirtmişlerdir. Bu nedenle 22 madde ve 6 alt faktör olarak yayınlandığı belirtilmiştir. Bizim araştırmamızda ise bütün maddeler eklenmiş bir şekilde 33 madde olarak uygulanmıştır.

3.5.3. İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) (EK-5)

İyileşme Değerlendirme Ölçeği (Recovery Assessment Scale-RAS) Giffort ve arkadaşları (1995) tarafından 41 madde olarak geliştirilmiş olup Corrigan ve arkadaşları (2004) tarafından 5 alt ölçek ve toplamda 24 madde olarak revize edilmiştir. Ölçek "1=Kesinlikle Katılmıyorum", "2=Katılmıyorum", "3=Emin Değilim", "4=Katılıyorum", "5=Kesinlikle Katılıyorum" şeklinde 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin bakış açısından iyileşmenin çeşitli alt boyutlarını ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçekten elde edilen toplam puanın yüksek olması iyileşmenin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri 0.74 ile 0.87 arasında saptanmıştır. Faktör analizi sonuçlarına göre ölçek 5 faktörlü olarak sonuç vermiştir. (CFI=0.93, NFI=0.92, NNFI=0.91). Faktörler,"Kendine Güven ve Umut", "Yardım Arama Davranışı", "Hedef ve Başarıya Yönelim", "Çevredekilere Güven", "Semptomlar ile Baş Etme" olarak belirlenmiştir [52, 53].

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe formunda ise; Cronbach alfa katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri 0,74 ile 0,89 arasında bulunmuştur [54].

3.6. Veri Toplama Yöntem ve Süreci

Çizelge 3.1. Veri Toplama Yöntem ve Süreci

DİL EŞDEĞERLİĞİ	**GEÇERLİK**	**GÜVENİRLİK**
Ölçek kullanımı için gerekli izinlerin alınması,	Kapsam geçerliği çerçevesinde 10 kişilik uzman görüşünün alınması	İç Tutarlılık; -Cronbach Alfa
Her iki dili de akıcı bir şekilde kullanabilen iki farklı yeminli tercüman tarafından Türkçeye çevrilmesi.	Uzman görüşü sonrası ölçeğin Türkçe formunun en uygun ifadeler seçilerek oluşturulması,	
Ölçeğin Türkçe formunun en uygun ifadelerle oluşturulması ve kapsam geçerliği için uzmanlara yönlendirilmesi,	Örneklemenin özelliklerini gösteren ancak örnekleme dahil edilmeyecek 15 bireye ölçek maddelerinin okunabilirliği ve anlaşılabilirliği konusunda fikir alınmasına yönelik ön uygulamanın yapılması,	
Uzman görüşü sonrası ön uygulama yapılması ve ön uygulama sonrası ana dili Türkçe olan ve İngilizce formunu görmeyen bir çeviri ofisi tarafından ölçeğin İngilizceye çevrilmesi,	Ön uygulama sonrası ölçeğe son halinin verilmesi,	
İngilizce çevirinin ölçek ifadeleri ile karşılaştırılması, gerekli düzeltmeler yapılarak ölçeğin son halinin verilmesi	Ölçüt bağıntılı geçerlik; -Eş-zaman geçerliği	
	Yapı kavram geçerliği İçin; -Faktör Analizi	

- Uygulama süreci iki aşamalı olup; ilk aşamada 250 hastaya, Tanıtıcı Bilgi Formu, İyileşme Süreci Envanteri ve İyileşme Değerlendirme Ölçeğinin uygulanması
- İkinci aşamada ise; ilk testi dolduran 30 bireye 15-30 gün sonrasında ikinci kez İyileşme Süreci Envanteri uygulanması

3.6.1. Ölçek Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

Dil geçerliğinin/eşdeğerliği yapılırken en çok kullanılan yöntem çeviri-geri çeviri yöntemidir. Bu yöntemde, öncelikle ölçeğin orijinal dilinden, geçerliği yapılacak dile çevrilmesi gerekmektedir, ardından tekrar ölçeğin orijinal dile çevirisi yapılmalıdır. Daha sonra ise çevirisi yapılmış olan ölçek, araştırmacılar ve uzmanlar tarafından anlam ve yapı açısından incelendikten sonra her iki dile de hâkim olan uzmanlar dil bilgisi ve anlam açısından değerlendirmelidir. Bu süreçlerin sonunda dil geçerliği tamamlanmış olur [55].

İyileşme Süreci Envanteri (Recovery Process Inventory) Dil eşdeğerliğin sağlanması için çeviri geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Her iki dili de akıcı bir şekilde kullanabilen iki farklı yeminli tercüman tarafından Türkçeye çevrildi. Ölçeğin Türkçe formunun en uygun ifadelerle oluşturulması ve kapsam geçerliği için uzmanlara yönlendirildi.

3.6.2. Ölçek İçerik/Kapsam Geçerliğine Yönelik Çalışmalar

İçerik/Kapsam geçerliği için en çok kullanılan yöntem, kapsam geçerliği değerlendirilmesinde ölçek geçerlik ve güvenirliği konusunda ve alan uzmanlarının görüşlerine başvurmaktır. Alandaki uzmanlardan geçerliği yapılan ölçeğin maddelerinin anlaşılma durumu, uygulanan kültüre uygunluğu değerlendirilip önerilerde bulunurlar [55]. Maddelerin değerlendirilmesinde ise Davis tekniği kullanıldı. Bu teknikte ise, görüşleri alınması gereken uzmanların en az 5 en fazla 40 olması gerekmekte olduğu belirtilmektedir [56].

Bu teknikte 4'lü değerlendirme sistemi kullanılmaktadır. Bu değerlendirme yöntemi ile uzmanlar (1) "madde uygun değil", (2) "maddenin uygun şekle getirilmesi gerekiyor.", (3) "uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor" ve (4) "madde uygun", şeklinde belirtmeleri gerekiyor. Uzmanların değerlendirmeleri tamamlandıktan sonra "madde uygun" ve "madde

hafifçe gözden geçirilmeli" seçeneklerini işaretleyen uzmanların sayısı dikkate alınarak kapsam geçerlik indeksi (KGİ) değerleri analiz edilir [57].

Türkçe geçerliği yapılacak olan ölçeğin kavramı hakkında ve ölçek geçerlik ve güvenirliği konusunda bilgisi olan, alan uzmanlarının görüşlerine başvurularak kapsam geçerliği yapılmıştır.

3.6.3. Ölçek Görünüş Geçerliği/Yüzeysel Geçerliğine (Face Validity) Yönelik Çalışmalar

Görünüş/yüzeysel geçerlikte, uygulanan ölçeğin içeriği ne düzeyde değerlendiriyor aynı zamanda şekilsel yönden de değerlendirildiği uygulamadır [57].

Ön uygulama olarak ta adlandırılan yüzeysel geçerlilikte; örnekleme dâhil edilmeyecek olan küçük bir araştırma grubuna ölçeğin uygulanmasıdır. Bu geçerlik türünde ölçeğin sayısal ve istatistiksel bulgulardan ziyade mantık ve anlam açısından değerlendirilmesidir. Biz de ön uygulama olarak araştırmaya dâhil edilmeyen 15 birey ele alınmıştır.

3.6.4. Ölçüt Geçerliğine Yönelik Çalışmalar

Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında uygulanması gereken bir diğer aşama ölçüt geçerliğidir. Ölçüt geçerliği, değerlendirilen ölçeğin özelliğini ne derecede yansıttığını belirtmek için başka bir ölçek ile birlikte uygulanmasıdır [58].

Ölçüt geçerliği için İyileşme Süreci Envanteri ile İyileşme Değerlendirme Ölçeği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi korelasyon katsayılarından yararlanılarak yapılmıştır.

3.6.5. Yapı Geçerliğine Yönelik Çalışmalar

Faktör analizi yöntemi, uygulanan ölçeğin değişkenlerin sayısı ve bunlarla elde edilen puanların toplam puanlara etkisini değerlendirmektedir. Bu değerlendirme, açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile yapılmaktadır. AFA bir ölçeğin ölçülmesi amaçlanan özelliklerin kavram yapısını ve kavram yapısının alt boyutlarını istatistiksel olarak açıklamaya yarayan yöntemdir. DFA ise, daha önceden tanımlanmış veya kurgulanmış bir özelliğin istatistiksel olarak doğrulanmasıdır [57, 58, 59].

Yapı geçerliği yapılmadan önce örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını analiz etmek için Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Bartlett küresellik testi yapılmıştır. KMO değerinin 0.8'in üstünde olması ve Bartlett küresellik testinin ''p'' değerinin 0.05'ten küçük olması örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu göstermektedir. Yapı geçerliği, açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) bulgularının sonuçlarıyla değerlendirilmiştir. AFA değerlendirilirken, ölçeğin her bir faktör yükü en az "0,3" olması göz önünde bulundurularak değerlendirilmiştir [58].

3.6.6. Güvenirlik Sürecine Yönelik Çalışmalar

Geçerlik güvenirlik çalışmalarında ölçülecek olan ölçeğin güvenirliği mutlaka hesaplanması gerekmektedir. Ölçek geçerli olabilir ama güvenirliği olmadan geçerli diyemeyiz. Güvenirliği belirlemek için korelasyon katsayısı hesaplanmalıdır. Korelasyon katsayısı (r) değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyini açıklar bulunan (r) değeri güvenirlik derecesini açıklar. Bu değer 0-(+1) arası ya da 0-(-1) arasında bir değer alır. Değer 1 yönüne yaklaştıkça güvenirliğinin yükseldiğini göstermektedir [50, 60].

Güvenirlik değerlendirilirken, değişkenler arasındaki ilişki, korelasyon katsayısıyla hesaplanmıştır. Güvenirlik hesaplamaları yöntemlerinde ise;

<u>İç Tutarlılık (Cronbach Alfa) Katsayısı</u>

Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı ölçeklerdeki maddelerin, ölçmek istediğimiz özelliği ölçüp ölçmediğini açıklayan bir değerdir. Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı ile ölçeğin iç tutarlığını ölçer. Bu katsayının yüksek olması ölçekteki maddelerin tutarlı olduğunu ve homojen bir dağılım gösterdiğini belirtmektedir. Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı en az 0,70 olması gerektiği belirtilmektedir ve 1 e ne kadar yaklaşırsa güvenirliğin o kadar iyi olduğu belirtilmektedir [50, 60, 61].

İç Tutarlılık Katsayısı hesaplanırken, madde analizleri ve Cronbach alfa güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır. İç tutarlı olan bir ölçeğin Cronbach alfa değerinin 0,7'den büyük olması gerektiği göz önünde bulundurulmuştur.

3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22.0 İstatistik paket programı, Doğrulayıcı Faktör Analizi için LISREL 8.7 paket programı kullanıldı. Katılımcıların anketteki ölçek sorularına verdikleri cevaplara ilişkin geçerlilik ve güvenirlik analizi yapıldı. Ölçeklerin geçerliliği ve güvenirliği sağlandıktan sonra, veriler üzerinden Kolmogorov-Simirnov ve Shapiro Wilk yöntemi ile ölçeklerin normallik sınaması test edildi. Kolmogorov-Simirnov ve Shapiro Wilk normallik testi sonuçlarına göre, Normal dağılım gösteren değişkenler üzerinden parametrik testler, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin karşılaştırılmasında non-parametrik testler ve yöntemler kullanılarak analizler elde edilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirmeleri %95, %99 güven aralığında, $p<0.05$, $p<0.01$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, İyileşme Süreci Envanteri ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği, araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmayı kabul eden katılımcılarla soru cevap şeklinde yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama işlemi 01.08.2019-31.07.2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçlarının doldurulması 10-15 dakika zaman almıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Ölçeğin kullanılabilmesi için ölçeği geliştirme aşamasında sorumlu araştırmacı olan Profesör Dr. Jeanette M. Jerrell'den mail yoluyla iletişime geçildi ve gerekli izinler alındı (EK-6). Ölçüt geçerliği için kullanılan İyileşme Değerlendirme Ölçeği'ni Türkçe geçerliğini yapan Cansu Güler'den mail yoluyla izin alınmıştır (EK-7).

Araştırma Gazi Üniversitesi Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu 28.05.2019 tarih ve 06 sayılı toplantısından (EK-8) onayı alındıktan sonra uygulanmaya başlanmıştır. Çalışma için başvurulan hastanelerin izin yazıları (EK-9) alınmıştır. Araştırmaya katılanların aydınlatılmış onamları (EK-1) alınarak uygulama yapılmıştır.

Araştırmaya katılan hastalara çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, kabul etmemeleri ve katılmaktan vazgeçmeleri halinde araştırmadan çıkabilecekleri açıklanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul edenlere araştırmanın türü, amacı ve bu süreçte kendilerinden alınan bilgilerin sadece araştırmacı tarafından değerlendirileceği, bilimsel amaçla kullanılacağı, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinin açıklanmayacağı bildirilmiş, bu bireylerden yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Veri toplama sürecinde bilimsel ve evrensel etik ilkelere uyulmuş olup özerklik/bireye saygı, mahremiyet/sır saklama, adalet/eşitlik, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde tutulmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen iki başlık altında ele alınmıştır;

1. Bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular
2. İyileşme Süreci Envanterinin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarına ait bulgular

4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri

		n	**%**
Cinsiyet	Kadın	90	36
	Erkek	160	64
Yaş (Ort.±Ss)	40,99±13,063		
Medeni durum	Evli	77	30,8
	Bekâr	135	54
	Boşanmış/Dul	38	15,2
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	3	1,2
	İlkokul	46	18,4
	Ortaokul	31	12,4
	Lise	117	46,8
	Ön lisans	5	2
	Lisans ve üstü	48	19,2
Meslek	Emekli	39	15,6
	Memur	27	10,8
	İşçi	25	10
	Çiftçi	1	0,4
	Serbest Meslek	9	3,6
	Çalışmıyor	149	59,6
Baba meslek	Baba vefat	84	33,6
	Çalışmıyor	7	2,8
	Çiftçi	2	0,8
	Emekli	93	37,2
	İşçi	28	11,2
	Memur	23	9,2
	Öğretmen	7	2,8
	Serbest Meslek	2	0,8
	Şoför	3	1,2
	Taksici	1	0,4

Çizelge 4.1.(devam) Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri

		n	%
Anne meslek	Anne vefat	67	26,8
	Çalışmıyor	1	0,4
	Çiftçi	1	0,4
	Emekli	22	8,8
	Ev Hanımı	143	57,2
	İşçi	1	0,4
	Memur	11	4,4
	Öğretmen	4	1,6
Çocuğunuz var mı?	Evet	89	35,6
	Hayır	161	64,4
Gelir düzeyi	Çok iyi	3	1,2
	İyi	37	14,8
	Orta	166	66,4
	Kötü	43	17,2
	Çok Kötü	1	0,4
Yaşadığınız Yer	İl Merkezi	244	97,6
	İlçe Merkezi	4	1,6
	Köy	2	0,8
Kiminle Yaşıyorsunuz	Yalnız Yaşıyor	25	10
	Ailesiyle Yaşıyor	184	73,6
	Akrabalarıyla Yaşıyor	3	1,2
	Diğer	38	15,2

Çizelge 4,1'de katılımcıların sosyodemografik özelliklere ilişkin değişkenler incelendiğinde katılımcıların yaşlarının 40,99 ± 13,063 ortalama ve standart sapmaya sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar cinsiyeti; %36 kadın, %64 erkek, medeni hali; %30,8 evli, %54 bekâr, %12,8 Boşanmış, %2,4 Dul, eğitim durumu; %1,2 Okur-yazar değil, %18,4 İlkokul, %12,4 Ortaokul, %46,8 Lise, %2 Ön lisans, %17,2 Lisans, %2 Lisansüstü, Baba mesleği %33,6 baba vefat, %2,8 çalışmıyor, %0,8 çiftçi, %37,2 emekli, %11,2 İşçi, %9,2 memur, %2,8 öğretmen, %0,8 serbeste meslek, %1,2 şoför, %0,4 taksici, Anne mesleği; %26,8 annesi vefat, %0,4 çalışmıyor, %0,4 çiftçi, %8,8 emekli, %57,2 ev hanımı, %0,4 işçi, %4,4 memur, %1,6 öğretmen, Meslek; %15,6 emekli, %10,8 memur, %10 işçi, %0,4 çiftçi, %3,6 serbest meslek, %59,6 çalışmıyor, çocuğun olması; %35,6 evet, %64,4 hayır, Gelir düzeyi; %1,2 çok iyi, %14,8 iyi, %17,2 kötü, %0,4 çok kötü, yaşadığınız yer; %10 yalnız yaşıyor, %73,6 ailesiyle yaşıyor, %1,2 akrabayla yaşıyor, %15,2 diğer olarak saptanmıştır (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin ruhsal ve fiziksel hastalık özellikleri

		n	**%**
Ruhsal Hastalık Tanısı	Şizofreni	127	50,8
	Psikoz	36	14,4
	Bipolar Bozukluk	35	14
	Depresyon	27	10,8
	Anksiyete Bozukluğu	12	4,8
	Obsesisf Kompulsif Bozukluk	4	1,6
	Alkol Kullanım Boz	4	1,6
	Madde Bağımlığı	2	0,8
	PTSB	2	0,8
	Uyum Bozukluğu	1	0,4
Fiziksel Hastalık var mı?	Evet	33	13,2
	Hayır	217	86,8
Fiziksel Hastalık Adı	-	217	86,8
	Astım	1	0,4
	Bel Fıtığı	6	2,4
	Diyabet	5	2
	Tansiyon	5	2
	Lenfoma	2	0,8
	Hipotroid	2	0,8
	Guatr	1	0,4
	Hipertansiyon	1	0,4
	Epilepsi	1	0,4
	Kalp Hastası	1	0,4
	Kalp Yetmezliği	1	0,4
	Kolesterol	1	0,4
	Kolon Kanseri	1	0,4
	Eklem Hastalığı	1	0,4
	Mide Ca	1	0,4
	Mide Fıtığı	1	0,4
	Mide rahatsızlığı	1	0,4
	Skolyoz	1	0,4
İyileşmeye Katkı Sağlayan	Sağlık Personeli	148	59,2
	Ailem	83	33,2
	Akrabalarım	1	0,4
	Arkadaşlarım	1	0,4
	Diğer	17	6,8

Çizelge 4.2. (devam) Araştırmaya katılan bireylerin ruhsal ve fiziksel hastalık özellikleri

		n	%
Şuan ki İyileşme Durumu (0 En düşük 10 En yüksek)	0	2	0,8
	1	2	0,8
	2	2	0,8
	3	1	0,4
	4	2	0,8
	5	46	18,4
	6	21	8,4
	7	74	29,6
	8	38	15,2
	9	34	13,6
	10	28	11,2
Ek Ruhsal Hastalık Tanısı	Evet	62	24,8
	Hayır	188	75,2
Tedavi Görme Süresi	0-1 Yıl	27	10,8
	1-5 Yıl	50	20,1
	6-10 Yıl	54	21,7
	11-15 Yıl	40	16,1
	16+	78	31,3
Hayattan Memnun Olma Durumu (0 En düşük 10 En yüksek)	0	4	1,6
	1	1	0,4
	2	1	0,4
	3	7	2,8
	4	8	3,2
	5	114	45,6
	6	44	17,6
	7	42	16,8
	8	11	4,4
	9	7	2,8
	10	11	4,4

Çizelge 4.2'de Araştırmaya katılan bireylerin ruhsal ve fiziksel hastalık özelliklerine ilişkin değişkenler incelendiğinde Ruhsal Hastalık tanısı; %50,8 şizofreni, %14,4 Psikoz, %14 bipolar, %10,8 depresyon, %4,8 anksiyete, %1,6 OKB, %1,6 alkol kullanım boz, %0,8 PTSB, %0,8 madde bağımlılığı, %0,4 uyum bozukluğu, Ek ruhsal hastalık tanısı; %24,8 evet, %75, 2 hayır Fiziksel Hastalık Durumu; %13,2 evet, %86,8 hayır, Fiziksel hastalık adı, %86,8 cevapsız, %0,4 astım, %2,4 bel fıtığı, %2 diyabet, %0,4 diyabet/tansiyon, %0,4 eklem hastalığı, %0,4 epilepsi, %0,4 guatr, %0,4 hipertansiyon, %0,8 hipotroid, %0,4 kalp hastası, %0,4 kalp yetmezliği, %0,4 kolesterol, %0,4 kolon kanseri, %0,8 lenfoma, %0,4 mide kanaması, %0,4 mide fıtığı, %04 mide rahatsızlığı, %0,4 skolyoz, %1,6 tansiyon, iyileşmeye

katkı sağlayan; %59,2 sağlık personeli, %33,2 ailem, %0,4 akrabalarım, %0,4 arkadaşlarım, %6,8 diğer, şuan ki iyileşme durumu, %0,8 sıfır, %0,8 bir, %0,8 iki, 0,4 üç, %0,8 dört, %18,4 beş, %8,4 altı, %29,6 yedi, %15,2 sekiz, %13,6 dokuz, %11,2 on, hayattan memnun olma durumu; %1,6 sıfır, %0,4 bir, %0,4 iki, %2,8 üç, %3,2 dört, %45,6 beş, %17,6 altı, %4,4 sekiz, %2,8 dokuz, %4,4 on, tedavi görme süresi; %10,8 0-1 yıl, %20,1 1-5 yıl, %21,7 6-10 yıl, %16,1 11-15 yıl, %31,3 16 yıl ve üzeri olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.2).

4.2. İyileşme Süreci Envanterinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarına Ait Bulgular

4.2.1. İyileşme Süreci Envanterinin dil eşdeğerliği

İyileşme Süreci Envanterinin Türk diline ve kültürüne uyarlanması için ilk aşamada dil eşdeğerliğine yönelik çalışmalar yürütülmüştür. İyileşme Süreci Envanteri (Recovery Process Inventory) geçerlik güvenirliği yapılmadan önce ölçeği geliştirme aşamasında sorumlu araştırmacı olan Profesör Dr. Jeanette M. Jerrell'den mail yoluyla iletişime geçildi ve gerekli izinler alındı (EK-6). Ölçeğin tam metni ve ölçek değerlendirme kriterleri Profesör Dr. Jeanette M. Jerrell tarafından gönderildi.

İyileşme Süreci Envanteri (Recovery Process Inventory) Dil eşdeğerliğin sağlanması için çeviri geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Her iki dili de akıcı bir şekilde kullanabilen iki farklı yeminli tercüman tarafından Türkçeye çevrildi. Ölçeğin Türkçe formunun en uygun ifadelerle oluşturulması ve kapsam geçerliği için uzmanlara yönlendirildi. Alınan uzman görüşü doğrultusunda ölçek yeniden düzenlenip ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası değerlendirmeler sonucu bir çeviri ofisi tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Ölçek ifadeleri karşılaştırılıp ölçeğe son hali verilmiştir. Ölçeği geliştiren araştırmacıya yönlendirilmiştir.

<u>Ön uygulama</u>

Örneklemenin özelliklerini gösteren ancak örnekleme dâhil edilmeyecek olan 15 bireye ölçek maddelerinin okunabilirlik ve anlaşılabilirlik açısından değerlendirilmesi için ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında oluşturulan ölçek üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

4.2.2. İyileşme Süreci Envanterinin kapsam geçerliği

Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla ölçeğin orijinal İngilizce formu ve Türkçeye çevrilen form psikiyatri ve psikoloji alanında uzman 10 kişiye (EK-10) gönderilmiş ve görüşleri alınmıştır. Görüşüne başvurulan uzmanlardan ölçek maddelerini değerlendirmeleri istenmiştir. Her bir uzman değerlendirmesi için kapsam geçerlik indeksi kullanılmıştır. Buna göre her maddenin ölçüm değeri ile ilgili olarak: "1=Uygun değil; 2=Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir; 3=Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor; 4=Çok uygun" şeklinde değerlendirme yapmaları istenmiştir.

Bunlar dışında uzmanlar tarafından önerilen maddeler gözden geçirilmiş ve bazı maddelere minör değişiklikler yapılarak İyileşme Süreci Envanterine son hali verilmiştir. İyileşme Süreci Envanterinin KGİ 0,8-1,00 arasında değişmekte olup, toplam KGİ 0,93 olarak saptanmıştır (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. İyileşme Süreci Envanteri uzman değerlendirme sonuçları ve kapsam geçerliği indeksi

Maddeler	1=Hiç Uygun Değil	2=Uygun Değil	3=Uygun	4=Çok Uygun	KGI
Madde 1				10	1
Madde 2		1	1	8	0.9
Madde 3	1		1	8	0.9
Madde 4		1		9	0.9
Madde 5		2		8	0.8
Madde 6				10	1
Madde 7			1	9	1
Madde 8		2	1	7	0.8
Madde 9				10	1
Madde 10			1	9	1
Madde 11				10	1
Madde 12				10	1
Madde 13		2	1	7	0.8
Madde 14			1	9	1
Madde 15			1	9	1
Madde 16				10	1
Madde 17				10	1
Madde 18				10	1
Madde 19		2		8	0.8
Madde 20				10	1
Madde 21				10	1
Madde 22		2	1	7	0.8
Madde 23				10	1
Madde 24				10	1
Madde 25		1		9	0.9
Madde 26			1	9	1
Madde 27				10	1
Madde 28		2	1	7	0.8
Madde 29		2	1	7	0.8
Madde 30		1		9	0.9
Madde 31				10	1
Madde 32		1	1	8	0.9
Madde 33				10	1

4.2.3. İyileşme Süreci Envanterinin yapı geçerliği

Çizelge 4.4. İyileşme Süreci Envanterinin Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett Küresellik Test Analizi

n=250		Sonuçlar
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği Ölçüsü		0,891
Bartlett Küresellik Testi	χ^2	4972,290
	df	325
	p	,000

Araştırmada örneklem büyüklüğünün yeterliliği için Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett küresellik test analizleri kullanılmıştır. KMO değeri 0,891 ve Barlett küresellik test değeri $\chi 2=4972,290$; $p<0,000$ olarak tespit edilmiştir (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.5. İyileşme Süreci Envanteri Faktör Yükleri

Faktör Yükleri							
Maddeler	Keder	Güven ve Amaç	Hastalığını Tanımlama/Bilme	Umut/ Özbakım	Diğerleriyle İlişki	Yaşam Alanı	Faktör Açıklama
İSE5	0,711						%18,581
İSE7	0,702						
İSE9	0,628						
İSE18	0,781						
İSE23	0,695						
İSE28	0,82						
İSE32	0,790						
İSE33	0,725						
İSE10					0,555		%15,428
İSE15					0,598		
İSE29					0,729		
İSE11		0,751					%13,343
İSE16		0,652					
İSE17		0,739					
İSE24		0,811					
İSE26		0,772					
İSE13						0,862	%8,378
İSE19						0,803	
İSE20				0,728			%7,167
İSE30				0,767			
İSE31				0,781			
İSE1			0,783				%6,128
İSE2			0,813				
İSE6			0,765				
İSE12			0,790				
İSE4			0,494				
						Toplam Varyans	%69,026

Araştırma sonuçlarına göre; İyileştirme Süreci Envanteri ölçeği 33 farklı ifadeden oluşmaktadır. İfadelere ilişkin boyutlar üzerinden 2 kez faktör analizi yapılmıştır. Faktör Analizi sonucunda İyileştirme Süreci Envanteri ölçeği öz değerleri 1'in üzerinde olarak 6 alt boyutta incelenmiştir. İlk faktör analizi sonucunda faktör ağırlığı 0,30'un altında yer alan; 3, 8, 14, 21, 22, 25 ve 27 sorularındaki ifadeler araştırmadan çıkartılmıştır. Bu durumda geri kalan ifadelere ilişkin boyutlar üzerinden tekrar faktör analizi yapılmıştır.

Yapılan analizler sonucunda faktör yükleri 0,30 değeri üzerinde yer aldığı için boyutlara iyi bir şekilde ayrıldığı söylenebilir. Keder, Güven ve Amaç, Hastalığı Tanımlama/Bilme, Umut Özbakım, Diğerleriyle İlişki ve Yaşam Alanı alt boyutlarının toplam varyansı açıklama oranı %69,026 oranında elde edilerek, analizde belirlenen 6 faktörün birlikte maddelerdeki toplam varyansın ve ölçeğe ilişkin varyansın önemli bir kısmını açıkladığı belirlenmiştir (Çizelge 4.5.).

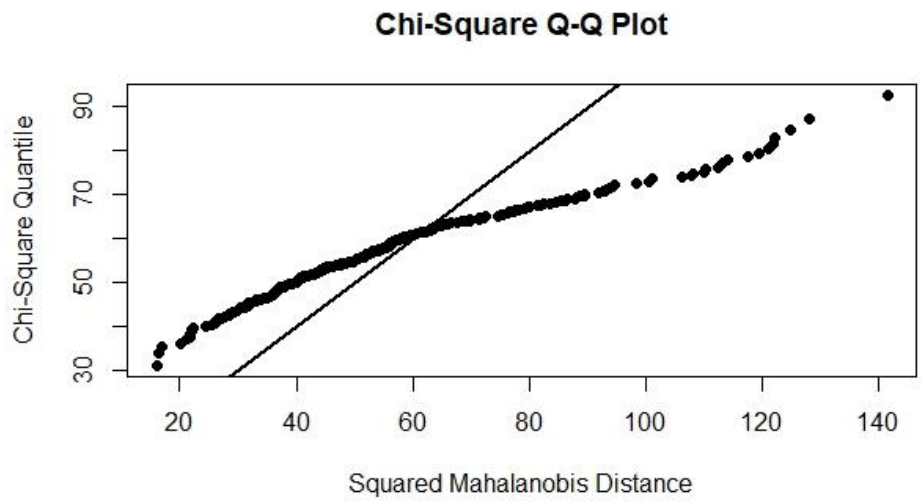
4.3. İyileşme Süreci Envanteri Normallik Sınaması

DFA'da parametre tahmini yapılırken, değişkenlerin normallik varsayımını sağlayıp/sağlamaması çok önemli bir konudur. Bu durumda modellere ilişkin analizlere başlamadan önce, öncelikle olarak her bir değişken için shapiro wilk ve Henze-Zirkler çoklu normallik testi uygulanmıştır. Henze-Zirkler Çoklu normallik testi sonucunda değişkenlerin normal dağılama uygun olmadığı belirlenmiş olup, bunun sonucunda DFA parametre tahminlerinde "Diagonel Ağırlıklandırılmış En küçük Kareler" tahmin yöntemi kullanılmıştır.

Çizelge 4.6. İyileşme Süreci Envanteri Normallik Testi Sonuçları

Test	Değişkenler	İstatistik Değeri	p değeri
Shapiro-Wilk	İSE5	0.8920	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE7	0.9010	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE9	0.8647	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE18	0.8997	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE23	0.8891	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE28	0.8935	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE32	0.9060	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE33	0.8948	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE10	0.8853	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE15	0.8689	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE22	0.9015	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE29	0.8731	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE11	0.8567	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE16	0.8519	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE17	0.8738	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE24	0.8423	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE26	0.8619	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE13	0.8675	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE19	0.8682	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE14	0.8521	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE20	0.8764	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE30	0.8710	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE31	0.8778	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE21	0.4456	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE25	0.8520	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE27	0.8932	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE1	0.8985	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE2	0.8835	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE6	0.9051	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE12	0.9101	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE3	0.8352	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE4	0.8880	<0.001
Shapiro-Wilk	İSE8	0.8910	<0.001
Henze-Zirkler Çoklu Normallik Testi		1,000	<0.001

Çizelge 4. 6'da verilere ilişkin tekli ve çoklu normallik testi sonuçları incelenmiştir. Bu sonuçlara göre, modelde kullanılan her bir değişken Shapiro-Wilk normallik testi ile test edilmiş olup, bütün değişkenler Henze-Zirkler çoklu normallik testi ile test edilmiştir. Shapiro wilk ve Henze zirkler testi sonuçlarına göre, verinin normal dağılıma uygun olmadığı belirlenmiştir ($p<0,05$).Ayrıca verilerin normal dağılmadığı Q-Q grafiği ile Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Verilere İlişkin Q-Q grafiği

4.4. İyileşme Süreci Envanteri Verilere İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Çizelge 4.7. İyileşme Süreci Envanteri Verilere İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Faktör	Faktör Maddesi	B	Standardize B	Standart Hata	t	R^2
Keder	ISE5	0,98	0,71	0,065	15,09**	0,51
	ISE7	0,99	0,84	0,034	29,67**	0,70
	ISE9	1,32	0,76	0,079	16,77**	0,58
	ISE18	1,26	0,89	0,031	41,00**	0,80
	ISE23	0,93	0,84	0,038	24,33**	0,71
	ISE28	1,38	0,86	0,053	26,20**	0,74
	ISE32	0,78	0,76	0,043	17,92**	0,58
	ISE33	0,68	0,68	0,057	12,01**	0,46
Diğerleriyle İlişki	ISE10	1,12	0,94	0,026	43,48**	0,89
	ISE15	0,73	0,82	0,039	18,58**	0,67
	ISE29	0,87	0,92	0,019	47,25**	0,85
Güven ve Amaç	ISE11	0,96	0,91	0,024	39,17**	0,83
	ISE16	0,85	0,81	0,045	18,95**	0,65
	ISE17	0,85	0,85	0,029	29,40**	0,72
	ISE24	1,16	0,92	0,021	55,32**	0,85
	ISE26	1,06	0,90	0,022	48,71**	0,81
Yaşam Alanı	ISE13	0,75	0,83	0,082	9,23**	0,68
	ISE19	1,07	0,92	0,1	10,29**	0,85
Umut Özbakım	ISE20	0,91	0,95	0,024	38,15**	0,91
	ISE30	1,06	0,96	0,025	42,62**	0,92
	ISE31	0,71	0,80	0,047	15,27**	0,64
Hastalığını Tanımlama Bilme	ISE1	0,78	0,79	0,037	20,95**	0,62
	ISE2	1,01	0,86	0,031	32,46**	0,74
	ISE6	0,87	0,89	0,027	32,16**	0,78
	ISE12	0,96	0,82	0,043	22,04**	0,68
	ISE4	0,62	0,68	0,046	13,54**	0,47
**p<0,01(t>2,58); *p<0,05(t>1,96)						

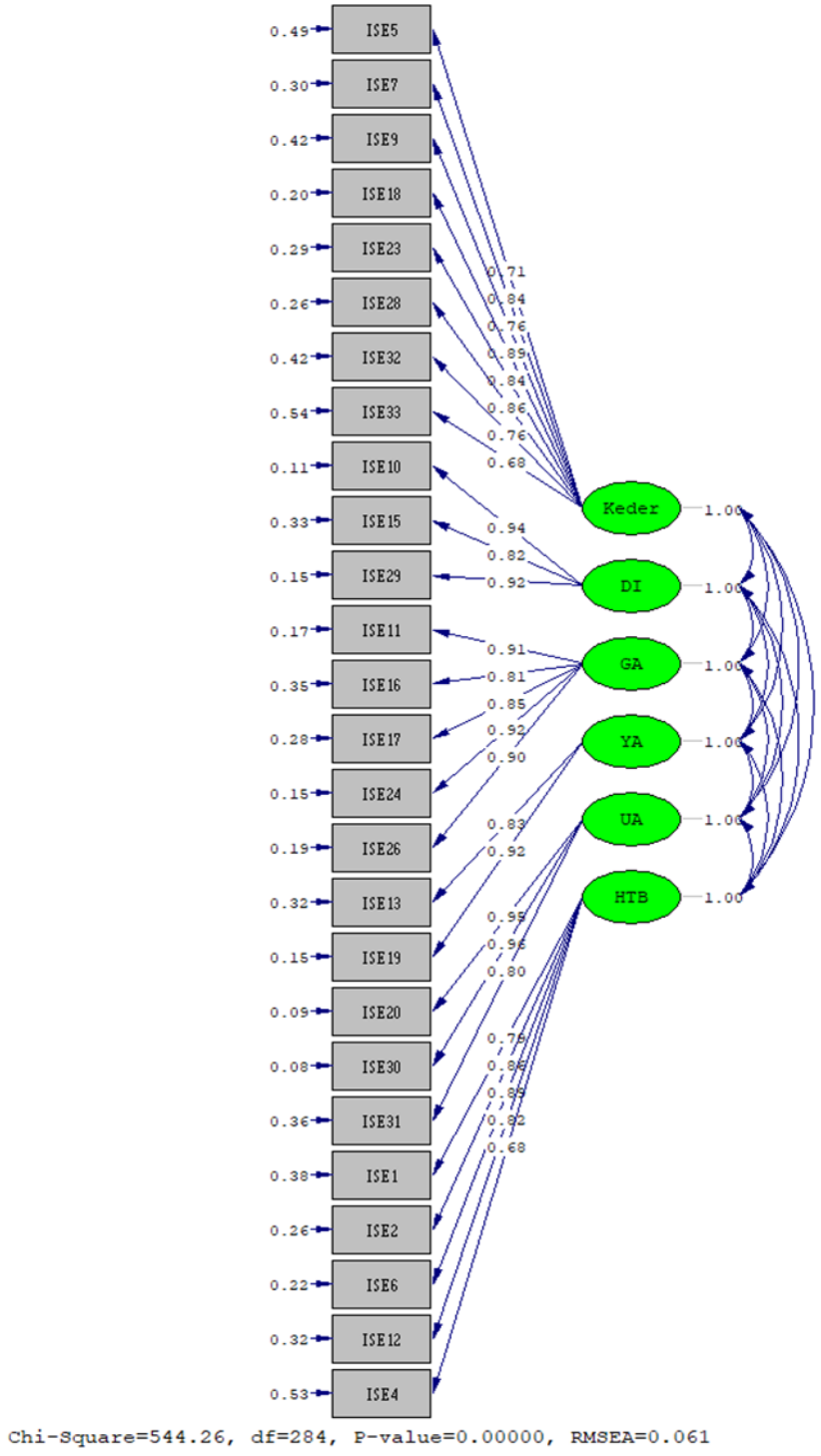
Çizelge 4.7.'deki değerler incelendiğinde; İyileştirme Süreci Envanteri için doğrulayıcı faktör analizi değerleri gösterilmiştir. İyileştirme Süreci Envanterinde standardize katsayı değerleri (0,68-0,96) değerleri arasında yer almakta olup, bütün maddelerin anlamlı olduğu söylenebilir ($p<0,01$). Diğer taraftan her bir soru için hesaplanan belirleme katsayıları (R2) (0,42-0,92) arasında olup, her bir maddenin faktöre ilişkin açıklama oranları incelenmiştir.

Çizelge 4.8. İyileşme Süreci Envanterinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

İndeks	Mükemmel Uyum Ölçütü	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütü	Araştırma Bulgusu	Sonuç
χ^2/sd	0-3	3-5	1,92	Mükemmel
RMSEA	0,00≤RMSEA≤0,05	0,05≤RMSEA≤0,08	0,061	Kabul edilebilir
SRMR	0,00≤SRMR≤0,05	0,05≤SRMR≤0,08	0,068	Kabul edilebilir
GFI	0,95≤GFI≤1,00	0,90≤GFI≤0,95	0,99	Mükemmel
CFI	0,95≤CFI≤1,00	0,90≤CFI≤0,95	0,98	Mükemmel
NFI	0,95≤NFI≤1,00	0,90≤NFI≤0,95	0,96	Mükemmel
AGFI	0,90≤AGFI≤1,00	0,85≤AGFI≤0,90	0,98	Mükemmel

Çizelge 4.8'deki İyileşme Süreci Envanterine ilişkin DFA Modeli Test Sonuçlarına göre; DFA'da Modelin uyum indeks değerleri; Chi-square/df(cmin/df)(1,92)), GFI(0,99), CFI(0,98), NFI(0,96) ve AGFI(0,98) değerleri "Mükemmel" uyuma sahip iken; RMSEA(0,068) ve SRMR(0068) değerleri "Kabul Edilebilir" uyum sınırları içinde yer almaktadır. Bu durumda DFA modelinin geçerli olduğu söylenebilir. Ayrıca DFA modeline ilişkin Yol Diyagramı Şekil 2'de gösterilmiştir.

Şekil 2. İyileştirme Süreci Envanteri Ölçeği DFA Modeline İlişkin Yol Diyagramı



Şekil 2. İyileştirme Süreci Envanteri Ölçeği DFA Modeline İlişkin Yol Diyagramı

4.5. İyileşme Süreci Envanteri Güvenirlik ve Korelasyon Analizi Sonuçları

Çizelge 4.9. İyileştirme Süreci Envanterine İlişkin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Faktör	**Madde Sayısı**	**Cronbach's Alpha**
Keder	8	0,913
Diğerleriyle İlişki	3	0,902
Güven ve Amaç	5	0,928
Yaşam Alanı	2	0,844
Umut Özbakım	3	0,904
Hastalığı Tanımlama ve Bilme	5	0,881
İyileştirme Süreci Envanteri Ölçeği	26	0,828

Çizelge 4.9'da yer alan ölçek ve alt boyutları ilişkin güvenirlik analizi sonuçlarına göre, İyileştirme Süreci Envanterinin iç tutarlılık katsayısı Cronbach's alfa değeri 0,828 olarak elde edilmiştir. Ölçek alt boyutlarına ilişkin Cronbach's alfa değerleri sırasıyla; Keder (0,913), Diğerleriyle İlişki (0,902), Güven ve Amaç (0,928), Yaşam Alanı (0,844), Umut Özbakım (0,904) ve Hastalığı Tanımlama ve Bilme (0,881) olarak elde edilmiştir. Bu değerlerin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir. Bu durumda, alt boyutların ve ölçeğin güvenilir düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır.

Çizelge 4.10. İyileştirme Süreci Envanterine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	N	$\bar{X}$	S.s	Spearman Rho	Keder	Diğerleriyle İlişki	Güven ve Amaç	Yaşam Alanı	Umut Özbakım	Hastalığını Tanımlama Bilme	ISE Total
Keder	250	3,450	0,909	r	1,000	-0,450**	-0,479**	0,006	-0,237**	-0,199**	0,086
				p		0,000	0,000	0,921	0,000	0,002	0,173
Diğerleriyle İlişki	250	2,492	1,111	r		1,000	0,665**	0,169**	0,451**	0,496**	0,543**
				p			0,000	0,007	0,000	0,000	0,000
Güven ve Amaç	250	2,390	1,114	r			1,000	0,274**	0,560**	0,416**	0,595**
				p				0,000	0,000	0,000	0,000
Yaşam Alanı	250	2,376	1,097	r				1,000	0,195**	0,203**	0,377**
				p					0,002	0,001	0,000
Umut Özbakım	250	2,541	1,135	r					1,000	0,494**	0,683**
				p						0,000	0,000
Hastalığını Tanımlama Bilme	250	2,617	0,951	r						1,000	0,691**
				p							0,000
İSE Total	250	2,788	0,519	r							1,000
				p							

**p<0,01(t>2,58); *p<0,05(t>1,96)

Çizelge 4.10'daki değerlere göre; Keder(3,450±0,909) ile Diğerleriyle İlişki (2,492±1,111) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir(p<0,01). Bu durumda iki değişken arasında negatif yönlü orta şiddetli bir ilişki vardır. (-0,40<r<-0,59) (r= -0,450).

Keder(3,450±0,909) ile Güven ve Amaç (2,390±1,114) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir(p<0,01). Bu durumda iki değişken arasında negatif yönlü orta şiddetli bir ilişki vardır. (-0,40<r<-0,59) (r= -0,479).

Keder(3,450±0,909) ile Yaşam Alanı (2,379±1,097) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir(p>0,05). Bu durumda iki değişken arasında bir ilişki yoktur.

Keder(3,450±0,909) ile Umut Özbakım (2,541±1,135) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir(p<0,01). Bu durumda iki değişken arasında negatif yönlü zayıf şiddetli bir ilişki vardır. (-0,20<r<-0,39) (r= -0,237).

Keder(3,450±0,909) ile Hastalığı Tanımlama ve Bilme (2,617±0,951) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p<0,01$). Bu durumda iki değişken arasında negatif yönlü zayıf şiddetli bir ilişki vardır. ($-0,20<r<-0,39$) ($r= -0,20$).

Diğerleriyle İlişki (2,492±1,111) ile Güven ve Amaç (2,390±1,114) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p<0,01$). Bu durumda iki değişken arasında pozitif yönlü yüksek şiddetli bir ilişki vardır. ($0,60<r<0,89$) ($r= 0,665$).

Diğerleriyle İlişki (2,492±1,111) ile Yaşam Alanı (2,379±1,097) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p<0,01$). Bu durumda iki değişken arasında pozitif yönlü çok zayıf şiddetli bir ilişki vardır. ($0<r<0,19$) ($r= 0,169$).

Diğerleriyle İlişki (2,492±1,111) ile Umut Özbakım (2,541±1,135) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p<0,01$). Bu durumda iki değişken arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki vardır. ($0,40<r<0,59$) ($r= 0,451$).

Diğerleriyle İlişki (2,492±1,111) ile Hastalığı Tanımlama ve Bilme (2,617±0,951) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p<0,01$). Bu durumda iki değişken arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki vardır. ($0,40<r<0,59$) ($r= 0,496$).

Güven ve Amaç (2,390±1,114) ile Yaşam Alanı (2,379±1,097) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p<0,01$). Bu durumda iki değişken arasında pozitif yönlü zayıf şiddetli bir ilişki vardır. ($0,20<r<0,39$) ($r= 0,274$).

Güven ve Amaç (2,390±1,114) ile Umut Özbakım (2,541±1,135) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p<0,01$). Bu durumda iki değişken arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki vardır. ($0,40<r<0,59$) ($r= 0,560$).

Güven ve Amaç (2,390±1,114) ile Hastalığı Tanımlama ve Bilme (2,617±0,951) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p<0,01$). Bu durumda iki değişken arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki vardır. ($0,40<r<0,59$) ($r= 0,416$).

Yaşam Alanı (2,379±1,097) ile Umut Özbakım (2,541±1,135) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p<0,01$). Bu durumda iki değişken arasında pozitif yönlü çok zayıf şiddetli bir ilişki vardır. ($0<r<0,19$) ($r= 0,195$).

Yaşam Alanı (2,379±1,097) ile Hastalığı Tanımlama ve Bilme (2,617±0,951) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p<0,01$). Bu durumda iki değişken arasında pozitif yönlü zayıf şiddetli bir ilişki vardır. ($0,20<r<0,39$) ($r= 0,203$).

Umut Özbakım (2,541±1,135) ile Hastalığı Tanımlama ve Bilme (2,617±0,951) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p<0,01$). Bu durumda iki değişken arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki vardır. ($0,40<r<0,59$) ($r= 0,494$).

4.6. İyileşme Süreci Envanterinde ölçüt bağıntılı geçerlik

Çizelge 4.11. İyileşme Süreci Envanteri ile İyileşme Değerlendirme Ölçeği arasındaki ilişki

Correlations				
			IDO_Total	ISE_Total
Spearman's rho	IDO_Total	Correlation Coefficient	1,000	-,336**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	250	250
	ISE_Total	Correlation Coefficient	-,336**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	250	250
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				

Ölçüt geçerliği için İyileşme Süreci Envanteri ile İyileşme Değerlendirme Ölçeği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi korelasyon katsayılarından yararlanılarak yapılmıştır ve aralarındaki korelasyon katsayısı yüksekliği anlamlı olduğu ve ölçülen ölçeğin geçerli ölçüm yaptığı söylenebilir. Bizim çalışmamızda ise İyileşme Değerlendirme Ölçeği ile İyileşme Süreci Envanteri arasındaki korelasyona bakıldığında aralarında orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır (Çizelge 4.11).

5.TARTIŞMA

Bu bölümde Ruhsal hastalık tanısı almış psikiyatri hastalarının iyileşme süreçlerini değerlendirmek için geliştirilen İyileşme Süreci Envanterinin geçerliği ve güvenirliğine yönelik bulgular tartışılmıştır.

5.1. İyileşme Süreci Envanterinin dil eşdeğerlik sonuçlarının incelenmesi

Dil geçerliğinin/eşdeğerliği yapılırken en çok kullanılan yöntem çeviri-geri çeviri yöntemidir. Bu yöntemde, öncelikle ölçeğin orijinal dilinden, geçerliği yapılacak dile çevrilmesi gerekmektedir, ardından tekrar ölçeğin orijinal dile çevirisi yapılmalıdır. Daha sonra ise çevirisi yapılmış olan ölçek, araştırmacılar ve uzmanlar tarafından anlam ve yapı açısından incelendikten sonra her iki dile de hâkim olan uzmanlar dil bilgisi ve anlam açısından değerlendirmelidir. Bu süreçlerin sonunda dil geçerliği tamamlanmış olur [55].

İyileşme Süreci Envanteri (Recovery Process Inventory) Dil eşdeğerliğin sağlanması için çeviri geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Her iki dili de akıcı bir şekilde kullanabilen iki farklı yeminli tercüman tarafından Türkçeye çevrildi. Ölçeğin Türkçe formunun en uygun ifadelerle oluşturulması ve kapsam geçerliği için uzmanlara yönlendirildi. Alınan uzman görüşü doğrultusunda ölçek yeniden düzenlenip ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası değerlendirmeler sonucu bir çeviri ofisi tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Ölçek ifadeleri karşılaştırılıp ölçeğe son hali verilmiştir. Ölçeği geliştiren araştırmacıya yönlendirilmiştir.

5.2. İyileşme Süreci Envanterinin geçerlik sonuçlarının incelenmesi

5.2.1. İçerik/Kapsam Geçerliği

İçerik/Kapsam geçerliği için en çok kullanılan yöntem, kapsam geçerliği değerlendirilmesinde ölçek geçerlik ve güvenirliği konusunda ve alan uzmanlarının görüşlerine başvurmaktır. Alandaki uzmanlardan geçerliği yapılan ölçeğin maddelerinin anlaşılma durumu, uygulanan kültüre uygunluğu değerlendirilip önerilerde bulunurlar [55].

Maddelerin değerlendirilmesinde ise Davis tekniği kullanıldı. Bu teknikte ise, görüşleri alınması gereken uzmanların en az 5 en fazla 40 olması gerekmekte olduğu belirtilmektedir.

Davis bu teknikte 4'lü değerlendirme sistemi kullanılmaktadır. Bu değerlendirme yöntemi ile uzmanlar (1) "madde uygun değil", (2) "maddenin uygun şekle getirilmesi gerekiyor.", (3) "uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor" ve (4) "madde uygun", şeklinde belirtmeleri gerekiyor. Uzmanların değerlendirmeleri tamamlandıktan sonra "madde uygun" ve "madde hafifçe gözden geçirilmeli" seçeneklerini işaretleyen uzmanların sayısı dikkate alınarak kapsam geçerlik indeksi (KGİ) değerleri analiz edilir [56]. Türkçe geçerliği yapılacak olan ölçeğin kavramı hakkında ve ölçek geçerlik ve güvenirliği konusunda bilgisi olan 10 alan uzmanının görüşlerine başvurularak kapsam geçerliği yapılmıştır. KGI değerinin, Davis tekniğine göre 0.62 ve üzerinde olması gerekmektedir. Bizim çalışmamızda ise 0,93 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar göz önüne alındığında İyileşme Süreci Envanterinin ruhsal hastalığı olan bireylerde dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliğinin sağlandığı söylenebilir.

5.2.2. Görünüş Geçerliği/Yüzeysel Geçerlik (Face Validity)

Görünüş/yüzeysel geçerlikte, uygulanan ölçeğin içeriği ne düzeyde değerlendiriyor aynı zamanda şekilsel yönden de değerlendirildiği uygulamadır [57]. Ön uygulama olarak ta adlandırılan yüzeysel geçerlilikte; örnekleme dâhil edilmeyecek olan küçük bir araştırma grubuna ölçeğin uygulanmasıdır. Bu geçerlik türünde ölçeğin sayısal ve istatistiksel bulgulardan ziyade mantık ve anlam açısından değerlendirilmesidir. Biz de ön uygulama olarak araştırmaya dâhil edilmeyen 15 birey ele alınmıştır. Ölçekteki maddelerin anlaşılır olduğu, ölçeğin anlamında herhangi bir sıkıntı olmadığı görülmüştür.

5.2.3. Ölçüt Geçerliği

Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında uygulanması gereken bir diğer aşama ölçüt geçerliğidir. Ölçüt geçerliği, değerlendirilen ölçeğin özelliğini ne derecede yansıttığını belirtmek için başka bir ölçek ile birlikte uygulanmasıdır [58]. Ölçüt geçerliği için İyileşme Süreci Envanteri ile İyileşme Değerlendirme Ölçeği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi korelasyon katsayılarından yararlanılarak yapılmıştır ve aralarındaki korelasyon katsayısı yüksekliği anlamlı olduğu ve ölçülen ölçeğin geçerli ölçüm yaptığı söylenebilir. Bizim çalışmamızda ise İyileşme Değerlendirme Ölçeği ile İyileşme Süreci Envanteri arasındaki korelasyona bakıldığında aralarında orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır (Çizelge 4.10).

5.2.4. Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği yapılmadan önce örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını analiz etmek için Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Bartlett küresellik testi yapılmıştır. KMO değerinin 0.8'in üstünde olması ve Bartlett küresellik testinin ''p'' değerinin 0.05'ten küçük olması örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda, yapılan analizler sonucunda KMO değeri 0,89l olarak bulunmuş ve Bartlett Küresellik Testi sonucuna göre χ^2=4972,290 (p<0,000) olarak elde edilmiştir, Bu değerlere göre, değişkenlerin faktör analizine uygun olduğu belirlenmiştir. Ayrıca faktör yükleri 0,30 değeri üzerinde yer aldığı için boyutlara iyi bir şekilde ayrıldığı söylenebilir.

Yapı geçerliği, açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) bulgularının sonuçlarıyla değerlendirilmiştir. AFA değerlendirilirken, ölçeğin her bir faktör yükü en az "0,3" olması göz önünde bulundurularak değerlendirilmiştir [59]. Faktör analizi yöntemi, uygulanan ölçeğin değişkenlerin sayısı ve bunlarla elde edilen puanların toplam puanlara etkisini değerlendirmektedir. Bu değerlendirme, açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile yapılmaktadır [57]. AFA bir ölçeğin ölçülmesi amaçlanan özelliklerin kavram yapısını ve kavram yapısının alt boyutlarını istatistiksel olarak açıklamaya yarayan yöntemdir [59]. DFA ise, daha önceden tanımlanmış veya kurgulanmış bir özelliğin istatistiksel olarak doğrulanmasıdır [58].

DFA'da parametre tahmini yapılırken, değişkenlerin normallik varsayımını sağlayıp/sağlamaması çok önemli bir konudur. Bu durumda modellere ilişkin analizlere başlamadan önce, öncelikle olarak her bir değişken için shapiro wilk ve Henze-Zirkler çoklu normallik testi uygulanmıştır. Henze-Zirkler Çoklu normallik testi sonucunda değişkenlerin normal dağılama uygun olmadığı belirlenmiş olup, bunun sonucunda DFA parametre tahminlerinde "Diagonel Ağırlıklandırılmış En küçük Kareler" tahmin yöntemi kullanılmıştır.

Bu ölçeği kullanmak için Prof. Dr. Jerrell JM. ile mail yoluyla iletişime geçilmiştir. Olumlu dönüş olduktan sonra uygulanacak olan ölçeği ve puanlama sistemini göndermiştir. Gelen ölçek incelendiğinde toplam 33 madde olarak görülmüştür. Yayınlanan ölçek makalesinde 22 madde olduğunu bilinmektedir [49]. Bunun sebebini sorduğumuzda ise orada da 33 madde olarak uygulanmış olduğu, kalan 11 maddenin uygulanan kurum, işleyiş ve hastaların

hastalığıyla ilgili bilgilerine yönelik soruların hastalar yayınlanmasını istemediklerini belirtmişlerdir. Bu nedenle 22 madde ve 6 alt faktör olarak yayınlandığı belirtilmiştir. Bizim araştırmamızda ise bütün maddeler eklenmiş bir şekilde 33 madde olarak uygulanmıştır.

İyileştirme Süreci Envanteri 33 farklı ifadeden oluşmaktadır. İfadelere ilişkin boyutlar üzerinden 2 kez faktör analizi yapılmıştır. Faktörlerin öz değerleri 1 den büyük olması açıklanan alt boyutun altında toplanan ifadelerin alt boyutu açıklamasında yeterli olduğunu göstermektedir.

Faktör Analizi sonucunda İyileştirme Süreci Envanteri öz değerleri 1'in üzerinde olarak 6 alt boyutta incelenmiştir. İlk faktör analizi sonucunda faktör ağırlığı 0,30'un altında yer alan; 3, 8, 14, 21, 22, 25 ve 27 sorularındaki ifadeler araştırmadan çıkartılmıştır. Bu durumda geri kalan ifadelere ilişkin boyutlar üzerinden tekrar faktör analizi yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda KMO değeri 0,89l olarak bulunmuş ve Bartlett Küresellik Testi sonucuna göre $\chi^2=4972,290$ ($p<0,000$) olarak elde edilmiştir, Bu değerlere göre, değişkenlerin faktör analizine uygun olduğu belirlenmiştir. Ayrıca faktör yükleri 0,30 değeri üzerinde yer aldığı için boyutlara iyi bir şekilde ayrıldığı söylenebilir. Keder, Güven ve Amaç, Hastalığı Tanımlama/Bilme, Umut Özbakım, Diğerleriyle İlişki ve Yaşam Alanı alt boyutlarının toplam varyansı açıklama oranı %69,026 oranında elde edilerek, analizde belirlenen 6 faktörün birlikte maddelerdeki toplam varyansın ve ölçeğe ilişkin varyansın önemli bir kısmını açıkladığı belirlenmiştir.

Ölçeğin orijinal makalesinde, Keder, Diğerleriyle ilişki, Güven ve amaç, Başkalarının bakımı/yardımı, Yaşam alanı, Umut/özbakım olmak üzere altı faktörü vardır. Bizim araştırmamızda ise öz değerleri 1'in üzerinde olarak 6 alt boyutta incelenmiştir. Keder, Güven ve Amaç, Hastalığı Tanımlama/Bilme, Umut Özbakım, Diğerleriyle İlişki ve Yaşam Alanı alt boyutları bulunmuştur. Bizim çalışmamızda faktör yükü 0,30'un altında çıkan Başkalarının bakımı/yardımı alt boyutu eklenmemiştir. Ölçeğin orijinalinde olmayıp bizim araştırmamızda bulduğumuz alt boyut ise Hastalığı tanımlama/bilme alt boyutu belirlenmiştir.

İyileşme Süreci Envanterine ilişkin DFA Modeli Test Sonuçlarına göre; DFA'da Modelin uyum indeks değerleri; Chi-square/df(cmin/df)(1,92)), GFI(0,99), CFI(0,98), NFI(0,96) ve AGFI(0,98) değerleri "Mükemmel" uyuma sahip iken; RMSEA(0,068) ve SRMR(0068)

değerleri “Kabul Edilebilir” uyum sınırları içinde yer almaktadır. Bu durumda DFA modelinin geçerli olduğu söylenebilir.

5.3. İyileşme Süreci Envanteri Güvenirlik Sonuçlarının İncelenmesi

Geçerlik güvenirlik çalışmalarında ölçülecek olan ölçeğin güvenirliği mutlaka hesaplanması gerekmektedir. Ölçek geçerli olabilir ama güvenirliği olmadan geçerli diyemeyiz. Güvenirliği belirlemek için korelasyon katsayısı hesaplanmalıdır. Korelasyon katsayısı (r) değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyini açıklar bulunan (r) değeri güvenirlik derecesini açıklar. Bu değer 0-(+1) arası ya da 0-(-1) arasında bir değer alır. Değer 1 yönüne yaklaştıkça güvenirliğinin yükseldiğini göstermektedir [50, 60].

Güvenirlik değerlendirilirken, değişkenler arasındaki ilişki, korelasyon katsayısıyla hesaplanmıştır. Güvenirlik hesaplamaları yöntemlerinde ise;

İç Tutarlılık (Cronbach Alfa) Katsayısı

Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı ölçeklerdeki maddelerin, ölçmek istediğimiz özelliği ölçüp ölçmediğini açıklayan bir değerdir. Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı ile ölçeğin iç tutarlığını ölçer. Bu katsayının yüksek olması ölçekteki maddelerin tutarlı olduğunu ve homojen bir dağılım gösterdiğini belirtmektedir. Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı en az 0,70 olması gerektiği belirtilmektedir ve 1 e ne kadar yaklaşırsa güvenirliğin o kadar iyi olduğu belirtilmektedir. Bir diğer deyişle Cronbach Alfa güvenirlik katsayı değeri; “0,80-1,00: ölçek yüksek güvenirliğe sahip”, “0.60-0.79: ölçek oldukça güvenilir”, “0.40-0.59: ölçeğin güvenirliği düşük” ve “0.00-0.39: ölçek güvenilir değil” olarak değerlendirilmektedir [50, 60, 61].

İç Tutarlılık Katsayısı hesaplanırken, madde analizleri ve Cronbach alfa güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır. İç tutarlı olan bir ölçeğin Cronbach alfa değerinin 0,7’den büyük olması gerektiği göz önünde bulundurulmuştur.

Çizelge 4.9.’da yer alan ölçek ve alt boyutları ilişkin güvenirlik analizi sonuçlarına göre, İyileştirme Süreci Envanterinin iç tutarlılık katsayısı Cronbach’s alfa değeri 0,828 olarak elde edilmiştir. Ölçek alt boyutlarına ilişkin Cronbach’s alfa değerleri sırasıyla; Keder (0,913), Diğerleriyle İlişki (0,902), Güven ve Amaç (0,928), Yaşam Alanı (0,844), Umut

Özbakım (0,904) ve Hastalığı Tanımlama ve Bilme (0,881) olarak elde edilmiştir. Bu değerlerin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir. Bu durumda, alt boyutların ve ölçeğin güvenilir düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır.

Ölçeğin orijinal makalesinde ise ölçek alt boyutlarına ilişkin Cronbach's alfa değerleri sırasıyla Keder (0,78), Diğerleriyle ilişki (0,73), Güven ve Amaç (0,77), Yaşam alanı (0,71), Umut/ Özbakım (0,81). Ayrıca Diğerlerinin bakımı/yardımı (0,56) alt boyutu bizim çalışmamızda iyi ayrılmadığı ve anlamlı düzeyde olmadığı için bu maddeler çıkartılmıştır. Orijinal makalesinde de görüldüğü gibi güvenirlik katsayısı (0,56) olduğu belirtilmiş bizim çalışmamızla benzer sonuçlar görülmüştür.

Ölçeğin İsviçre'de yapılan çalışmasında ise; İyileştirme Süreci Envanterinin iç tutarlılık katsayısı Cronbach's alfa değeri 0,84 olarak tespit edilmiştir. Ölçek alt boyutlarına ilişkin Cronbach's alfa değerleri sırasıyla; Keder (0,71), Diğerleriyle İlişki (0,47), Güven ve amaç (0,66), Yaşam alanı 0,53), Umut/Özbakım (0,78) Diğerlerinin Bakımı yardımı (0,28) olarak en düşük katsayı alarak bizim çalışmamızla benzer bulunmuştur [62].

Kültürel yapı, ruhsal hastalıkların belirtileri ile birlikte ele alınırken, aynı zamanda bireylerin ruhsal hastalıklarla yaşama, hastalıkların zorluklarıyla baş etme, kendi kendini yönetme kapasitesi ve yaşamda anlam arayışı ve bulma olarak belirtilen ruhsal hastalıklarda iyileşme sürecinde de etkisini göstermektedir.

Bir diğer farklılık olarak bizim çalışmamızda olup da orijinal makalesinde olmayan alt boyut olan Hastalığı Tanımlama/Bilme alt boyutu Cronbach's alfa değeri (0,88) olarak belirlenmiştir. Türk kültüründe hastalığın bilinmesi ve tanımlanması önemli olduğu ortaya çıkmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada ruhsal hastalığı olan, psikiyatri kliniğinde ve toplum ruh sağlığı merkezinde tedavi gören bireylerin ruhsal hastalıktan iyileşme süreçlerini değerlendirmek amacıyla, Jeanette M. Jerrell ve arkadaşları tarafından geliştirilen İyileşme Süreci Envanterinin (Recovery Process Inventory) Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğini belirlemek için planlanıp uygulanmıştır.

Araştırma sonucunda.

- İyileşme Süreci Envanteri (Recovery Process Inventory) Dil eşdeğerliğin sağlanması için çeviri geri çeviri yöntemi kullanılmıştır.
- Türkçe geçerliği yapılacak olan ölçeğin kavramı hakkında ve ölçek geçerlik ve güvenirliği konusunda bilgisi olan, alan uzmanlarının görüşlerine başvurularak kapsam geçerliği yapılmıştır. Kapsam geçerliği soncunda **KGİ: 0,93** olarak bulunmuştur.
- Yapı geçerliği yapılmadan önce örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını analiz etmek için Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Bartlett küresellik testi yapılmıştır.
- Araştırmamızda, yapılan analizler sonucunda **KMO değeri 0,89l** olarak bulunmuş ve Bartlett Küresellik Testi sonucuna göre **χ^2=4972,290 (p<0,000)** olarak elde edilmiştir, Bu değerlere göre, değişkenlerin faktör analizine uygun olduğu belirlenmiştir. Ayrıca faktör yükleri 0,30 değeri üzerinde yer aldığı için boyutlara iyi bir şekilde ayrıldığı söylenebilir.
- İyileşme Süreci Envanterine ilişkin DFA Modeli Test Sonuçlarına göre; DFA'da Modelin uyum indeks değerleri; **Chi-square/df(cmin/df)(1,92)), GFI(0,99), CFI(0,98), NFI(0,96) ve AGFI(0,98)** değerleri **"Mükemmel"** uyuma sahip iken; **RMSEA(0,068) ve SRMR(0068)** değerleri **"Kabul Edilebilir"** uyum sınırları içinde yer almaktadır. Bu durumda DFA modelinin geçerli olduğu söylenebilir.
- İyileştirme Süreci Envanterinin iç tutarlılık katsayısı Cronbach's alfa değeri **0,828** olarak elde edilmiştir. Ölçek alt boyutlarına ilişkin Cronbach's alfa değerleri sırasıyla; Keder **(0,913),** Diğerleriyle İlişki **(0,902),** Güven ve Amaç **(0,928)**, Yaşam Alanı **(0,844),** Umut Özbakım **(0,904)** ve Hastalığı Tanımlama ve Bilme **(0,881)** olarak elde edilmiştir. Bu değerlerin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

Bu durumda, alt boyutların ve ölçeğin güvenilir düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır.

- Ölçüt geçerliği için İyileşme Süreci Envanteri ile İyileşme Değerlendirme Ölçeği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi korelasyon katsayılarından yararlanılarak yapılmıştır ve aralarındaki korelasyon katsayısı yüksekliği anlamlı olduğu ve ölçülen ölçeğin geçerli ölçüm yaptığı söylenebilir. Bizim çalışmamızda ise İyileşme Değerlendirme Ölçeği ile İyileşme Süreci Envanteri arasındaki korelasyona bakıldığında aralarında orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır.

Sonuç olarak; İyileşme Süreci Envanteri 33 madde 6 alt boyuttan oluşan ölçek uygulanmış olup analiz sonuçlarına göre, 26 madde ve 6 alt boyuttan oluşan Türkçe formu Türk kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- İyileşme Süreci Envanteri 26 madde ve 6 alt boyuttan oluşan Türkçe formu Türk kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir olduğu kanıtlanmıştır. Psikiyatri hastalarının iyileşme sürecini değerlendirmek amacıyla kullanılması önerilmektedir.
- İyileşme Süreci Envanteri'nin kullanılması kolay uygulanabilir olması hem yatan hasta hem de ayaktan hastalarda iyileşme süreçlerini takip etmede uygulaması kolay bir ölçek olduğu için tedavi süreçlerinde kullanılabilir.
- Ruhsal hastalıkların iyileşme sürecinde etkisini gösteren, bireylerin ruhsal hastalıklarla yaşama, hastalıkların zorluklarıyla baş etme, kendi kendini yönetme kapasitesi ve yaşamda anlam arayışı ve bulma yönüyle değerlendirmeye olanak sağlamaktadır. Bu nedenle hasta değerlendirmesinde kullanılması ve sonuçların değerlendirilmesi önerilmektedir.
- İyileşme Süreci Envanteri, farklı ruhsal hastalık tanısı almış gruba ve daha fazla örneklem grubuna uygulanması, mevcut analiz sonuçlarının değişip değişmediğini kontrol etmek amacıyla uygulanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. 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.
2. Anthony W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.
3. Hutchinson, D. S. (2011). The Recovery Education Center: An integrated health promotion and wellness program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(4), 321.
4. Davidson, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), 1091-1097.
5. M. Slade, M. Amering, and L. Oades, (2008). "Recovery: an international perspective," *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(2), 128–137.
6. Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Pearce, S., Vandevelde, S., & Broekaert, E. (2013). Mental health, recovery, and the community. *The scientific world journal*.
7. Schrank, B., & Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31(9), 321-325.
8. Jones, S. M., & Ludman, E. J. (2018). Factor Structure and Sensitivity to Change of the Recovery Assessment Scale. *The journal of behavioral health services & research*, 45(4), 690-699.
9. Slade, M. (2009). 100 ways to support recovery. London: Rethink, 31.
10. Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2002). Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century. *International review of psychiatry*, 14(4), 245-255.
11. Slade, M., Adams, N., & O'Hagan, M. (2012). Recovery: Past progress and future challenges, *International Review of Psychiatry*, 24 (1), 1-4.
12. Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation journal*, 11(4), 11.
13. Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric services*, 52(4), 482-485.
14. Saunders, V., Sherwood, J., & Usher, K. (2015). If you knew the end of the story, would you still want to hear it? The importance of narrative time for mental health care. *The Qualitative Report*, 20(10), 1594-1608.

15. Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
16. Andresen, R., Oades, L., & 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.
17. Lindsay G. Oades & Julie A. (2012) Recovery in Australia: Marshalling strengths and living values, *International Review of Psychiatry*, 24(1), 5-10.
18. Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20.
19. Thornton, T., & Lucas, P. (2011). On the very idea of a recovery model for mental health. *Journal of Medical Ethics*, 37(1), 24-28.
20. Pratt, R., MacGregor, A., Reid, S., & Given, L. (2012). Wellness Recovery Action Planning (WRAP) in self-help and mutual support groups. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 403.
21. Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68.
22. Mental Health Commission. (2008). A recovery approach within the Irish mental health services: A framework for development.
23. Roberts, G., & Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery: open to all. Advances in psychiatric treatment, 10(1), 37-48.
24. Davidson, L., Schmutte, T., Dinzeo, T., & Andres-Hyman, R. (2008). Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 5-8.
25. Frese, F. J., & Davis, W. W. (1997). The consumer–survivor movement, recovery, and consumer professionals. Professional Psychology: *Research and Practice*, 28(3), 243.
26. Meehan, T. J., King, R. J., Beavis, P. H., & Robinson, J. D. (2008). Recovery-based practice: do we know what we mean or mean what we know?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(3), 177-182.

27. Chang, Y. C., Ailey, S. H., Heller, T., & Chen, M. D. (2013). Rasch analysis of the mental health recovery measure. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(4), 469-477.
28. Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219
29. Barker, P. (2003). The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 96-102.
30. Cusack, E., Killoury, F., & Nugent, L. E. (2017). 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.
31. Cowman, S., Farrelly, M., & 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
32. Butler, M. P., Begley, M., Parahoo, K., & Finn, S. (2014). Getting psychosocial interventions into mental health nursing practice: a survey of skill use and perceived benefits to service users. *Journal of advanced nursing*, 70(4), 866-877.
33. Goulter, N., Kavanagh, D. J., & Gardner, G. (2015). What keeps nurses busy in the mental health setting?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(6), 449-456.
34. Noiseux, S., & Ricard, N. (2008). Recovery as perceivedby people with schizophrenia, family members and healthprofessionals: A grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*, 45(8), 1148-1162.
35. Noiseux, S., Tribble St-Cyr, D., Corin, E., St-Hilaire, P.-L.,Morissette, R., Leclerc, C., et al. (2010). The process ofrecovery of people with mental illness: The perspectives ofpatients, family members and care providers: Part 1. *BioMed Central Health Services Research*, 10, 161.
36. Csipke, E., Williams, P., Rose, D., Koeser, L., McCrone, P., Wykes, T., & Craig, T. (2016). Following the Francis report: investigating patient experience of mental health in-patient care. *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 35-39.
37. Kidd, S., Kenny, A., & McKinstry, C. (2015). The meaning of recovery in a regional mental health service: an action research study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), 181-192.

38. Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: description and analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236-242.
39. Jacob, S., Munro, I., Taylor, B. J., & Griffiths, D. (2017). Mental health recovery: A review of the peer-reviewed published literature. *Collegian*, 24(1), 53-61.
40. Piat, M., Sabetti, J., Couture, A., Sylvestre, J., Provencher, H., Botschner, J., & Stayner, D. (2009). What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 199.
41. Mancini, M. A., Hardiman, E. R., & Lawson, H. A. (2005). Making sense of it all: consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 48
42. Pernice-Duca, F. (2010). Family network support and mental health recovery. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(1), 13-27.
43. Happell, B. (2008). Determining the effectiveness of mental health services from a consumer perspective: Part 1: Enhancing recovery. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 17(2), 116-122.
44. Browne, G., Hemsley, M., & St. John, W. (2008). Consumer perspectives on recovery: A focus on housing following discharge from hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(6), 402-409.
45. Lakeman, R. (2010). Mental health recovery competencies for mental health workers: A Delphi study. *Journal of Mental Health*,19(1), 62-74.
46. Harper D, Speed E. (2012). Uncovering recovery: The resistible rise of recovery and resilience. *Studies in Social Justice*, 6, 9.
47. Happell, B. (2008). Determining the effectiveness of mental health services from a consumer perspective: Part 2: Barriers to recovery and principles for evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(2), 123-130.
48. Aston, V., & Coffey, M. (2012). Recovery: what mental health nurses and service users say about the concept of recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(3), 257-263.
49. Jerrell, J. M., Cousins, V. C., & Roberts, K. M. (2006). Psychometrics of the recovery process inventory. *The Journal Of Behavioral Health Services & Research*, 33(4), 464-473.

50. Alpar R. (2020). *Spor Sağlık Ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik Ve Geçerlik Güvenirlik Spss de Çözümleme Adımları İle Birlikte*. Ankara: Detay Yayıncılık, 25
51. Young, A.G. and Pearce, S. (2013). A beginner's guide to factor analysis: focusing on exploratory factor analysis.*Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 9(2), 79-94.
52. Corrigan PW, Giffort D, Rashid F, Leary M, Okeke I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, 35(3),231–9.
53. Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO, Sangster Y, Keck L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4),1035–41.
54. Güler, C. (2017). *İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği.* Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
55. Erkan S, Gömleksiz M. (2014). *Eğitimde ölçme ve değerlendirme*. Ankara: Anı Yayıncılık, 47-75
56. Davis LL. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research.*5(4),194-7.
57. Thorndike R, Christ, T. (2017). *Psikolojide ve eğitimde ölçme ve değerlendirme.* Ankara: Nobel Kitabevi, 166
58. Kartal M, Bardakçı S. (2018). *Spss ve amos uygulamalı örneklerle güvenirlik ve geçerlilik analizleri.* Ankara: Akademisyen Yayınevi, 15
59. Tavşancıl E. (2014). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 19-51.
60. Aksayan S, Gözüm S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 1(3), 14.
61. Çam MO, Baysan Arabacı L. (2010). Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 59–71.
62. Jaeger, M., Konrad, A., Rueegg, S., & Rabenschlag, F. (2013). Measuring recovery: validity of the "recovery process inventory" and the "recovery attitudes questionnaire". *Psychiatry Research*, 210(1), 363-367.

EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, **Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'**ndan 25.05.2019 tarih / 06 sayı ile izin alınan ve **Haydar Mehmet Kaya** tarafından yürütülen **"İyileşme Süreci Envanterinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği"** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Araştırmanın Amacı	Bu araştırmanın amacı İyileşme Süreci Envanterinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliğini araştırmak amacıyla planlanmıştır.
Araştırmanın Yöntemi	Araştırmamızın evrenini Araştırmanın evreni, Ankara il sınırları içinde yer alan ve psikiyatri yataklı ve poliklinik hizmeti veren tüm resmi ve özel kurum ve kuruluşlar oluşturmaktadır. Çalışmamamızda herhangi bir örneklem seçimi yapılmayacak olunup, araştırma izni alınan tüm hastaneler çalışmaya dâhil edilecektir. Bu çalışmada veri toplama araçları olarak Veri Toplama Formu, İyileşme Süreci Envanteri, İyileşme Değerlendirme Ölçeği kullanılacaktır. Araştırmacılar katılımcılarla yüz yüze görüşerek araştırma hakkında bilgi verecek ve gönüllü olanların veri toplama formlarını doldurmalarını sağlayacaktır. Formlar bir kere uygulanacaktır. Ölçeklerin tamamlanma süresi ortalama 10-15 dakikadır.
Araştırmanın Öngörülen Süresi	01.08.2019-31.07.2020
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	Araştırma için öngörülen süre içerisinde ulaşılabilen tüm katılımcılar araştırmaya dahil edilecektir.
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Araştırma, araştırmayı kabul eden hastanelere bağlı psikiyatri kliniği ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde gerekli izinler alındıktan sonra uygulanacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü

Adı ve Soyadı	Haydar Mehmet Kaya	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

EK-2. Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı, bu veriler İyileşme Süreci Envanterinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması amacıyla planlanan araştırmada kullanılacaktır. Toplanan bilgiler gizli tutulacak ve bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır.

1. Cinsiyetiniz
   ( ) Erkek ( )Kadın

2. Yaşınız: …….

3. Medeni durumunuz
   ( )Evli ( )Bekâr ( )Boşanmış ( )Dul

4. Eğitim durumunuz
   ( )Okur-yazar değil ( )İlkokul ( )Ortaokul ( )Lise ( )Önlisans ( )Lisans ( )Lisansüstü
5. Mesleğiniz
   ( )Emekli ( )Memur ( )İşçi ( )Çiftçi ( )Serbest Meslek ( )Çalışmıyor

6. Babanızın mesleği ……..

7. Annenizin mesleği ……..

8. Çocuğunuz var mı? Cevabınız evet ise sayısını belirtiniz.
   Evet…… Hayır

9. Sizce gelir düzeyiniz nedir?
   ( ) Çok iyi ( ) İyi ( )Orta ( )Kötü

10. Yaşadığınız yer
    ( )İl merkezi ( )İlçe merkezi ( )Köy

11. Kiminle yaşıyorsunuz?
    ( ) Yalnız yaşıyor ( ) Ailesiyle yaşıyor ( )Akrabalarıyla yaşıyor ( )Diğer……

12. Ruhsal hastalık tanısı……

13. Ek ruhsal hastalık varlığı
    Evet (hastalık adı)…… ( ) Hayır
14. Tanı konma zamanı (yıl)……..

15. Ruhsal hastalığınız için ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?
    ……. ……..

16. (Yatan hastalar için) Yatışınızın kaçıncı günü……

EK-2. (devam) Tanıtıcı Bilgi Formu

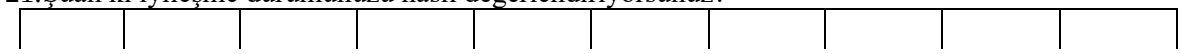
17.Ruhsal hastalıktan dolayı hastane yatışı
( ) Evet(lütfen yatış sayısını yazınız)…… ( ) Hayır

18.Ruhsal hastalığınızın tekrar etme sayısı……..

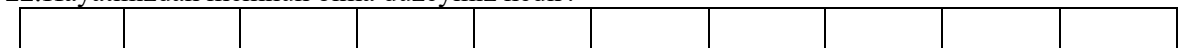
19.Ruhsal hastalığınız dışında fiziksel bir rahatsızlığınız var mı?
( ) Evet(lütfen adını yazınız)…… ( ) Hayır

20.Ruhsal hastalığınızda iyileşmenize en çok kim katkı sağladı?
( ) Sağlık personeli ( ) Ailem ( )Akrabalarım ( )Arkadaşlarım ( )Diğer……

21.Şuan ki iyileşme durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?



22.Hayatınızdan memnun olma düzeyiniz nedir?



EK-3. Recovery Process İnventory (İyileşme Süreci Envanteri) Orijinal Formu

Recovery Questionnaire

Please indicate how much agreement or disagreement you have with the following statements. Your response is based on a 5 point scale with one (1) being I Strongly Agree and five (5) being I Strongly Disagree**.**	I Strongly Agree (1)	I Agree (2)	I am Neutral (3)	I Disagree (4)	I Strongly Disagree (5)
1. I understand what the medication(s) prescribed for my mental illness do.					
2. I understand my diagnosis.					
3. I'm given choices about the treatment I receive.					
4. The services I received helped reduce my symptoms.					
5. I feel discriminated against or excluded from my community because of my mental illness.					
6. I believe that I am in recovery.					
7. I feel lost and hopeless much of the time.					
8. The services I have received from the mental health center are helping me to recover from mental illness.					
9. I feel isolated and alone when I am with my family.					
10. I find places and situations where I can make friends.					
11. There is meaning and purpose to my life.					
12. I know what triggers my mental illness.					
13. I have a good, safe place to live.					
14. I don't take care of myself in any way.					
15. I ask for help from others when I need it.					
16. Fear doesn't stop me from living the way I want to.					
17. I know the kind of work that best suits me.					
18. I feel isolated and alone much of the time.					
19. I am living in the kind of place I like.					

EK-3. (devam) Recovery Process İnventory (İyileşme Süreci Envanteri) Orijinal Formu

20. I like myself most of the time.					
21. I am homeless.					
22. I can be with people at church, temple, or a prayer meeting who understand my journey to recovery.					
23. I don't think that I will ever find the kind of place where I want to live.					
24. I have a positive outlook on life.					
25. No one would hire me to work for them.					
26. I trust myself to make good decisions and positive changes in my life.					
27. Even when I don't care about myself, other people do.					
28. I feel more isolated when people around me pray for help.					
29. I spend time with people to feel connected and better about myself.					
30. I get on with my life when I have hope.					
31. I feel better when I know how to take care of myself..					
32. Other people are always making decisions about my life.					
33. My family tries to control my treatment too much.					

EK-4. İyileşme Süreci Envanteri

İYİLEŞME SÜRECİ ENVANTERİ

	Kesinlikle Katılıyorum	**Katılıyorum**	**Emin Değilim**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
1. Ruhsal hastalığım için öngörülen ilaçların ne işe yaradığını biliyorum.					
2. Ruhsal hastalık teşhisimi(tanımı) ne olduğunu biliyorum.					
3. Aldığım tedavide bana tedavi seçenekleri sunuldu.					
4. Aldığım hizmetler hastalığımın belirtilerini azaltılmasına yardımcı oldu.					
5. Ruhsal hastalığım nedeniyle toplumda ayrımcılık yapıldığını ve dışlanmış hissediyorum.					
6. İyileştiğime inanıyorum.					
7. Kendimi çoğu zaman kaybolmuş ve umutsuz hissediyorum.					
8. Ruh sağlığı merkezinden aldığım hizmetler ruhsal hastalığımdan iyileşmeme yardımcı oluyor.					
9. Ailemle birlikteyken kendimi yalnız ve izole edilmiş hissediyorum.					

EK-4. (devam) İyileşme Süreci Envanteri

10. Arkadaş edinebileceğim yerler ve durumlar bulurum.					
11. Hayatımın anlamı ve amacı var.					
12. Ruhsal hastalığımı neyin tetiklediğini biliyorum.					
13. Yaşamak için iyi ve güvenli bir yerim var.					
14. Hiçbir şekilde kendimle ilgilenmiyorum.					
15. İhtiyacım olduğunda başkalarından yardım istiyorum.					
16. Korku istediğim gibi yaşamamı engellemez.					
17. Bana en uygun iş türünü biliyorum.					
18. Çoğu zaman kendimi yalnız ve izole edilmiş hissediyorum.					
19.Sevdiğim yerde yaşıyorum.					
20. Çoğu zaman kendimi severim.					
21. Sokakta yaşıyorum.					
22. İyileşme yolculuğumu anlayan insanlarla ibadethanelerde tanışırım.					

EK-4. (devam) İyileşme Süreci Envanteri

23. Yaşamak istediğim yeri bulacağımı asla sanmıyorum.					
24. Hayata olumlu bir bakış açım var.					
25. Kimse beni çalıştırmak için işe almayacak.					
26. Hayatımda iyi kararlar almak ve olumlu değişiklikler yapmak için kendime güveniyorum.					
27. Kendimi umursamadığım zamanlarda bile, başkaları beni umursar.					
28. Etrafımdaki insanlar yardım için dua ettiğinde kendimi daha yalnız hissediyorum.					
29. Kendimi daha iyi hissetmek için insanlarla zaman geçiriyorum.					
30. Umudum olduğu sürece hayatıma devam ederim.					
31. Kendime nasıl bakacağımı bildiğimde, kendimi daha iyi hissediyorum					
32. Diğer insanlar her zaman hayatım hakkında kararlar veriyorlar.					

EK-4. (devam) İyileşme Süreci Envanteri

33. Ailem tedavimi çok fazla kontrol etmeye çalışıyor.					

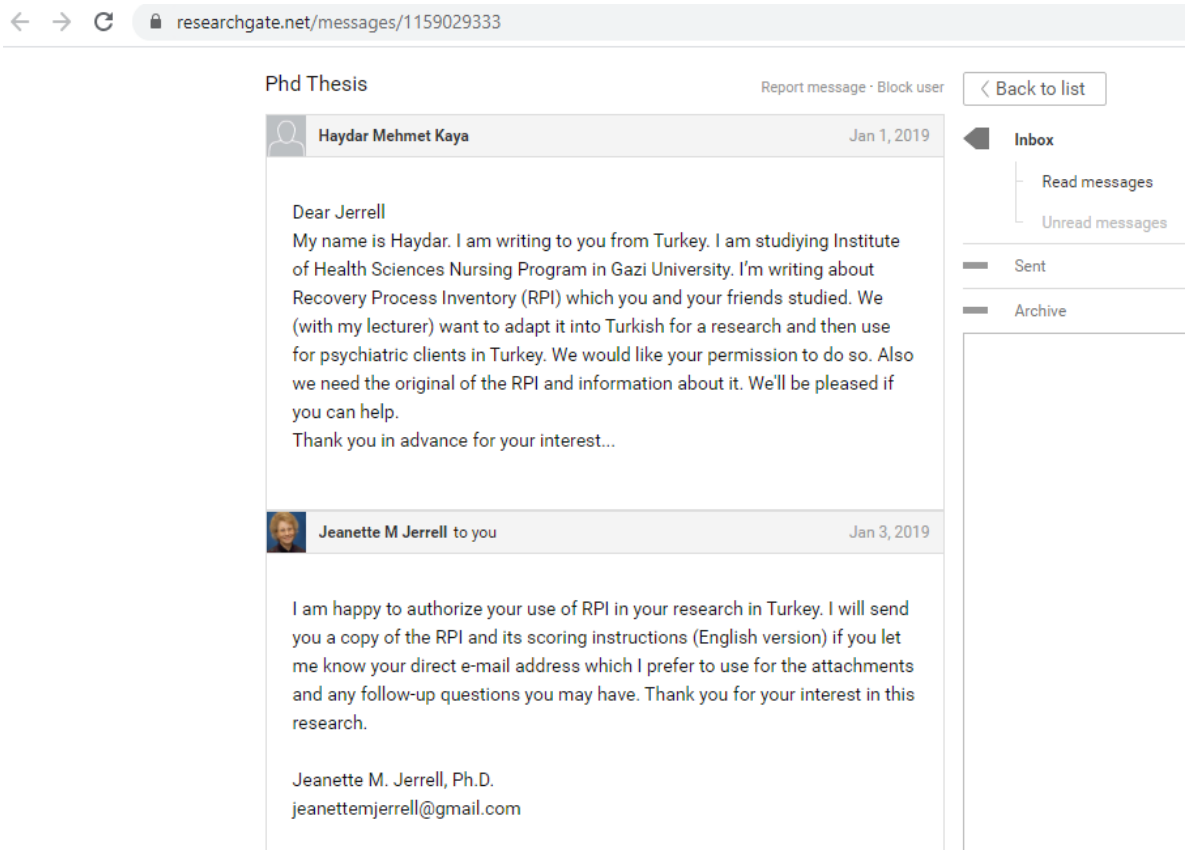
EK-5. İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDO)

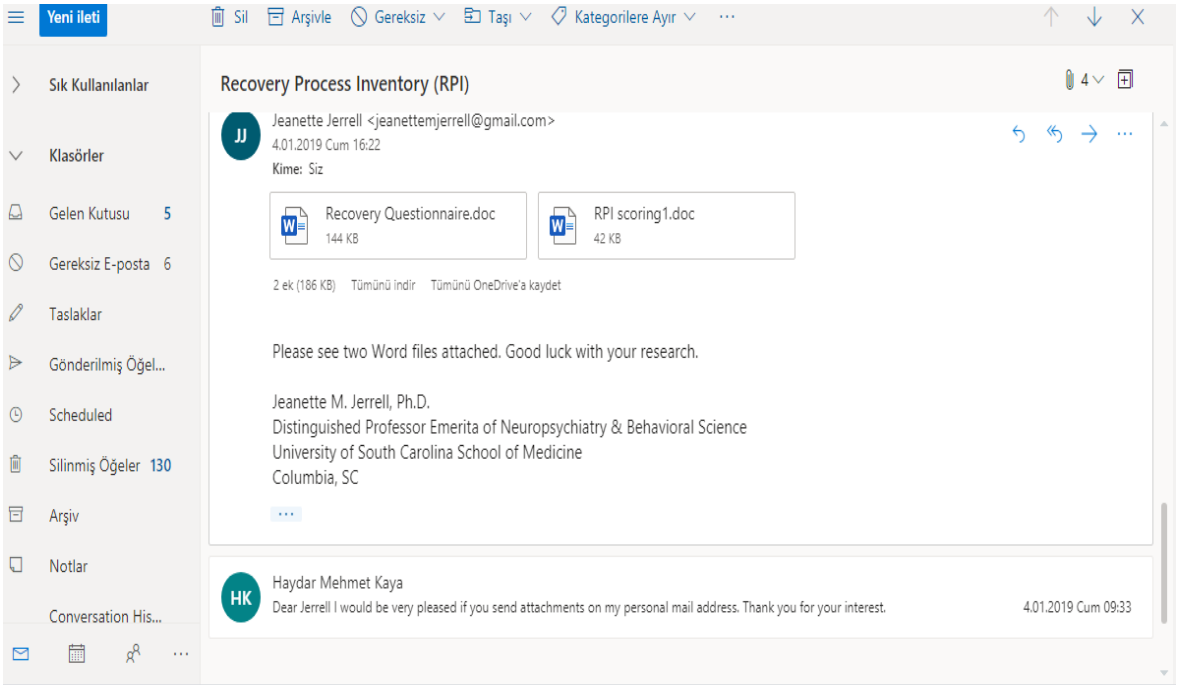
Aşağıdaki her bir cümlenin yanında cevaplarını işaretlemeniz için 1'den 5'e kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar uygun olduğunu belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan **yalnız bir tanesini** daire içine alarak işaretleyiniz.

1= Kesinlikle Katılmıyorum	2= Katılmıyorum	3= Emin Değilim	4= Katılıyorum	5= Kesinlikle Katılıyorum

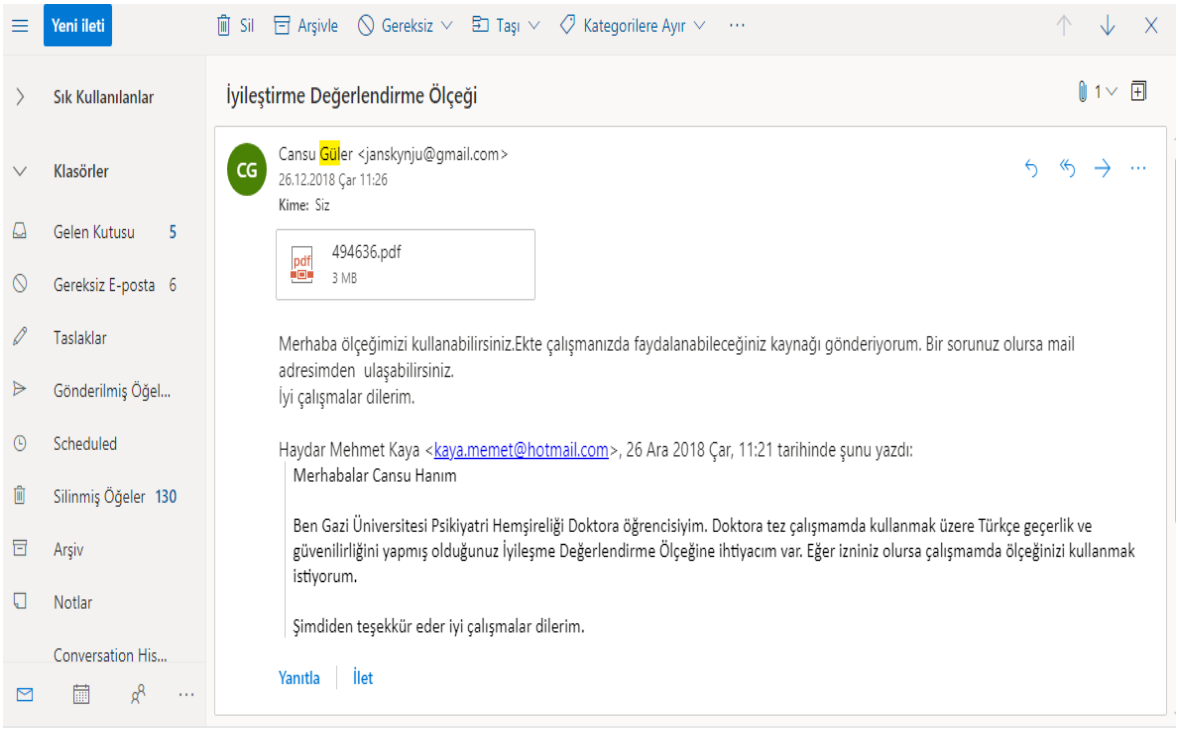
1	İyileşmek istiyorum	1	2	3	4	5
2	Nasıl iyileşeceğim ya da iyi kalacağım konusunda kendime ait fikirlerim var	1	2	3	4	5
3	Hayatta ulaşmak istediğim hedeflerim var	1	2	3	4	5
4	Hedeflerime ulaşabileceğime inanıyorum	1	2	3	4	5
5	Bir yaşam amacım var	1	2	3	4	5
6	Kendimi önemsemediğim zamanlarda bile çevremdeki insanlar beni önemser	1	2	3	4	5
7	Korkularım, hayatımı istediğim şekilde yaşamamı engellemez	1	2	3	4	5
8	Hayatta başıma her ne gelirse gelsin üstesinden gelebilirim	1	2	3	4	5
9	Kendimi seviyorum	1	2	3	4	5
10	İnsanlar beni gerçekten tanısalar, severler	1	2	3	4	5
11	İdealimdeki kişi olma yolunda kendime güveniyorum	1	2	3	4	5
12	İyi şeylerin er ya da geç gerçekleşeceğine inanırım	1	2	3	4	5
13	Geleceğimden umutluyum	1	2	3	4	5
14	Kendim için yeni uğraşılar (hobiler) edinirim	1	2	3	4	5
15	Ruhsal hastalığımın belirtileri ile baş etmek artık hayatımın en önemli konusu olmaktan çıktı	1	2	3	4	5
16	Ruhsal hastalığımın belirtileri yaşamımı giderek daha az etkiliyor	1	2	3	4	5
17	Hastalık belirtilerimle daha iyi baş edebildiğim için hayatımda giderek daha az sorunla karşılaşıyorum	1	2	3	4	5
18	Yardım isteyeceğim zamanları bilirim	1	2	3	4	5
19	Yardım istemekten çekinmem	1	2	3	4	5
20	İhtiyacım olduğunda yardım isterim	1	2	3	4	5
21	Stresimle baş edebilirim	1	2	3	4	5
22	Çevremde güvenebileceğim insanlar var	1	2	3	4	5
23	İyileşeceğime inanmadığımda bile çevremdeki insanlar buna inanır	1	2	3	4	5
24	Çevremde beni destekleyen insanların olması önemlidir (tanıdık, arkadaş, dost)	1	2	3	4	5

EK-6. İyileşme Süreci Envanteri İzin Yazısı





EK-7. İyileşme Değerlendirme Ölçeği İzin Yazısı



EK-8. Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/06/2019-E.72798

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu

Sayı : 91610558-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 26.04.2019 tarih ve E.53654 sayılı yazı

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Hemşirelik Anabilim Dalı **Doktora Öğrencisi Haydar Mehmet KAYA'nın, Doç.Dr. Nermin GÜRHAN'ın** danışmanlığında yürüttüğü **"İyileşme Süreci Envanteri'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği"** adlı tez çalışması ile ilgili konu Kurulumuzun **28.05.2019** tarih ve **06** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. İsmail KARAKAYA
Kurul Başkanı V.

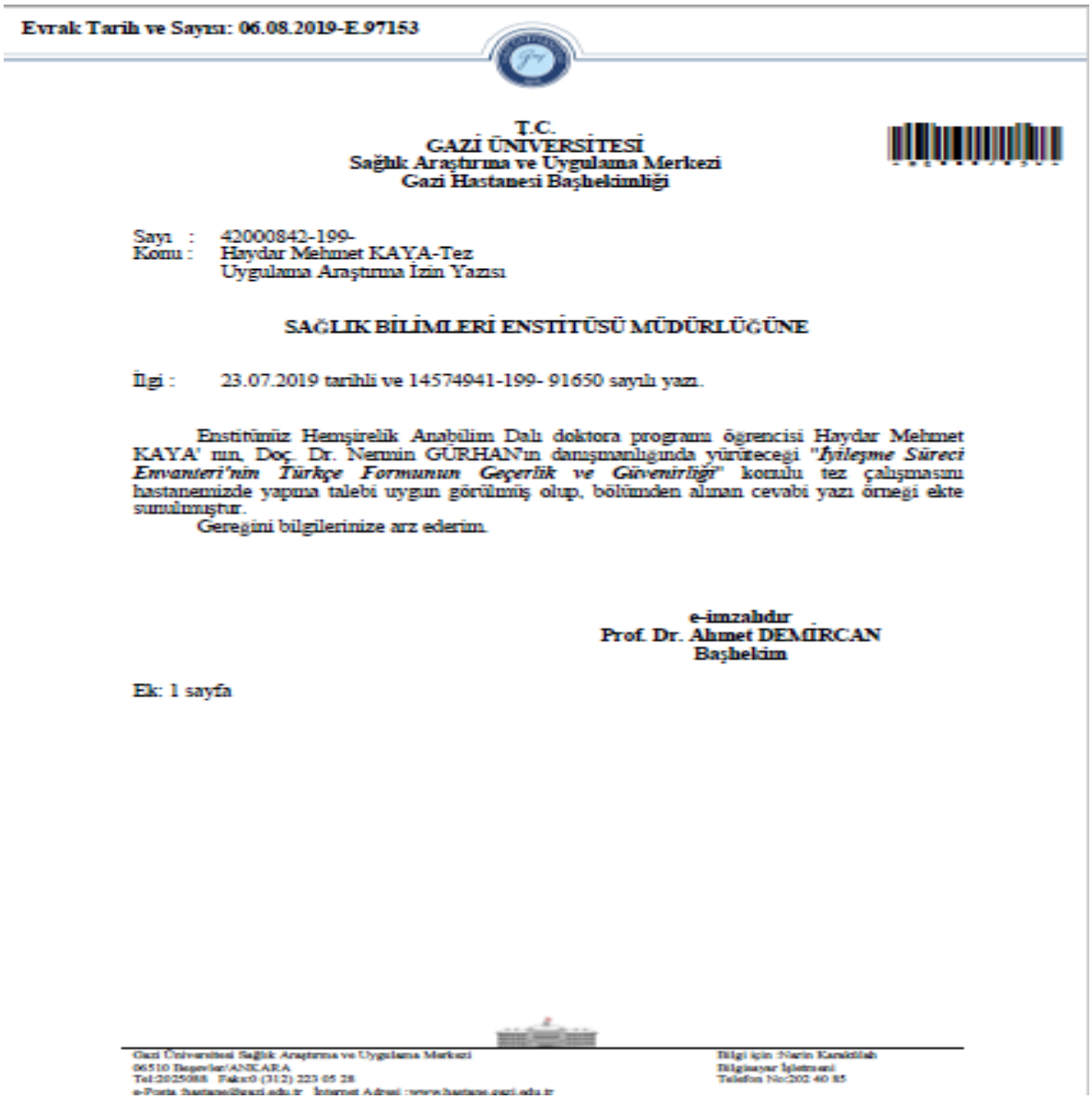
Araştırma Kod No: 2019-183

Ek: 1 Liste

Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Burak Çitrak
Birim Evrak Sorumlusu
Telefon No:0312 229 78 00

EK-9. Araştırmanın Yapıldığı Kurumların İzin Yazıları



Evrak Tarih ve Sayısı: 06.08.2019-E.97153

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 42000842-199-
Konu : Haydar Mehmet KAYA-Tez
Uygulama Araştırma İzin Yazısı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 23.07.2019 tarihli ve 14574941-199- 91650 sayılı yazı.

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Haydar Mehmet KAYA' nın, Doç. Dr. Nermin GÜRHAN'ın danışmanlığında yürüteceği *"İyileşme Süreci Envanteri'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği"* konulu tez çalışmasını hastanemizde yapma talebi uygun görülmüş olup, bölümden alınan cevabi yazı örneği ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ahmet DEMİRCAN
Başhekim

Ek: 1 sayfa

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler/ANKARA
Tel:2025088 Faks:0 (312) 223 05 28
e-Posta: hastane@gazi.edu.tr İnternet Adresi : www.hastane.gazi.edu.tr

Bilgi için: Narin Karakilah
Bilgisayar İşletmeni
Telefon No:202 40 85

EK-9. (devam) Araştırmanın Yapıldığı Kurumların İzin Yazıları

Evrak Tarih ve Sayısı: 05.08.2019-E.96832

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 75255018-199-
Konu : Haydar Mehmet KAYA-Tez
Uygulama Araştırma İzin Yazısı

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 05.08.2019 tarihli ve 42000842-199- 96426 sayılı yazı.

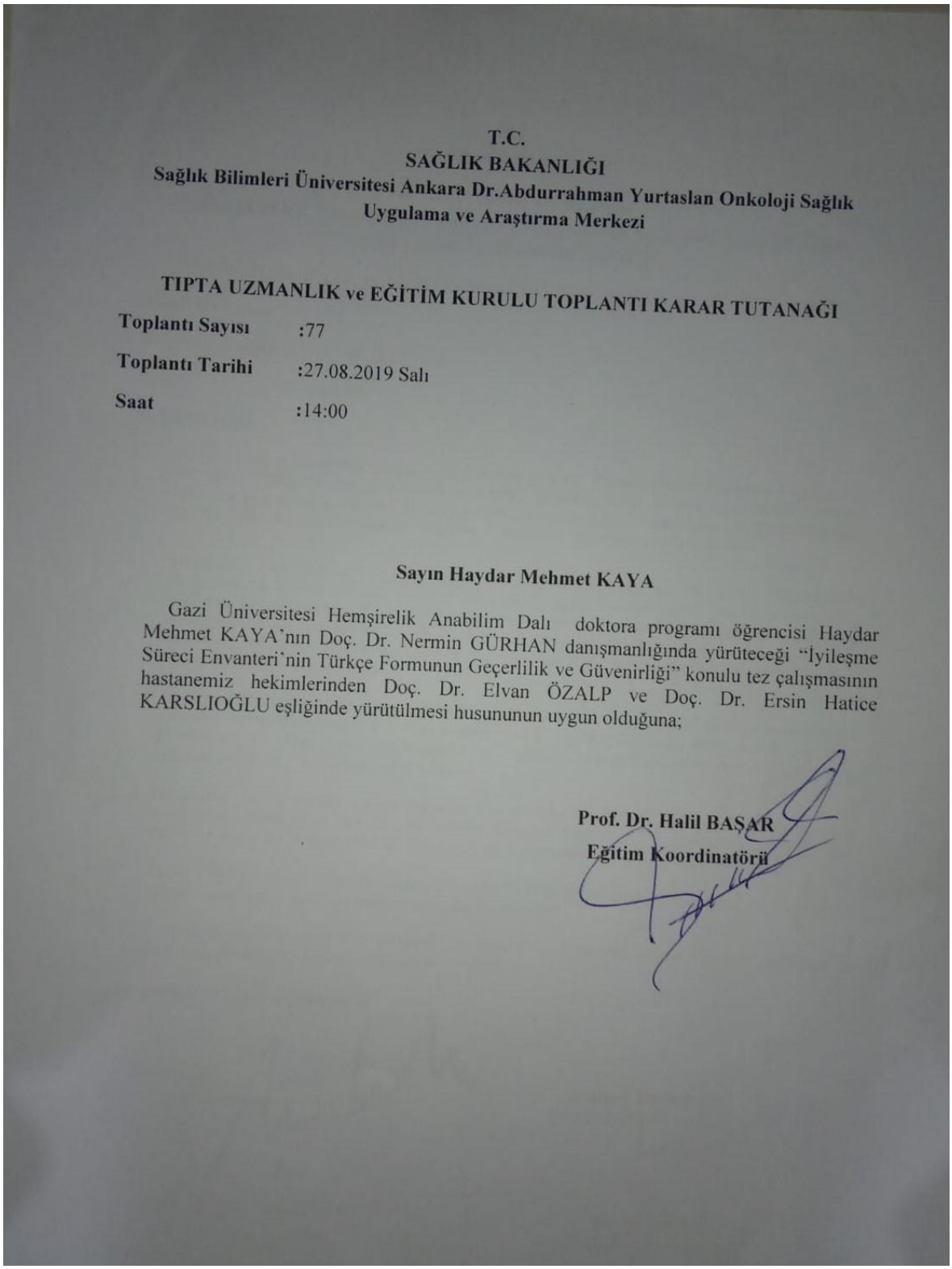
İlgi yazınızda izin istenilen tez çalışması ile ilgili olarak çalışmayı yapacak olan öğrencilerin çalışmaya başlamadan önce kliniğimizden alacakları hasta sayısı çalışma gün ve saatleri hakkında Anabilim Dalı Başkanlığımız ve yataklı servis sorumlu hemşireleri ile iletişime geçmeleri halinde çalışmalarını bölümümüzde yapmaları uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Rukiye Filiz KARADAĞ
Anabilim Dalı Başkanı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 06500 Beşevler/ANKARA
Tel:0 (312) 212 68 40 Faks:0 (312) 221 32 02
e-Posta :tip@gazi.edu.tr İnternet Adresi :http://med.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Osman AYDIN
Birim Evrak Sorumlusu
Telefon No:03122025450

EK-9. (devam) Araştırmanın Yapıldığı Kurumların İzin Yazıları



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

TIPTA UZMANLIK ve EĞİTİM KURULU TOPLANTI KARAR TUTANAĞI

Toplantı Sayısı :77

Toplantı Tarihi :27.08.2019 Salı

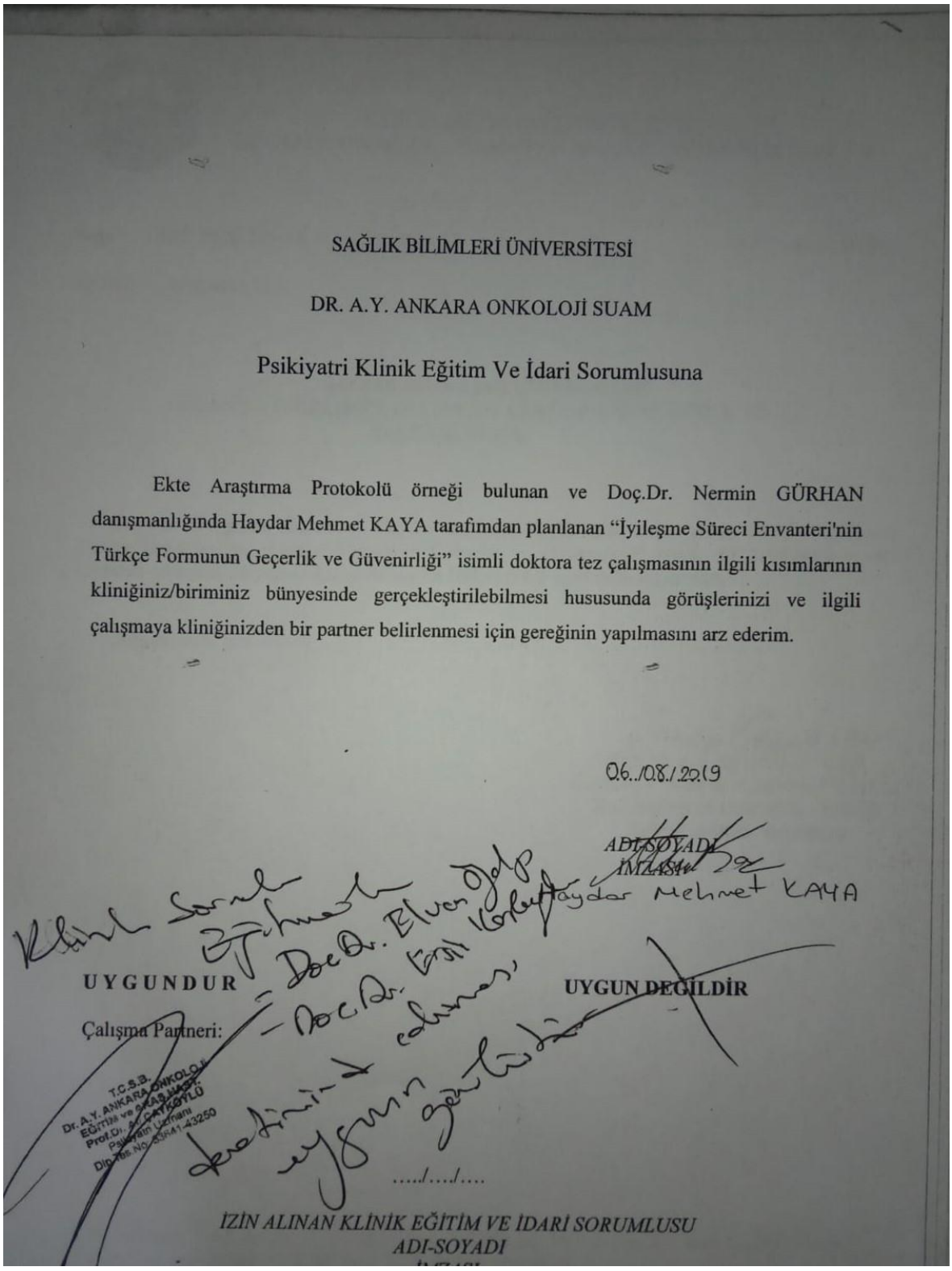
Saat :14:00

Sayın Haydar Mehmet KAYA

Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Haydar Mehmet KAYA'nın Doç. Dr. Nermin GÜRHAN danışmanlığında yürüteceği "İyileşme Süreci Envanteri'nin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliği" konulu tez çalışmasının hastanemiz hekimlerinden Doç. Dr. Elvan ÖZALP ve Doç. Dr. Ersin Hatice KARSLIOĞLU eşliğinde yürütülmesi husununun uygun olduğuna;

Prof. Dr. Halil BAŞAR
Eğitim Koordinatörü

EK-9. (devam) Araştırmanın Yapıldığı Kurumların İzin Yazıları



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

DR. A.Y. ANKARA ONKOLOJİ SUAM

Psikiyatri Klinik Eğitim Ve İdari Sorumlusuna

Ekte Araştırma Protokolü örneği bulunan ve Doç.Dr. Nermin GÜRHAN danışmanlığında Haydar Mehmet KAYA tarafımdan planlanan "İyileşme Süreci Envanteri'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği" isimli doktora tez çalışmasının ilgili kısımlarının kliniğiniz/biriminiz bünyesinde gerçekleştirilebilmesi hususunda görüşlerinizi ve ilgili çalışmaya kliniğinizden bir partner belirlenmesi için gereğinin yapılmasını arz ederim.

06./08./2019

ADI-SOYADI
İMZASI
Haydar Mehmet KAYA

Klinik sorumlu Öğretim Üyesi
Doç.Dr. Elvan Dalp
Doç.Dr. Esin Korkut

UYGUNDUR

UYGUN DEĞİLDİR

Çalışma Partneri:

T.C.S.B.
Dr. A.Y. ANKARA ONKOLOJİ
EĞİTİM ve ARAŞTIRMA
Prof.Dr. Şevket ÇATKOYLU
Psikiyatri Uzmanı
Diploma No: 53541-43250

...../...../.....

İZİN ALINAN KLİNİK EĞİTİM VE İDARİ SORUMLUSU
ADI-SOYADI
İMZASI

EK-9. (devam) Araştırmanın Yapıldığı Kurumların İzin Yazıları

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 46418926-279-15

07 Temmuz 2020

KONU : Araştırma İzni

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞINA

Doktora Programı Öğrencisi Haydar Mehmet KAYA'nın araştırmacısı olduğu "İyileşme Süreci Envanteri'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği" isimli tez çalışmasının veri toplama yöntemlerini içeren kısmı Anabilim Dalımın/Kliniğimizde yapılacaktır.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. K. Nahit ÖZMENLER
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği
Eğitim ve İdari Sorumlusu

EK-10. Uzman Görüşü Formu

İSİM	**ÇALIŞTIĞI KURUM**
Prof. Dr. Zehra ARIKAN	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD
Prof. Dr. Behçet COŞAR	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD
Uz. Psikiyatrist Dr. Bahadır GENİŞ	T.C. Sağlık Bakanlığı Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü Çaycuma Devlet Hastanesi
Dr. Öğr. Üyesi Nalan GÖRDELES BEŞER	Niğde Ömer Halisdemir Üni. Niğde Zübeyde Hanım Sağlık YO Psikiyatri Hemşireliği ABD
Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fak. Psikiyatri Hemşireliği ABD
Dr. Öğr. Üyesi Medine KOÇ	Tokat Gaziosmanpaşa Üni. Sağ. Bil. Fak. Psikiyatri Hemşireliği ABD
Dr. Öğr. Üyesi Meltem MERİÇ	Yakın Doğu Üniversitesi Sağ. Bil. Fak. Psikiyatri Hemşireliği ABD
Doç. Dr. Fahriye OFLAZ	Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağ. ve Psikiyatri Hem. ABD
Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM	Bolu Abant İzzet Baysal Üni. Sağ. Bil. Fak. Ruh Sağ. ve Hast. Hem. ABD
Prof. Dr. Nermin GÜRHAN	Tokat Gaziosmanpaşa Üni. Sağ. Bil. Fak. Psikiyatri Hemşireliği ABD

ÖZGEÇMİŞ



Kişisel Bilgiler:

Soyadı, Adı : KAYA, Haydar Mehmet

Uyruğu : T.C.

Doğum tarihi ve yeri : 1988 - Gaziantep

Medeni Hali : Evli

Telefon : 0(312) 202 20 00

e-posta : kaya.memet@hotmail.com.

Eğitim Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet Yılı
Doktora	Gazi Üniversitesi/ Hemşirelik Anabilim Dalı/ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Devam ediyor
Yüksek lisans	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi/ Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	2016
Lisans	Fatih Üniversitesi/ Hemşirelik Y.O.	2012
Lise	Emine Konukoğlu Anadolu Lisesi	2006

Yabancı Dili

İngilizce



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR…