

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTALIĞI AKTİF DÖNEMDE OLMAYAN KANSER
HASTALARINA UYGULANAN GÜÇLENDİRME
PROGRAMININ TRAVMA SONRASI BÜYÜME VE
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Uzm. Hem. Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2016**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTALIĞI AKTİF DÖNEMDE OLMAYAN KANSER
HASTALARINA UYGULANAN GÜÇLENDİRME
PROGRAMININ TRAVMA SONRASI BÜYÜME VE
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Uzm. Hem. Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

TEZ DANIŞMANI

Yard. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ

**ANKARA
2016**

ONAY SAYFASI

Anabilim Dalı :Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
 Program :Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı
 Tez Başlığı :Hastalığı Aktif Dönemde Olmayan Kanser Hastalarına Uygulanan
 Güçlendirme Programının Travma Sonrası Büyüme ve
 Psikolojik Sağlamlık Düzeylerine Etkisi
 Öğrenci Adı-Soyadı :Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN
 Savunma Sınavı Tarihi :12.12.2016

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Fatma ÖZ
 (Hacettepe Üniversitesi)
 Tez danışmanı: Yard. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ
 (Hacettepe Üniversitesi)
 Üye: Doç. Dr. Satı DEMİR
 (Gazi Üniversitesi)
 Üye: Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK
 (Baskent Üniversitesi)
 Üye: Yard. Doç. Dr. Fiğen İNCİ
 (Ömer Halisdemir Üniversitesi)

(İmza)

(İmza)

(İmza)

(İmza)

(İmza)

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

(İmza)

Prof.Dr. Diclehan ORHAN
 Müdür

YAYIMLAMA ve FİKRİ MÜLKİYET BEYAN SAYFASI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

o Tezimin tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

X Tezimin/Raporumun 2026 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

o Tezimin/Raporumun tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

28 /12/2016



Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Yard. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Uzm. Hem. Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN

TEŞEKKÜR

Doktora tez çalışmamın şekillenmesi aşamasından bitimine kadar desteğini sürekli yanımda hissettiğim, bilgi ve deneyimlerini paylaşarak çalışmamın olgunlaşmasına katkı sağlayan değerli hocam ve tez danışmanım Yard. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ’a,

Deneyim ve bilgi paylaşımlarıyla öneri aşamasından itibaren tezimin gelişimine katkılarda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Fatma ÖZ ve Doç. Dr. Ebru Akgün ÇITAK’a,

Çalışma yönteminin oluşum aşamasından, tez istatistiklerinin tamamlanmasına kadar geçen aşamalarda desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Erdem KARABULUT’a,

Uyguladığım güçlendirme programına gönüllü olarak katılım göstererek örneklem grubum içerisinde yer alan tüm bireylere,

Uygulamalarım sırasında desteklerini esirgemeyen meslektaşlarıma,

Çalışmalarımın her anında manevi desteğiyle bana güç veren, anlayış ve sabırla yanımda olan eşim Emre ÖZÇETİN’e,

Verdikleri manevi güç ve özverileriyle desteklerini hep hissettiğim annem Hatice ÜZAR ve babam Halil ÜZAR’a teşekkürü bir borç bilirim. İyi ki varsınız.

ÖZET

Üzar Özçetin, Y. S., Hastalığı Aktif Dönemde Olmayan Kansere Hastalarına Uygulanan Güçlendirme Programının Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Doktora Tezi, Ankara, 2016. Bu araştırma hastalığı aktif dönemde olmayan kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlık düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla öntest, sontest ve izleme desenli ve kontrol gruplu bir müdahale çalışması olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma örneklemini Hacettepe Onkoloji Hastanesi ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji kliniklerine kontrolleri için gelen 114 hasta oluşturmuştur. Bu hastalar müdahale ve kontrol gruplarına randomize edilmiştir. Araştırma düzenli olarak araştırma oturumlarına veya izlem ölçümlerine katılamayan hastalar çıkarıldıktan sonra geriye kalan 78 kişi ile tamamlanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen tanıtıcı bilgi formu, Travma Sonrası Büyüme Ölçeği ve Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ile Ocak - Haziran 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, korelasyon ve regresyon analizleri kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; uygulanan güçlendirme programı sonunda ve izlem ölçümünde, hastaların travma sonrası büyüme ve psikolojik dayanıklılık toplam ve alt boyut puanlarının müdahale öncesi ölçüme ve kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlılıkta arttığı belirlenmiştir ($p=0.001$). Bu sonuçlar doğrultusunda, uygulanan programın hastaların güçlendirilmesinde kullanılmaya devam edilmesi ve program içeriğinin daha iyi bir noktaya taşınabilmesi için nitel araştırmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Psikolojik sağlamlık, travma sonrası büyüme, kanser

ABSTRACT

Üzar Özçetin, Y. S., The Effects of an Empowerment Program on Resilience and Posttraumatic Growth of Cancer Patients in Remission Period, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Psychiatric Nursing PhD Thesis, Ankara, 2016. This research was conducted as an interventional study including a control group with pre- post- and follow-up tests to determine the effects of an empowerment program on resilience and postraumatic growth of cancer patients in remission period. The sample of the research was consisted of 114 patients who came for follow-up visits from Hacettepe University Oncology Hospital and Ankara Numune Education and Research Hospital Oncology Clinics. These patients randomised to intervention and control groups and, after the patients who cannot join the intervention sessions regularly and follow-up measurements dropped out, the research was completed with 78 patients. Data was collected by Introductory Data Form developed by the researcher, Posttraumatic Growth Inventory and The Resilience Scale for Adults between January 2016- June 2016. Numbers, percentage and The Analysis of Variance were used for data evaluation. According to the study results, patients' posttraumatic growth and resilience total and sub-scale scores significantly increased in measurements conducted after the program and during follow-up than measurements conducted before the program and than measurements of the control group. Based on these results, continuation of the use of this program in empowerment of patients and conducting qualitative research to enrich this program might be suggested.

Key Words: Resilience, posttraumatic growth, cancer

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET SAYFASI	iv
ETİK BEYAN SAYFASI	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
TABLolar	xiii
ŞEKİLLER	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanser Yaşantısı	4
2.2. Kanser Yaşantısında Psikososyal Sorunlar	5
2.3. Psikolojik Sağlamlık	6
2.4. Travma Sonrası Büyüme	8
2.5. Kanserde Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Sağlamlığı Güçlendirme	9
2.6. Güçlendirmede Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. Araştırmanın Şekli	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri	13
3.2.1. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi	13
3.2.2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	13

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	14
3.4. Verilerin Toplanması	16
3.4.1. Veri Toplama Formları	16
3.4.2. Araştırmanın Uygulanması	17
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	20
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	20
4. BULGULAR	21
4.1. Uygulanan Güçlendirme Programının Psikolojik Dayanıklılık ve Travma Sonrası Büyüme Üzerine Etkisi	21
4.2. Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyini Yordama Durumu	26
4.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri	28
4.4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Hastalık Sürecine İlişkin Özellikleri	30
4.5. Bireylerin Bazı Demografik Özelliklerinin Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeylerine Göre Değişimi	32
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	38
6.1. Sonuçlar	38
6.2. Öneriler	39
7. KAYNAKLAR	40
8. EKLER	56
EK 1: Güçlendirme Programı Oturum İçerikleri	
EK 2: Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu	
EK 3: Travma Sonrası Büyüme Ölçeği	
EK 4: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	
EK 5: Düşünce Kayıt Formu	

EK 6: Akılcı Olmayan İnançları Yakalama Formu

EK 7: Akılcı Olmayan İnancı Sorgulama Formu

EK 8: İletişim Biçimlerine

(Atılğan Olmayan, Saldırgan, Atılğan İletişim) İlişkin Çalışma Kağıdı

EK 9: Doğru İletişim Kartı

EK 10: Tepki Ayırt Etme Testi

EK 11: Kişisel Haklar Çalışma Kağıdı

EK 12: Atılğan İletişim Çalışma Kağıdı

EK 13: Olumlu ve Olumsuz Özelliklerim Çalışma Kağıdı

EK 14: Roller Anketi

EK 15: Etkili ve Etkili Olmayan Başetme Yöntemleri

Bilgilendirme Kağıdı

EK 16: Hedef Belirleme Çalışma Kağıdı

EK 17: Hayatın Anlamı

EK 18: Yaşamı Anlamlandırma

EK 19: Müdahale Grubu Aydınlatılmış Onam Formu

EK 20: Kontrol Grubu Aydınlatılmış Onam Formu

EK 21: Tez Çalışması İle İlgili Etik Kurul İzni

EK 22: Araştırmanın Uygulanabilmesi İçin Hastane İzinleri

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

ANOVA	The Analysis of Variance (Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi)
KLP	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
PASS	Power Analysis and Sample Size (Güç analizi ve örneklem büyüklüğü)
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TSB	Travma Sonrası Büyüme

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
4.1.1. Hastaların Psikolojik Dayanıklılık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri	22
4.2.1. Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyini Yordama Durumuna İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	26
4.2.2. Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyini Yordama Durumuna İlişkin Ölçüm Sonuçları	26
4.3.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özellikleri	28
4.4.1. Bireylerin Hastalık Sürecine İlişkin Özellikleri	30
4.5.1. Bireylerin Bazı Demografik Özelliklerinin Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri Göre Değişimi	32

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.3.1. Araştırma Uygulama Akış Şeması	15
4.2.1. Müdahale Sonrası Ölçümünde Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyini Yordama Durumu	27
4.2.2. İzlem Ölçümünde Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyini Yordama Durumu	28

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Kanser, uzun soluklu ağır tedavi süreçlerini içeren, tanı aşamasından itibaren özenli bakım hizmeti gerektiren, yaşam kalitesini azaltma potansiyeli taşıyan, mortalite ve morbidite oranı yüksek olan hastalıklar arasında yer almaktadır (1-3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2012 verileri dünya genelinde 14 milyon yeni kanser vakasının, 8.2 milyon kansere bağlı ölümün görüldüğünü ve bu oranların önümüzdeki 20 yıl içerisinde %70 oranda artması beklendiğini ortaya koymaktadır (1). Ülkemiz kanser istatistikleri de dünya verileri ile benzerlik göstermekte, her yıl yaklaşık 98 bin erkek ile 63 bin kadının kanser tanısı aldığı bilinmektedir (2, 4).

Çoğu zaman uzun soluklu bir tedavi ve belirsizlikleri içeren bir yolculuğa işaret etmektedir. Bu yolculukta her bireyin verdiği tepkiler birbirinden farklı olmaktadır. Kanser beklenmedik ve kontrol edilemesi güç doğası bireylerde çeşitli fiziksel ve psikolojik fonksiyon kayıplarına, korku, belirsizlik, anksiyete ve yüksek düzeyde stres gibi duygusal sorunlara yol açarak bir kriz durumu yaşanmasına yol açmaktadır (5, 6). Bazı bireylerde destek kaynaklarının iyi olması, olanaklar, bilgi düzeyi, etkili baş etme örüntüleri ve psikolojik sağlık gibi koruyucu faktörlerin bulunması, bu krizin bir travmaya dönüşmeden atlatılmasını sağlarken (7, 8), bazılarında bu durum travma/travmalara yol açarak olumsuz biçimde deneyimlenebilmektedir (5, 9). Bireylerin bu krizle sağlıklı başedebilmesi ise, hem travma sonrası büyümeyi sağlamakta hem de psikolojik sağlamlığı artırmaktadır (10-14).

Psikolojik sağlık, bireylerin yaşamlarındaki risk faktörleri karşısında koruyucu faktörlerin olması ve bu koruyucu faktörlerin etkisiyle travma deneyiminin olumlu şekilde atlatılmasını ifade etmektedir (15). Birçok travmatik durumda psikolojik sağlamlığın olması büyümenin yaşanabilmesi için gereken desteği sağlayıcı itici gücü sağlamakta ve travma ile başetmeyi artırmaktadır (16). Travma sonrası büyüme, yaşam krizleri sonrası olumlu kişisel değişim ile birlikte yaşama bakış açısında gelişim olarak

tanımlanmaktadır (17). Travma sonrası büyüme, var olan psikolojik sağlamlık düzeyini artırıcı etki göstermektedir (18-20). Konu hakkında kanser alanında yapılan çalışmalar (7, 8, 11, 21, 22) kanser tanısının üstesinden gelebilme becerisine sahip olmanın, kişisel büyüme ve psikolojik sağlık için bir fırsat oluşturduğunu vurgulamaktadır. Bireyler söz konusu deneyimden kişisel güçlenme, hayatın değerini anlama ve yeni anlamlar bulma, spiritüel iyi oluş, büyüme ve önceliklerin değerlendirilmesi gibi yaşam kalitesini artırıcı çıkarımlarda bulunabilmektedirler (18, 23-25). Böylece bireylerin kişiler arası etkileşimlerinde gelişme, içsel güç düzeylerinde artış ve spiritüel deneyimlerinde derinleşme görülmektedir (26). Psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme, aralarında güçlü pozitif ilişki bulunan, bireylerin kanser yaşantısından çeşitli düzeylerde yararlar sağlayabilmeleri ve süreç ile baş edebilmeleri için gerekli desteği sağlamada oldukça önemli olan olgulardır (18, 20, 27-32). Psikolojik sağlamlık öğrenilebilir ve geliştirilebilir niteliktedir (33) ve yaşanan travmatik deneyimlerde bireyleri güçlendirmeye yönelik destekler travmadan büyüyerek çıkmayı sağlamaktadır. Bu nedenle, kanser yaşantısında sürecin uyum bozulmadan yaşanmasında psikolojik sağlamlığın ve travma sonrası büyümenin artırılması oldukça büyük yarar sağlayabilir. Bu bağlamda, kanseri deneyimleyen bireylerin psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeylerinin gelişimine katkısı olacak programların geliştirilmesine ve bu programların etkisinin değerlendirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Bu programların geliştirilmesinde konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) hemşireleri psikokoonkolojik bilgi, beceri ve yetkinlikleri dahilinde etkin girişimlerin planlanması ve uygulanması aşamalarında rol alarak, kanser deneyimine sahip bireylerin psikolojik streslerini azaltmaya, duygusal destek sağlamaya, sağlamlık düzeylerini artırmaya ve travma sonrası büyümenin gelişimine katkı sağlamaktadırlar (34). Literatür incelendiğinde, çeşitli girişimler sonucunda kanser hastalarında psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyümenin gelişimini ayrı ayrı inceleyen çalışmalar olduğu görülmektedir (35-38). Ancak uygulanan bir güçlendirme programının bu iki olgu üzerine etkisini inceleyen bir müdahale çalışmasına rastlanmamıştır. Ayrıca bu alanda yapılmış çalışmalarda genellikle kanserin aktif dönemi içerisindeki bireylerle ilgilenildiği (35-40), hastalığın

aktif olmadığı dönemdeki bireylerle yapılan çalışmaların ise genellikle tanımlayıcı nitelikte ve/ veya yalnızca travma sonrası büyüme üzerine odaklı olduğu belirlenmiştir (19, 41-43). Bu nedenle, bu çalışmada hastalığı aktif dönemde olmayan kanser hastalarına uygulanacak bir güçlendirme programının, bireylerin psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeylerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Hastalığın aktif olmadığı dönemde uygulanacak böylesi bir güçlendirme programının hastalığın nüks ettiği dönemde bireyin sorunlarla daha etkili bir biçimde baş etmesine de katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, hastalığı aktif dönemde olmayan kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu doğrultuda şu araştırma sorularına cevap aranmıştır:

- Hastalığı aktif dönemde olmayan kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının, program sonunda ve programdan bir ay sonrasında travma sonrası büyüme üzerine etkisi nedir?
- Hastalığı aktif dönemde olmayan kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının, program sonunda ve programdan bir ay sonrasında psikolojik sağlamlık üzerine etkisi nedir?
- Program sonrasında ve izlem ölçümlerinde, müdahale grubunda psikolojik sağlamlık düzeylerinin travma sonrası büyüme düzeyini yordama durumu nedir?
- Tanı türü, cinsiyet, yaş gibi değişkenlere göre zaman içerisinde travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlık nasıl değişmektedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Yaşantısı

Kanser tanısı ve yaşantısı; çeşidi ne olursa olsun bireyler için oldukça stresli, anksiyete verici olabilmektedir ve bu süreçteki karşılanmayan gereksinimler daha ciddi düzeylere ulaşarak, duygusal, sosyal, ruhsal bir çok alanda travma etkisi yaratabilmektedir (44, 45). Bu travma yaşantısı, bireylerde travma sonrası stres belirtilerinin (46, 47), psikososyal problemlerin ortaya çıkmasına ve yaşam rutininde köklü değişikliklere yol açabilmektedir (48-52). Duygusal stres, tükenmişlik, ağrı, anksiyete gibi çeşitli şekillerde kendini gösterebilen bu psikososyal problemler, bireylerin yaşam kalitelerini ve iyilik hallerini azaltıcı etki gösterebilmektedir. Özellikle kanserin tekrarlama korkusu, geleceğe ilişkin bilinmezlik ve kaygılar bu travmatik etkileri ve bireylerin stres düzeylerini daha fazla artırabilmektedir (53). Tüm bu psikososyal etkenlerin yanı sıra, kanserin ve kanser tedavisi için kullanılan tedavi yöntemlerinin etki ve yan etkilerine bağlı olarak, süreç çeşitli düzeylerde istenmeyen, yaşam kalitesi ve iyi oluş düzeyini azaltıcı fizyolojik belirtilerle seyredebilmektedir (54-58).

Bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak, kanserden sağ kalım oranları her yıl yaklaşık olarak %3 artmaktadır (3, 59). Ancak, kanser tedavi süreci sonrasında sağ kalan bireyler, kemoterapötiklerin fiziksel etkileri, cerrahi ve radyolojik girişimlerin etkileri gibi hastalığın getirdiği sağlık koşulları, rollerdeki ve kişiler arası ilişkilerdeki değişimler, geleceğe ilişkin korku ve anksiyete, uyku problemleri ve tükenmişlik gibi psikososyal değişimlerle baş etmeye çalışmaktadır (49). Kanser tedavisi sonrası görülme ihtimali yüksek olan söz konusu sorunlar (60-62), bireylerde akut veya kronik stres belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olarak (49), işlevsellik düzeyini negatif yönde etkileyebilmektedir (25). Ayrıca bireylerdeki nüks korkusu yaşadıkları stres ve travma düzeyini daha da artırıcı nitelik gösterebilmektedir (63, 64). Tedavi sonrasında bireyler sözü edilen psikososyal ve fiziksel sorunlarla beraber, kaliteli bir yaşam biçimi

oluşturma, yaşamlarını yeniden yapılandırma ve uyum sağlamaya çalışmaktadırlar (65, 66).

Kanser yaşantısının istenmeyen etkileri olabilmekle birlikte, bu yaşantı koruyucu ve bireyi güçlendirici faktörleri de beraberinde getirebilmektedir (67). Dolayısıyla, süreç etkin yönetildiğinde ve bireylere gerekli destekler sağlandığında, psikolojik sağlamlığı arttıran ve kişisel büyümeyi sağlayan olumlu çıktıların kazanılmasına olanak sağlamaktadır (7, 8, 11, 21, 22). Söz konusu süreçteki koruyucu faktörlerin en önemlilerinden biri psikolojik sağlamlığın varlığıdır. Bu koruyucu faktöre sahip olan bireyler, risk faktörleriyle karşılaştıklarında başarılı şekilde ruh sağlıklarını koruyabilme ya da tekrar geri kazanabilme potansiyeline sahip olabilmektedirler (68). Böylelikle, bireyler esneklik/ adaptasyon kapasitelerini artırarak kanser yaşantısı sonrasında kişisel büyümelerini sağlayabilecek şekilde ilerleyebilmektedirler (69). Esnekliğin artması ise, sağlamlık düzeyinin artmasına katkı sağlayarak sonucunda travma sonrası büyümenin gerçekleşebilmesine destek olmakta ve travmaya adaptasyonu kolaylaştırmaktadır (16).

2.2. Kanser Yaşantısında Psikososyal Sorunlar

Çaresizlik, belirsizlik, kaygı, korku, anksiyete, benlik saygısında düşme, umutsuzluk gibi olumsuz psikolojik yaşantılara neden olabilen kanser, uzun tedavi süreçlerini gerektiren ve tekrarlayabilen bir hastalıktır. Kanser deneyimleyen bireylerde daha yüksek düzeylerde anksiyete ve depresyon görüldüğü (70, 71), özellikle uzun dönem sağ kalan bireylerde belirsizlik yaşantısının arttığı bilinmektedir (56, 72- 74). Bu bağlamda yapılan çalışmalar da kanser tedavisi sonrası dönemde, bireylerin kanserin tekrarlama korkusu, psikolojik stres, tükenmişlik, fonksiyonellikte kayıplar yaşadığını, yeniden uyumlanma problemleri ile karşı karşıya kaldığını ve bu problemlerin karşılanmayan gereksinimler arasında ilk sıralarda yer aldığını göstermektedir (61, 62, 74-80). Söz konusu karşılanmayan gereksinimler; bireylerde yüksek düzeyde sosyal izolasyon, sosyal destek yetersizliği, yaşam kalitesinde azalma, posttravmatik stres bozukluğu gibi çeşitli psikososyal problemlere neden olmaktadır (6, 23, 28, 81-84).

Dolayısıyla bireyler sağlık, fonksiyonellik ve iyilik hallerinde kesinti yaşamakta ve semptomların, kişiler arası ilişkilerin, çalışma ve sosyal hayatın yönetimi sorunu ortaya çıkmaktadır (85). Öte yandan yetersiz kişisel kaynağa sahip olma, iyi kontrol edilemeyen fiziksel semptomlar, yetersiz kişiler arası iletişim becerisi, baş etme becerilerine ilişkin problemler, sosyal destek yetersizliği, iyimserlik ve umut düzeyinde azalma gibi etmenler de diğer psikososyal risk faktörlerini oluşturmaktadır (86-88). Bu risk faktörlerine bağlı ortaya çıkan gereksinimler bağlamında destek sağlanmaması, hastalığın tekrarlamasına ilişkin yoğun bir korkuya (61, 62, 89), tükenmişliğe (60), stres düzeyinde artmaya (90) ve yaşam kalitesinde azalmaya (60) neden olabilmektedir. Bu bağlamda Simard ve arkadaşları (62) yaptıkları bir sistematik derleme sonucunda; fiziksel semptomların çokluğu, psikososyal stres ve düşük yaşam kalitesi gibi etkenlerin kanserden sağ kalan kişilerde oldukça yüksek düzeyde tekrarlama korkusuna ve belirsizliğe yol açtığını belirlenmiştir. Koch ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışma sonucunda ise, kanser sonrası 5 yıl ve üzeri sağ kalan kişilerde en sık yaşanan psikososyal sorunun tekrarlama korkusu olduğu bulunmuştur (61).

2.3. Psikolojik Sağlamlık

Bireyler yaşam dönemleri boyunca çeşitli stresörlerle karşı karşıya gelmektedir. Karşılaşılan bu stresörleri görmezden gelmek ya da baş etmek bireylerin seçimleri dahilindedir. Ancak stresör ile karşılaşmanın ardından yaşamın tekrar birey için normal sınırlar içerisinde sürdürülebilmesi ve uyumun tekrar sağlanabilmesi, bireyin baş etme yeteneği ve psikolojik sağlamlık düzeyi ile yakından ilişkilidir. Psikolojik sağlamlık; bireylerin trajik, travmatik, zorlu yaşam stresörleri ile karşı karşıya geldiğinde bu olumsuz etmenlerin üstesinden gelebilmesi, bunlarla baş edebilmesi ve tekrar eski durumuna dönebilmesi olarak tanımlanmaktadır (91, 92). Bununla birlikte, psikolojik sağlamlık travmatik deneyimlere iyi uyum yapılabilmesi için gerekli koşulları ve değişen koşullara etkili uyumu sağlayan bir özelliktir (93). Doğumdan sonraki gelişim sürecinde bireylerde psikolojik sağlamlığın gelişiminde benlik saygısı, öz güven, iç

kontrol odaklı olma, etkili problem çözme becerileri gibi içsel ve sosyal destek kaynaklarının varlığı, aile yapısı, ekonomik güç gibi dışsal bireysel koruyucu faktörlerin varlığı oldukça önemli olmaktadır (94-100). Psikolojik sağlık bireylerde birbirinden farklı düzeylerde olabilmektedir. Öğrenilebilir ve geliştirilebilir bir nitelik taşıyan psikolojik sağlık bilişleri değiştirmeyi öğrenme, amaç belirleme ve problem odaklı baş etmeyi öğrenme, duygusal zeka gibi becerilerin kazandırılması yoluyla artırılabilir (101-103).

Kanser yaşantısının yol açabildiği değişimler ve deneyimler ile, bu yaşantının istenmeyen etkilerine karşı koruyucu faktörlerden birini oluşturan psikolojik sağlık (67), tüm sözü edilen etkilerinin yanı sıra bireylerin risk faktörleriyle karşılaştıklarında başarılı şekilde ruh sağlıklarını tekrar geri kazanabilmelerine de yardımcı olmaktadır (68). Dolayısıyla, psikolojik sağlık bireyin esneklik/ adaptasyon kapasitesini artırarak kanser yaşantısı sonrasında kişisel büyümesini sağlayabilecek şekilde ilerlemesine yardımcı bir faktördür (69, 104). Daha önce de değinildiği gibi, sağlık düzeyinin artması travma sonrası büyümenin gerçekleşebilmesine destek olmakta ve travmayla başetmeyi kolaylaştırmaktadır (16, 105). Söz konusu etkilerinin yanı sıra, psikolojik sağlık bireylerin geleceğe yönelik beklentilerini olumlu yönde etkileme kapasitesine sahip olan iyimserlik ve iyileşme düzeyleri üzerine etki göstermektedir. İyimserlik kavramı, stresörün birey üzerinde yol açtığı psikolojik problemlerle ve fonksiyonellikte azalma ile zaman içinde baş etmesini tanımlamaktadır (87, 94). Böylece psikososyal iyi oluşu artırarak stres ve depresyon gibi istenmeyen psikolojik etkilerin azalmasını sağlamaktadır (106-110). Bu kapsamda yapılan çalışmalar; kendini tanıma, iyimserlik, atılganlık düzeyleri yüksek olan (111, 112) ve sosyal desteğe sahip olan bireylerin psikolojik açıdan daha sağlam olduklarını ve psikolojik/ fiziksel iyilik hallerinin yüksek olduğunu göstermektedir (111, 113, 114). Görüldüğü üzere, psikolojik sağlık olumlu bir sağlık özelliğidir ve kanser yaşantısına paralel olarak yaşanan problemlerle baş edebilme ve olumlu psikososyal değişimler yaşayabilme için gerekli özelliklerden biridir (67, 115, 116). Bu anlamda, kanser yaşantısı olan bireylere psikolojik sağlamlığı geliştiren becerilerin öğretilmesi ve sonucunda psikolojik

sağlamlık düzeylerinin artırılması bu bireylerin yaşam kalitesi ve iyilik hallerini artırıcı etki göstermesi açısından önemlidir.

2.4. Travma Sonrası Büyüme

Kanser tanısı gibi hayatı tehdit etme potansiyeline sahip yaşam olaylarını deneyimleyen bireylerin yaşama bakış açısında, davranışlarında ve ilişkilerinde çeşitli değişimler olabilmektedir (117). Sözü edilen bu değişimler kimi zaman travmatik deneyimler şeklinde kendisini gösterebilmekte ve bireylerin olumsuz etkilenmelerine yol açabilmektedir. Zorlayıcı yaşam krizleri sonrası olumlu kişisel değişim ile birlikte yaşama bakış açısında gelişimin ortaya çıkması ise travma sonrası büyüme olarak tanımlanmaktadır (13, 14, 18). Büyüme kavramı, yaşanan stresler sonrasında bireysel gelişimi (118); travma sonrası kavramı ise travmanın minör stresörler ya da kişisel gelişimin doğal bir parçası olarak değil, büyük bir travmatik deneyim sonucunda meydana gelmesini ifade etmektedir (119). Travma sonrası büyüme; bireysel güçlenme, önceliklerin değişimi ve daha yapıcı bir spiritüel bakış açısı ile karakterizedir. Dolayısıyla travma yaşantısını olumlu çıktılara çevirebilme becerisi üzerinde rol oynamaktadır (14). Büyüme travmatik yaşam deneyimi sonrası koruyucu bir faktör olarak gelişebilmekte ve bireyin benliği ile ilgili düşünceleri, diğerleri ile olan ilişkileri, spiritüel değişim, yaşama bakış açısı ve geleceği yapılandırma gibi konularda bireyin güçlenmesine katkı sağlamaktadır (11, 120). Büyümenin sağlanması ile birlikte depresif belirtiler, olumsuz duygu-durum ve kaygı azalmakta, yaşam kalitesi ise artmaktadır (21). Bu durum, depresyon ve anksiyete belirtilerinin azalmasına, duygusal iyi oluşun artmasına, yaşam felsefesi üzerinde olumlu etkilerin görülmesine ve sonucunda dayanıklılığın artmasına olanak sağlamaktadır (7, 8, 11, 21, 22).

Kişisel büyümenin sağlanması iyimserlik, sosyal destek kullanımı, diğer bireylerle iletişim gibi psikososyal faktörlerle yakından ilgilidir (8) ve bu bireyler kanser yaşantısına ilişkin deneyimlerini kullanarak büyümeyi sağlayabilmektedirler (8, 121). Dolayısıyla bireylerin kişisel büyüme yeteneklerinin ve desteklerinin farkına varması ve

deneyimlerini anlamlandırmaları oldukça değerlidir. Bunlara ek olarak, stresörle yüzleşme, olumlu bakış açısına sahip olma, kabullenme gibi etkili baş etme becerileri kişisel büyümeye katkı sağlamaktadır (121-124). Tedeschi ve Calhoun (11), travma sonrası büyüme yaşayan bireylerin sağlık davranışlarının da olumlu yönde geliştiğini ortaya koymuşlardır. Dolayısıyla büyüme bireyin iyilik hali, yaşam kalitesi ve sağlık alışkanlıklarını olumlu yönde etkilemektedir. Hastalık yaşantısını fırsata dönüştürebilen yani büyüme düzeyine ulaşabilen bireylerin, bu yaşantı sonrasında öz yeterlilik ve öz saygı düzeylerinde artış olduğu görülmektedir (125).

2.5. Kanserde Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Sağlamlığı Güçlendirme

Kanser sürecinde bireyin yaşadığı deneyimler ve yardım arama, destek kaynakları, kabullenme, olumlu etkileşimler kurabilme gibi baş etme stratejileri güçlenmenin sağlanabilmesi ile yakından ilgilidir. Bu baş etme stratejilerinin kullanımı bireyin yaşadığı deneyimden büyüyerek ve gelişerek çıkmasına katkı sağlamaktadır (126). Bu bilgiler ışığında, kanser yaşantısı sonrası deneyimlerin olumlu yönlerini fark etme, etkin baş etme becerilerinin kullanımı, duygu ve düşüncelerin ifade edilmesi gibi alanlarda bireylerin desteklenmesinin psikososyal sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde önemli etkilere sahip olduğu söylenebilir (28, 84, 127). Kanser tedavisi sonrasında bireyler, tanı öncesi dönemdeki yaşamlarına tekrar dönebilmek için kendilerine özgü gereksinimlerini karşılamada desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (128-131). Çoğu zaman tedavi süreci içerisinde kullanılan ilaçların etkileri ve yan etkileri nedeniyle ortaya çıkan fiziksel sorunlar ile uğraşılırken, hastaların psikososyal gereksinimleri göz ardı edilebilmektedir (132). Verilen bakım hizmetlerinin amacı sadece yaşamı uzatmak değil, aynı zamanda yaşam kalitesini artırmak olmalıdır. Hastalık yaşantısı yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal, spiritüel, bilişsel, yani bireyin var olduğu tüm alanları etkilemektedir. Fiziksel bakımla psikososyal bakımın bütünleştirilmesi gerekmektedir (133, 134). Öte yandan kanser sağ kalan oranları giderek artmaktadır ve

sözü edildiği üzere bu bireyler ciddi psikolojik problemlerle yüzleşebilmektedir. Destek sistemlerini güçlendirici ve iyilik hallerini artırabilecek psiko-onkolojik girişimlere ihtiyaç duyulmaktadır (135). İnsan yaşamındaki mutluluk, umut, iyimserlik gibi genel olarak yaşamı daha anlamlı kılan olumlu deneyimler, iyi oluşu artırma ve psikolojik sağlık ile yakından ilişkilidir (136). Dolayısıyla bireylerin yalnızca takip edilmeleri yetersiz kalmakta uygun destekleyici müdahaleler içeren girişimlerin yapılması daha etkili sonuçların alınmasına yardımcı olmaktadır (137-139). Bu müdahaleler, bireylerin kanser tedavisi sonrası yaşantılarına uyumlarını olumlu yönde etkileyerek, olası psikososyal problemleri önlemede ya da minimal düzeye indirmede önemli rol oynamaktadır (140). Bu bağlamda, özellikle grup danışmanlıkları grup ortamında benzer yaşantı ve deneyimlerin paylaşımı, üyeler arası işbirliği, katarsis, birbirinden öğrenme, evrensellik duygusu, umut aşılama, sosyal kabul, geribildirim gibi terapötik iyileştirici etkilere sahiptir (140-147). Bu etkilerinden dolayı, grup çalışmaları bireysel yürütülen programlara oranla daha etkili olabilmektedir (148, 149).

Sağ kalım oranlarındaki artış nedeniyle uzun süreli destek tedavi ve kontrollerin devam etmesine bağlı olarak, sağ kalan bireylerin iyi oluşları ve psikososyal sağlıkları önem kazanmıştır (150). Psikososyal iyi oluşa yönelik bu artan önem, kanserin psikolojik sağlık üzerine negatif etkilerinin azaltılmasında, tedavi sonrası süreçte yaşama uyumlanmada ve kaliteli bir yaşam sürmede oldukça önemlidir (151, 152). Sözü edilen nedenlerle güçlenme ve iyilik halinin artırılması için (153) çeşitli psikolojik yaklaşımlardan yararlanılmaktadır. Brearley ve arkadaşlarının (2011) kanser sonrası sağ kalan kişilerin deneyimledikleri problemleri sentez etmek üzere yapmış oldukları bir çalışma sonucunda, en önemli problemlerden birinin semptomlara ve bakım gereksinimlerine yönelik destek yetersizliği olduğu bulunmuştur (154). Bu deneyimin kendine has özelliklerinin ve getirilerinin olduğunun kabullenilmesi ve bu dönemde bireylerin var olan gereksinimleri belirlenerek güçlenmelerine destek olunması gerekmektedir. Yapılan çalışmalar da, kanser sürecinin uygun yönetimi konusunda destek sağlandığında, tedavisi devam eden ve bitmiş olan kanser hastalarının büyük çoğunluğunda olumlu yaşam değişimlerinin görüldüğünü ortaya koymuştur (6, 24, 117,

140, 150). Kanser hastaları ile yapılacak güçlendirme çalışmalarında dikkate alınması gereken bir diğer unsur ise, mental ve fiziksel sağlıkta artışa neden olacak pozitif düşünce, duygu ve deneyimlerin gelişimi yoluyla iyilik halinde artışın amaçlanmasıdır (155, 156). Böylece, fonksiyonellik ve uyumu içerisinde barındıran bir güçlenme ortaya çıkmaktadır (13). Cerezo ve arkadaşlarının (2014) kanserli bireylerle yaptıkları çalışma sonucunda, bireylerin güçlendirilmelerine yönelik yapılan girişimlerle katılımcıların psikolojik dayanıklılık, iyimserlik ve iyi oluş düzeylerinde artma olduğu belirlenmiştir (157). Görüldüğü üzere, olumsuz ve istenmeyen etkilerine rağmen, uygun yönetildiğinde ve yeterli destek sağlandığında kanser gibi hayati tehdit oluşturan durumlar travmatik etkiler bırakmaksızın psikolojik sağlıkla artışına ve büyümenin yaşanmasına neden olabilmekte ve bireyin yaşamına olumlu katkılar sağlayabilmektedir (42, 52, 158, 159).

2.6. Güçlendirmede Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Kanser bakım sürecinde fizyolojik gereksinimler ve tedaviye yönelik faaliyetlerin yoğunluğu kimi zaman sağlık profesyonellerinin fiziksel girişimlere ağırlık vererek, kanser yaşantısını deneyimleyen bireyin psikososyal gereksinimlerini göz ardı etmesine yol açabilmektedir (160). Oysa, psikososyal tedavi ve bakım, genel tedavi ve bakımın ayrılmaz bir parçasıdır. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının görevi etkili iletişim yoluyla bireylerin sosyal, duygusal ve fiziksel gereksinimlerini birlikte ele alarak bireyleri bütüncül bağlamda desteklemektir (161, 162). Bütüncül bakımın sağlanmasında KLP hemşiresinin işlevleri oldukça değerlidir. Çünkü KLP hemşireleri fiziksel sağlık sorunu olan bireylerin ruh sağlıklarını koruma ve geliştirme, mevcut ruh sağlığı sorunlarına eğilerek psikososyal bakım hizmetlerinin fizyolojik bakım hizmetleri içine entegrasyonunda görev almaktadır (161-164). Saares ve Suominen (2005) yaptıkları çalışma sonucunda hemşireler tarafından hastalara sağlanan duygusal desteğin, bireylerin hastalık süreci ve sürecin etkileri ile daha etkili baş etmelerinde önemli etkiye sahip olduğunu bulmuştur (163). Remmers ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir diğer çalışma sonucunda, hastaların hemşirelerden beklentileri

arasında gereksinimlerinin teknik olarak karşılanmasının ötesinde, duygularına önem verilmesi ve empatik iletişim kurulmasının bulunduğu belirlenmiştir. Hemşireler, hastaların gereksinimlerine ilişkin daha derin bilgi ve beceri sahibi olduklarında, uygun desteğin sağlanmasında daha aktif rol alabilmektedirler (165). Özellikle kanser gibi yaşamın her alanını etkileme potansiyeli taşıyan bir hastalık deneyiminde, hemşirelerin daha etkili ve bireye özel psikolojik bakım sağlayabilmeleri için KLP hizmetleri vazgeçilemez bir öneme sahiptir (166-170).

Kanser deneyimine sahip bireyler, yüksek düzeyde tükenmişlik, bitkinlik, fonksiyon kayıpları, psikolojik stres, tedavi ve bakım süreçlerinin uzunluğu gibi nedenlerle psikiyatrik bakım hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duymaktadır (170). KLP hemşireleri, kanser deneyimine sahip bireylerin yaşadıkları psikososyal sorunları belirleyebilecek, yeniden uyumlanmayı sağlayacak, stres ve travma etkilerini azaltıcı girişimleri uygulayabilecek ruh sağlığı hemşireleridir (171, 172). Bu kapsamda KLP hemşireleri, genel sağlık hizmetlerinin bir parçası olan onkolojik tedavi ve bakım hizmetlerine terapötik iletişim öğelerinin, uygun psikoeğitim ve danışmanlık programlarının bütünleştirilmesi işlevlerini gerçekleştirerek hizmetin kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmada etkin rol alabilmektedirler. Ayrıca KLP hemşireleri, klinik hemşirelerini terapötik iletişim ve hastaların duygularına uygun şekilde cevap verebilme konusunda eğiterek desteklemektedir (105). Bu sayede bireylerin ruh sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik gereksinimleri karşılanarak, bireyler psikososyal olarak desteklenmekte ve yaşam kaliteleri artmaktadır (166,168,170). Görüldüğü üzere, kanser deneyimine sahip bireylere bakım verilirken kanser yaşantısının yol açabileceği etkilerle baş etmede, bireyin gereksinimlerinin doğru olarak saptanması, uygun psikolojik destek yaklaşımının ne olacağına karar verilmelidir (173, 174). Bu yaklaşımın uygulanması ve sunulan hizmetlerin araştırmalar yoluyla sürekli olarak geliştirilmesi oldukça önemlidir (173- 176).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma hastalığı aktif dönemde olmayan kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla öntest, sontest ve izlem desenli ve kontrol gruplu bir müdahale çalışması olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri

Bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Bu hastanelerin özellikleri aşağıda sunulmuştur.

3.2.1. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi: Bu hastanede her yıl yaklaşık 80.000 hastaya ayaktan ve yatarak tedavi hizmeti verilmektedir. Gündüz Tedavi Ünitesinde her ay yaklaşık 1250 hastaya kemoterapi uygulaması yapılmaktadır. Dört katlı olan ve 18 yaş üstü kanser hastalarına hizmet veren bu hastanenin yatan hasta kliniklerinden Bölüm 91 otuz iki hasta, Bölüm 93 otuz hasta ve Bölüm 95 on beş hasta kapasitesine sahiptir. Çalışmaya, kontrol ve takipleri için onkoloji polikliniğine gelen bireyler arasından katılmaya gönüllü olanlar dahil edilmiştir. Hastane genelinde, yapılan güçlendirme programına benzer herhangi bir psikososyal uygulama yapılmamaktadır.

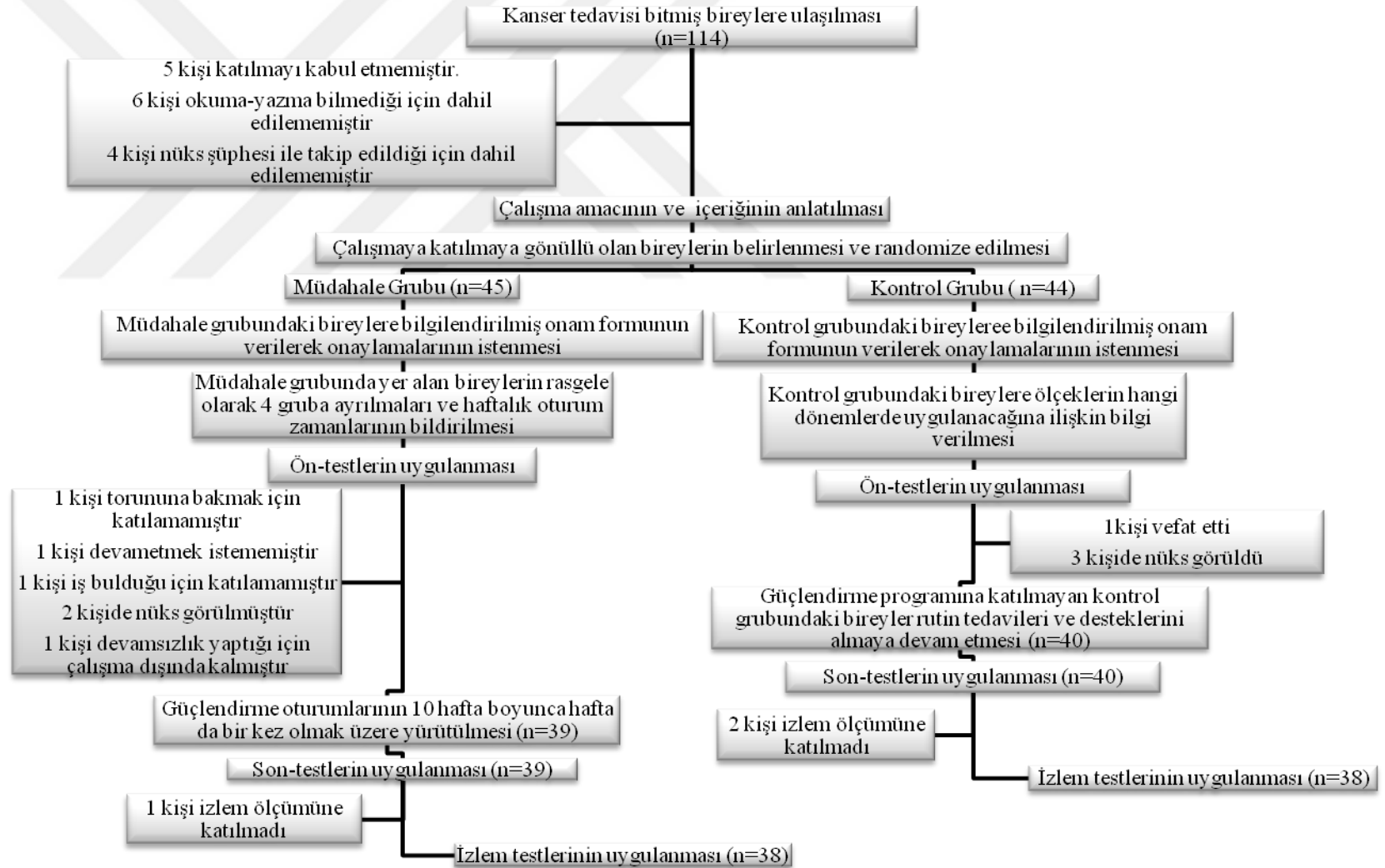
3.2.2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi: Bu hastanenin Tıbbi Onkoloji Servisi'nde yatan hastalara hizmet verilirken, Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde ayaktan hizmet verilmektedir. Tıbbi Onkoloji Servisi 15 hasta, Gündüz Kemoterapi Ünitesi 60 hasta kapasitelidir. Çalışmaya kontrol ve takipleri için onkoloji polikliniklerine gelen bireyler arasından katılmaya gönüllü olanlar dahil edilmiştir. Hastane genelinde, yapılan güçlendirme programına benzer herhangi bir psikososyal uygulama yapılmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji polikliniklerinde takip edilen, kanser tedavisini tamamlamış ve remisyon döneminde olan 25 yaş üstü yetişkin bireyler oluşturmuştur (Bkz Şekil 3.3.1). Araştırmanın örneklem büyüklüğü PASS (Power Analysis and Sample Size) programı yardımıyla hesaplanmıştır. Literatürde benzer bir çalışmaya rastlanılamaması nedeniyle Cohen'in önerdiği .25 varyans analizi için orta düzey etki büyüklüğü temel alınarak .80 güç ve .05 yanılma düzeyi ile hesaplama yapıldığında 38 kişi müdahale, 38 kişi kontrol grubunda olmak üzere örneklemin 76 kişiden oluşması gerektiği belirlenmiştir (177). Bu doğrultuda araştırma 76 kişi ile tamamlanmıştır. Örneklem dahil edilecek bireylerin belirlenmesinde dahil edilme kriterlerinden yararlanılmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri şunlardır:

- Bireyin araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi,
- 25 yaş üzerinde olması,
- Tedavisinin tamamlanmış olması,
- Remisyon döneminde olması,
- Okur-yazar olması.



Şekil 3.3.1. Araştırmanın Uygulama Akış Şeması

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Formları

Bu çalışmada veriler, araştırmacı tarafından literatür ışığında geliştirilen Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2) ile literatürde travma sonrası büyüme düzeyinin değerlendirilebilmesi için kullanılan Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (EK 3) ve psikolojik sağlamlık düzeyi değerlendirmede kullanılan Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (EK 4) yardımıyla toplanmıştır. Veri toplama araçlarına ilişkin ayrıntılı bilgiler aşağıda sunulmuştur:

3.4.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2): Literatür (39, 62, 178, 179, 180) gözden geçirilerek oluşturulan bu form katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, tedavi süresi, tanıları, daha önce psikolojik destek alma durumu ile ilgili sorular içermektedir.

3.4.1.2. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (EK 3): Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (Post Traumatic Growth Inventory) Tedeschi ve Calhoun (181) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği ise Kağan ve arkadaşları (182) tarafından yapılmıştır. Toplam 21 maddeden oluşan ölçek altılı likert yapıya sahiptir (Hiçbir şekilde (0), Çok az bir düzeyde (1), Bir miktar (2), Orta düzeyde (3), Oldukça fazla (4), Çok büyük ölçüde (5)). Ölçek “benlik algısı”, “yaşam felsefesinde değişim” ve “diğerleri ile ilişki” olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Herhangi bir kesim noktası bulunmayan ölçekten alınan puanların yükselmesi travma sonrası büyüme düzeyinin arttığını göstermektedir. Benzer şekilde alt boyutlardan alınan puanların artması, puanı artan alt boyutun/ boyutların daha fazla kullanıldığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri .92’dir ve alt boyutların Cronbach alfa değerleri .77 ile .88 arasında değişmektedir (183). Bu çalışmada ise, ölçeğin Cronbach Alfa değerinin .98 olduğu ve alt boyutların Cronbach alfa değerlerinin .90 ile .96 arasında değiştiği belirlenmiştir.

3.4.1.3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (EK 4): Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (The Resilience Scale for Adults) Friborg ve arkadaşları (183) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Basım ve Çetin (184) tarafından yapılmıştır. 33 maddelik ölçek “Kendilik Algısı”, “Gelecek Algısı”, “Yapısal Stil”, “Sosyal Yeterlilik”, “Aile Uyum” ve “Sosyal Kaynaklar” olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte her bir maddenin karşısında ifadeleri her soru için değişen ve beşli likert yapısını gösteren beş kutucuk bulunmaktadır. Herhangi bir kesim noktası bulunmayan ölçekteki 1,3,4,8,11,12,13,14,15,16,23,24,25,27,31,33 numaralı sorular ters kodlanmaktadır. Kutucukların puanlaması düz kodlanan maddeler için 1’den 5’e; ters kodlanan maddeler için 5’den 1’e doğrudur. Ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı .86 olup, alt boyutların Cronbach alfa katsayıları .66 ile .81 arasında, değişmektedir (184). Yapılan çalışmada ise, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .98 ve alt boyutların Cronbach alfa katsayıları .76 ile .95 arasında bulunmuştur.

3.4.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma kapsamına giren hastanelerden araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için gerekli izinlerin alınmasının ardından ilgili hastanelerin onkoloji klinik ve polikliniklerinde çalışan hemşire ve hekimlere araştırmaya ilişkin bilgi verilerek bu kişilerle iş birliği sağlanmıştır. Bireylere ulaşımın sağlanabilmesi için hastanelerin klinik ve polikliniklerinde haftanın belirlenen günleri dönüşümlü olarak bulunulmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan bireylere çalışma hakkında bilgi verilerek güçlendirme programının uygulanacağı uygun gün ve saatlerin bireylerle belirlenebilmesi amacıyla kabul eden bireylerin iletişim bilgileri alınmıştır. Uygulama süresince kayıplar olabileceği göz önünde bulundurularak hastanelerin onkoloji kliniklerine kontrole gelen toplam 114 kişiye ulaşılmıştır (Bkz Şekil 3.3.1). Bu bireylerden 5’i çalışmaya katılmayı kabul etmemiş, 6’sı okuma-yazma bilmemesinden dolayı ve 4’ü ise nüks şüphesi nedeniyle takip edildiği için çalışmaya dahil edilmemiştir. Geriye kalan 99 kişi sosyo-demografik özellikleri açısından homojen olarak seçilmiştir.

Bu bireyler rasgele sayılar tablosu randomizasyon yöntemi kullanılarak ilk kişi müdahale sonraki kişi kontrol grubunda olmak üzere randomize edilerek 45 kişi müdahale ve 44 kişi ise kontrol grubuna atanmıştır. Müdahale grubuna dahil edilen bireylerle iletişim kurularak program için uygun gün ve saat belirlenmiştir. Bu süreç içerisinde grupların etkileşimi ve gelişimini engelleyebilecek düzeyde kalabalık olmamasını sağlamak ve grup dinamikleri ile verimliliği koruyabilmek amacıyla, kayıp olasılığı da göz önünde bulundurularak müdahale grubundaki bireyler 4 gruba ayrılmıştır (ikisi 12 kişilik, biri 11 kişilik ve diğeri 10 kişilik olmak üzere). Benzer şekilde kontrol grubuna alınan bireyler ile de iletişim krularak ön test, son test ve izlem ölçümlerinin yapılacağı tarih aralıkları ve kendileriyle tekrar iletişime geçileceği bildirilmiştir.

Süreç içerisinde müdahale grubuna alınan bireylerden 1'i torununa bakmak zorunda kaldığı için, 1'i devam etmek istemediği için, 1'i iş bulduğu için, 2'si nüks görüldüğü için çalışmaya katılamamıştır ve 1 kişi güçlendirme programı oturumlarına devamsızlık yaptığı için çalışma dışında bırakılmıştır. Benzer şekilde kontrol grubundaki bireylerden 1'i vefat ettiği için, 3'ü nüks görüldüğü için çalışma dışında bırakılmıştır. Aynı zamanda izlem ölçümlerinin yapılması sırasında müdahale grubuna 1 kişinin ve kontrol grubuna 2 kişinin katılmaması sonucu 38 kişi müdahale ve 38 kişi kontrol grubunda olmak üzere toplam 76 kişiyle araştırma tamamlanmıştır. Randomizasyona ilişkin ayrıntılı bilgi Şekil 3.3.1'de yer almaktadır.

Müdahale grubuna alınan bireylere ilk oturum başlamadan önce Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, Travma Sonrası Büyüme Ölçeği, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği uygulanmıştır. Ardından müdahale grubundaki bireylerle güçlendirme programının uygulanmasına başlanmıştır. Müdahale grubunun son ölçümleri son oturumun bitiminde gerçekleştirilmiştir. 4 Ocak- 15 Nisan 2016 tarihleri arasında 10 hafta boyunca haftada bir oturum olmak üzere ortalama 90-120 dakika süren oturumlara devam edilmiştir. Oturumların sonlanmasından bir ay sonra 16 Mayıs- 04 Haziran 2016 tarihleri arasında ise izlem ölçümleri uygulanmıştır. Kontrol grubundaki bireylere ek bir müdahalede bulunulmamış, bu bireyler rutin tedavi ve desteklerini almaya devam

etmişlerdir. Kontrol grubundaki bireylere de müdahale grubu ile aynı zaman aralıklarında veri toplama araçları tekrar uygulanmıştır.

Müdahale grubuna uygulanan güçlendirme programı araştırmacılar tarafından literatür (74, 79, 145, 181, 185-192) bilgilerinden yararlanılarak ve Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (181, 182) alt boyutları temel alınarak oluşturulmuştur. Programın her bir oturumunun gündem konusu sırasıyla şöyledir:

1. Oturum: Tanışma ve oryantasyon
2. Oturum: Kansere yaşıntısı
3. Oturum: Düşünce-duygu-davranış ilişkisi
4. Oturum: İletişim ve kendini ifade etme
5. Oturum: Atılganlık becerisi eğitimi
6. Oturum: Benlik algısı ve roller
7. Oturum: Baş etme
8. Oturum: Sosyal destek
9. Oturum: Yaşamı yeniden yapılandırma ve anlamlandırma
10. Oturum: Sonlandırma

Oturum içeriklerine ilişkin ayrıntılı bilgi EK 1’de, araştırma uygulama şeması ise Şekil 3.3.1’de sunulmuştur.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel analizler SPSS 23 (Statistical Package for Social Sciences) istatistik yazılım programı ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin sunumunda sayı, yüzdelik, ANOVA (tekrarlı ölçümlerde varyans analizi), korelasyon ve regresyon analizleri kullanılmıştır. Müdahale ya da kontrol grubunda olmak araştırmada “bağımsız değişken”i, Travma Sonrası Büyüme Ölçeği ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ise “bağımlı değişken”i oluşturmaktadır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için $p < .01$ değeri kabul edilmiştir. Verilerin parametrik test varsayımlarını karşıladığı belirlenmiş bu nedenle müdahale ve kontrol grupları arasında fark olup

olmadığını değerlendirmek için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır. İzlem testi sonucuna göre ölçeklerin birbirlerini yordama düzeylerinin değerlendirilebilmesi için pearson korelasyon katsayısı ve basit doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmıştır ve GO 15/442 nolu etik onay (EK 22) ile ilgili kurumdan izin alınmıştır. Aynı zamanda Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi için Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği'nden ve Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi için Hacettepe Üniversiteleri Başhekimliği'nden araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli izinler alınmıştır. Araştırma sonunda hesaplanan örneklem sayısına ulaşılabileceği düşünülen 114 kişiye öncelikle çalışmanın amacı, çalışmaya katılmalarının gönüllülük ilkesine dayalı olduğu ve çalışma sonuçlarının sadece bilimsel amaçlarla kullanılacağı konularında bilgi verilmiştir. Ardından randomize şekilde müdahale ve kontrol gruplarına ayrılan bireylerden araştırma için hazırlanan bilgilendirilmiş onam formunu (EK 20 ve EK 21) incelemeleri ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmaları halinde onam formunu işaretlemeleri istenmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji kliniklerinde gerçekleştirildiği için, sonuçlar bu iki hastanedeki hastalığı aktif dönemde olmayan bireylere genellenebilir. İzlem ölçümü programdan bir ay sonra yapılmış, çalışmanın uzun dönem etkisi değerlendirilememiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan hastalığı aktif dönemde olmayan kanser hastalarına ilişkin tanıtıcı özellikleri, hastalık sürecine ilişkin bilgileri, psikolojik dayanıklılık ve travma sonrası büyüme düzeyleri ile ilgili bulgular yer almaktadır.

4.1. Uygulanan Güçlendirme Programının Psikolojik Dayanıklılık ve Travma Sonrası Büyüme Üzerine Etkisi

Uygulanan güçlendirme programının psikolojik dayanıklılık ve travma sonrası büyüme üzerine etkisi ilişkin bulgular aşağıda yer alan Tablo 4.1.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1.1. Hastaların Psikolojik Dayanıklılık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri

Ölçekler ve Alt-Boyutları	Müdahale Grubu (n=38)			Kontrol Grubu (n=38)			Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA	
	Ön-test	Son-test	İzlem	Ön-test	Son-test	İzlem	Zaman	Zaman*Grup
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$		
PDÖ Toplam	43.39±10.09	153.3±69.92	159.57±7.12	48.44±15.25	70.07±10.88	68.68±9.11	F ₁₋₇₄ : 1229.74 Wilk's λ: .029, p= .00	F ₁₋₇₄ : 595.33 Wilk's λ: .058, p= .00
Kendilik Algısı	7.73±1.30	27.63±2.46	29.13±1.41	8.65±2.40	12.84±2.86	12.55±2.86	F ₁₋₇₄ : 787.88 Wilk's λ: .044, p= .00	F ₁₋₇₄ : 356.85 Wilk's λ: .093, p= .00
Gelecek Algısı	5.18±1.78	18.05±2.10	19.31±1.04	6.73±3.53	8.78±2.47	8.28±1.75	F ₁₋₇₄ : 312.73 Wilk's λ: .105, p= .00	F ₁₋₇₄ : 186.80 Wilk's λ: .163, p= .00
Yapısal Stil	5.05±1.25	18.73±1.36	19.39±1.15	5.81±2.59	8.84±1.99	9.00±2.30	F ₁₋₇₄ : 623.86 Wilk's λ: .055, p= .00	F ₁₋₇₄ : 253.37 Wilk's λ: .126, p= .00
Aile Uyumu	8.18±2.29	28.21±1.50	28.81±1.50	9.31±3.07	10.65±3.06	12.26±2.51	F ₁₋₇₄ : 691.51 Wilk's λ: .050, p= .00	F ₁₋₇₄ : 417.02 Wilk's λ: .080, p= .00
Sosyal Yeterlilik	8.00±2.06	28.34±1.58	29.02±1.47	8.63±2.72	12.42±2.66	12.26±3.14	F ₁₋₇₄ : 1031.53 Wilk's λ: .034, p= .00	F ₁₋₇₄ : 504.69 Wilk's λ: .067, p= .00
Sosyal Kaynaklar	9.23±2.66	32.39±2.85	33.8±1.41	9.28±2.24	16.52±3.05	14.31±3.49	F ₁₋₇₄ : 919.05 Wilk's λ: .038, p= .00	F ₁₋₇₄ : 343.87 Wilk's λ: .096, p= .00
TSB Toplam	22.02±5.05	82.65±3.43	77.55±2.57	27.15±4.77	25.65±5.33	22.97±4.83	F ₁₋₇₄ : 1418.65 Wilk's λ: .025, p= .00	F ₁₋₇₄ : 1657.85 Wilk's λ: .022, p= .00
Benlik Algısı	11.00±3.43	40.00±2.66	37.21±2.12	12.39±3.65	12.60±3.56	9.50±3.31	F ₁₋₇₄ : 752.38 Wilk's λ: .046, p= .00	F ₁₋₇₄ : 725.74 Wilk's λ: .048, p= .00
Diğerleri ile ilişki	5.68±2.13	19.44±1.46	18.36±1.10	6.76±2.47	6.47±2.12	5.47±2.47	F ₁₋₇₄ : 376.69 Wilk's λ: .088, p= .00	F ₁₋₇₄ : 457.54 Wilk's λ: .074, p= .00
Yaşam Fels. Değişim	5.34±1.61	23.21±1.77	21.97±1.07	8.00±1.90	6.57±3.11	8.00±2.51	F ₁₋₇₄ : 701.42 Wilk's λ: .049, p= .00	F ₁₋₇₄ : 807.22 Wilk's λ: .043, p= .00

Tablo 4.1.1 incelendiğinde, müdahale grubundaki bireylerin toplam psikolojik dayanıklılık düzeyinde ve psikolojik dayanıklılık alt boyutlarında kontrol grubuna göre zaman içinde istatistiksel olarak anlamlı değişimler olduğu belirlenmiştir ($p < .01$). Müdahale grubunun psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanlarının zaman içerisindeki değişimi incelendiğinde, güçlendirme programı sonrasında (153.3 ± 69.92) ve izlem ölçümlerinde (159.57 ± 7.12); program öncesi (43.39 ± 10.09) ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı artış olduğu görülmektedir ($F_{1-74}: 1229.74$, Wilk's $\lambda: .029$, $p = .00$). Müdahale grubu puanlarında, müdahale sonrası ve izlem ölçümlerinde görülen bu artış kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, kontrol grubunun müdahale sonrası (70.07 ± 10.88) ve izlem (68.68 ± 9.11) grubunun ölçüm puanlarına göre daha yüksek olduğu, grupların puanları arasında zaman içinde görülen bu istatistiksel farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F_{1-74}: 595.33$, Wilk's $\lambda: .058$, $p = .00$).

Psikolojik dayanıklılık ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde, müdahale grubunun puanlarının kontrol grubu puanlarına göre zaman içerisindeki değişiminin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .01$). Müdahale grubunun kendilik algısı puanlarında; müdahale sonrası (27.63 ± 2.46) ve izlem (29.13 ± 1.41) ölçümlerinde müdahale öncesi (7.73 ± 1.30) ölçümlere göre istatistiksel açıdan anlamlı biçimde artış olduğu belirlenmiştir ($F_{1-74}: 787.88$, Wilk's $\lambda: .044$, $p = .00$). Müdahale grubunun kendilik algısı puanlarında zaman içerisindeki değişim kontrol grubu program sonrası (12.84 ± 2.86) ve izlem (12.55 ± 2.86) ölçümlerine göre müdahale grubu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı biçimde giderek arttığı bulunmuştur ($F_{1-74}: 356.85$, Wilk's $\lambda: .093$, $p = .00$).

Gelecek algısı alt boyutu incelendiğinde müdahale grubunun program sonrası (18.05 ± 2.10) ve izlem (19.31 ± 1.04) puanlarının zaman içinde program öncesine (5.18 ± 1.78) oranla anlamlı artış gösterdiği ($F_{1-74}: 312.73$, Wilk's $\lambda: .105$, $p = .00$) belirlenmiştir. Zaman içinde müdahale ve kontrol grupları arasındaki değişime bakıldığında, müdahale grubunun müdahale sonrası ve izlem ölçümlerinin kontrol grubunun müdahale sonrası (8.78 ± 2.47) ve izlem (8.28 ± 1.75) ölçümlerine göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı görülmüştür ($F_{1-74}: 186.80$, Wilk's $\lambda: .163$, $p = .00$).

Ölçeğin yapısal stil alt boyutunda; müdahale grubunun, müdahale sonrası (18.73 ± 1.36) ve izlem (19.39 ± 1.15) puanlarının müdahale öncesine (5.05 ± 1.25) göre zaman içerisinde istatistiksel açıdan anlamlı bir artış gösterdiği (F_{1-74} : 623.86, Wilk's λ : .055, $p = .00$) belirlenmiştir. Zaman içinde müdahale ve kontrol grubu puanları karşılaştırıldığında, müdahale grubu puanlarındaki artışın kontrol grubu program sonrası (8.84 ± 1.99) ve izlem (9.00 ± 2.30) ölçümlerine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (F_{1-74} : 253.37, Wilk's λ : .126, $p = .00$).

Psikolojik dayanıklılık ölçeğinin Aile uyumu alt boyutunun zaman içerisindeki değişimleri incelendiğinde, müdahale grubunun program sonrası (28.21 ± 1.50) ve izlem (28.81 ± 1.50) ölçümü puanlarının müdahale öncesine (8.18 ± 2.29) göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu saptanmıştır (F_{1-74} : 691.51, Wilk's λ : .050, $p = .00$). Zaman içerisinde müdahale grubu puanlarındaki değerler kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, kontrol grubu müdahale sonrası (10.65 ± 3.06) ve izlem (12.26 ± 2.51) ölçümlerinin müdahale grubunun müdahale sonrası ve izlem ölçümlerine göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (F_{1-74} : 417.02, Wilk's λ : .080, $p = .00$).

Psikolojik dayanıklılık ölçeğinin bir diğer alt boyutu olan sosyal yeterlilik ölçümlerinde de müdahale grubu puanlarında müdahale sonrası (28.34 ± 1.58) ve izlem (29.02 ± 1.47) ölçümlerinde müdahale öncesi ölçümlere (8.00 ± 2.06) göre zaman içerisinde anlamlı bir artış olduğu görülmüştür (F_{1-74} : 1031.53, Wilk's λ : .034, $p = .00$). Müdahale grubu puanlarında zaman içindeki değişim kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, müdahale grubu puanlarının kontrol grubu müdahale sonrası (12.42 ± 2.66) ve izlem (12.26 ± 3.14) puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu belirlenmiştir (F_{1-74} : 504.69, Wilk's λ : .067, $p = .00$).

Sosyal kaynaklar alt boyutunda da müdahale grubunun, program sonrası (32.39 ± 2.85) ve izlem (33.8 ± 1.41) puanlarında program öncesine (9.23 ± 2.66) göre istatistiksel açıdan anlamlı bir artış olduğu (F_{1-74} : 343.87, Wilk's λ : .096, $p = .00$) bulunmuştur. Müdahale grubu puanları kontrol grubu program sonrası (16.52 ± 3.05) ve izlem (14.31 ± 3.49) ölçümleri ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı belirlenmiştir (F_{1-74} : 919.05, Wilk's λ : .038, $p = .00$).

Müdahale ve kontrol gruplarının travma sonrası büyüme puanlarına ilişkin değişimler incelendiğinde; toplam travma sonrası büyüme ve ölçek alt boyut puanlarında zaman içinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı değişimler olduğu görülmüştür ($p < .01$).

Müdahale grubunun travma sonrası büyüme toplam ölçek puanı, program sonrası (82.65 ± 3.43) ve izlem ölçümlerinde (77.55 ± 2.57) program öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı artış göstermiştir (F_{1-74} : 1418.65, Wilk's λ : .025, $p = .00$). Müdahale ve kontrol grubunun toplam travma sonrası büyüme puanları zaman içinde karşılaştırıldığında; müdahale grubunun müdahale sonrası ve izlem puanlarının kontrol grubu program sonrası (25.65 ± 5.33) ve izlem (22.97 ± 4.83) puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde artış gösterdiği belirlenmiştir (F_{1-74} : 1657.85, Wilk's λ : .022, $p = .00$).

Travma sonrası büyüme ölçeğinin benlik algısı alt boyutunda müdahale grubu program sonrası (40.00 ± 2.66) ve izlem (37.21 ± 2.12) puanlarının, program öncesi (11.00 ± 3.43) ölçümlere göre arttığı görülmektedir (F_{1-74} : 752.38, Wilk's λ : .046, $p = .00$). Müdahale ve kontrol grubunun benlik algısı puanlarında zaman içindeki değişim incelendiğinde, kontrol grubu program sonrası (12.60 ± 3.56) ve izlem (9.50 ± 3.31) ölçümlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak artış gösterdiği belirlenmiştir (F_{1-74} : 725.74, Wilk's λ : .048, $p = .00$).

Diğerleri ile ilişki alt boyutunda müdahale grubunun program sonrası (5.68 ± 2.13) ve izlem (19.44 ± 1.46) puanlarında program öncesine (18.36 ± 1.10) göre zaman içinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu belirlenmiştir (F_{1-74} : 376.69, Wilk's λ : .088, $p = .00$). Müdahale grubu program sonrası ve izlem puanlarının, kontrol grubu program sonrası (6.47 ± 2.12) ve izlem (5.47 ± 2.47) puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı saptanmıştır (F_{1-74} : 457.54, Wilk's λ : .074, $p = .00$).

Yaşam felsefesinde değişim alt boyutunda da müdahale grubu program sonrası (23.21 ± 1.77) ve izlem (21.97 ± 1.07) puanları, program öncesine göre (5.34 ± 1.61) istatistiksel olarak anlamlı artış göstermiştir (F_{1-74} : 701.42, Wilk's λ : .049, $p = .00$). Müdahale ve kontrol grubu puanlarındaki değişim incelendiğinde, müdahale grubunun program sonrası ve izlem puanları, kontrol grubu program sonrası (6.57 ± 3.11) ve izlem

(8.00±2.51) puanlarına göre istatistiksel olarak daha yüksektir (F_{1-74} : 807.22, Wilk's λ : .043, $p = .00$).

4.2. Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyini Yordama Durumu

Psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme ölçekleri arasındaki ilişki ve yordama düzeyine ilişkin ayrıntılı bulgular Tablo 4.2.1 ve Tablo 4.2.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2.1. Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyini Yordama Durumuna İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Basit Doğrusal Regresyon Analizi	R	R ²	Standart Hata	Sig.
Müdahale Sonrası	.960	.922	12.12359	$p = .00$
İzlem	.971	.943	6.68849	$p = .00$

Tablo 4.2.2. Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyini Yordama Durumuna İlişkin Ölçüm Sonuçları

Model		Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	F	t	Sig.
Müdahale Sonrası	Regresyon	128954,573	1	128954,573	877.353	29.62	.000
	Residüel	10876.624	74	146.981			
	Toplam	139831.197	75				
İzlem	Regresyon	54398.284	1	54398.284	1215,988	34.87	.000
	Residüel	3310.453	74	44.736			
	Toplam	57708.737	85				

Ölçümler sonucunda travma sonrası büyüme ve psikolojik dayanıklılık ölçekleri arasında müdahale sonrasında (r : .960, $p = .00$) ve izlemde (r : .971, $p = .00$) pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Müdahale sonrasındaki ölçümde psikolojik dayanıklılık travma sonrası büyümenin %92'sini (R : .960, R^2 : .922, $p = .01$), izlem ölçümlerinde ise %94'ünü (R : .971, R^2 : .943, $p = .01$) açıklamıştır.

Psikolojik dayanıklılık ve travma sonrası büyüme arasındaki yordayıcılığa ilişkin formül şöyledir:

$$Y = a + bxX$$

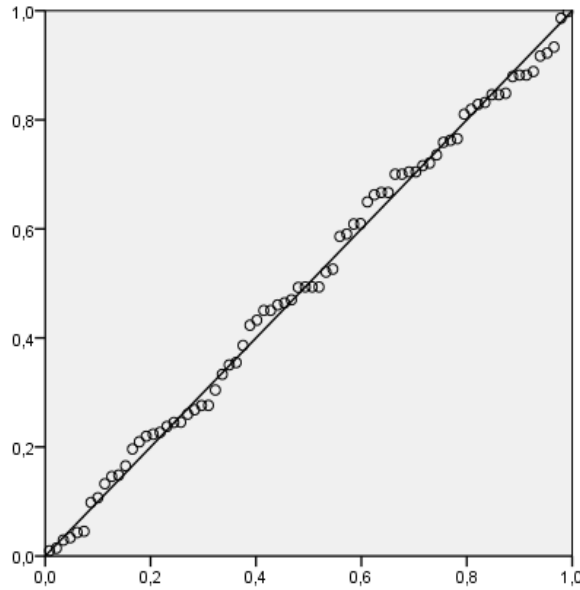
Y: Yordanan (bağımlı değişken)

X: Yordayan (bağımsız değişken)

a: Yordayan değişken sıfır olduğunda yordanan değişkenin aldığı değer (β Sabit katsayısı)

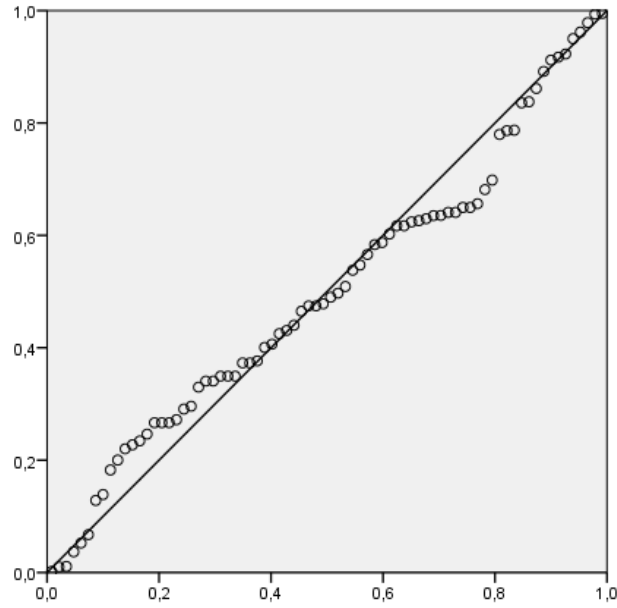
b: Yordayan değişkende bir birimlik artışta yordanan değişkende oluşan etki (bağımsız değişkenin katsayısı).

Yukarıda ayrıntıları verilen formül doğrultusunda müdahale sonrasındaki yordayıcılığa ilişkin formül $TSB = 34.375 + 1.428 \times \text{Psikolojik Dayanıklılık}$ 'tır. Formül doğrultusunda ortaya çıkan regresyon grafiği ise aşağıda sunulmaktadır (Şekil 4.2.1)



Şekil 4.2.1 Müdahale Sonrası Ölçümünde Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyini Yordama Durumu

İzlem ölçümündeki yordayıcılığa ilişkin regresyon formülü şöyledir: $TSB = 32.386 + 1.626 \times \text{Psikolojik Dayanıklılık}$. Formül doğrultusunda ortaya çıkan regresyon grafiği ise Şekil 4.2.2'de sunulmaktadır.



Şekil 4.2.2 İzlem Ölçümünde Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin Travma Sonrası Büyüme Düzeyini Yordama Durumu

4.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler Tablo 4.3.1’de sunulmaktadır.

Tablo 4.3.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özellikleri

Demografik Özellikler	Müdahale Grubu (n=38)		Kontrol Grubu (n=38)		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	26	68.4	26	68.4	$p = .597^*$ $\chi^2 = 0.000$
Erkek	12	31.6	12	31.6	
Yaş					
31-50	23	60.5	22	57.9	$p = .500^*$ $\chi^2 = 0.054$
50>	15	39.5	16	42.1	
Medeni Durum					
Evli	34	89.5	31	81.6	$p = .605^*$ $\chi^2 = 1.050$
Bekar	2	5.2	3	7.9	
Boşanmış	2	5.3	4	10.5	
Öğrenim Durumu					
Okur-yazar	1	2.6	0	0.0	$p = .259^*$ $\chi^2 = 4.022$
İlköğretim	19	50.0	17	44.7	
Lise	16	42.1	14	36.8	
Üniversite ve üzeri	2	5.3	7	18.5	
Öğrenime devam durumu					
Evet	0	0.0	0	0.0	$p = .500^{**}$ $\chi^2 = 1.013$
Hayır	38	100.0	38	100.0	

Tablo 4.3.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özellikleri (Devam)

Meslek					
Ev hanımı	15	39.5	15	39.5	p= .857*
Emekli	10	26.3	7	18.3	$\chi^2= 1.441$
Serbest	6	15.8	9	23.7	
Memur	4	10.5	5	13.2	
Vasıflı işçi	3	7.9	2	5.3	
Aile Tipi					
Çekirdek	30	78.9	27	71.1	p= .728*
Geniş	5	13.2	7	18.4	$\chi^2=0.634$
Parçalanmış	3	7.9	4	10.5	
İkamet Yeri					
İl merkezi	27	71.1	24	63.2	p= .600*
İlçe merkezi	11	28.9	14	36.8	$\chi^2= 0.000$
Gelir Düzeyi					
Gelir giderden fazla	3	7.9	3	7.9	p= .129*
Gelir gider eşit	13	34.2	20	52.6	$\chi^2= 4.199$
Gelir giderden az	20	52.6	15	39.5	
Geliri yok	2	5.3	0	0.0	
Ankara'da yaşanan yer					
Kendi evinde	30	78.9	26	68.4	p= .490*
Yakınlarının Evinde	5	13.2	3	7.9	$\chi^2=1.429$
Kirada	3	7.9	9	23.7	
Birlikte yaşanan bireyler					
Yalnız	1	2.6	4	10.5	p= .321*
Eşi ile	30	78.9	31	81.6	$\chi^2= 4.683$
Çocuğunun ailesi ile	5	13.2	1	2.6	
Yakınlarının yanında	2	5.3	2	5.3	

* Pearson K-Kare Testi, **Fisher Exact Ki-Kare Testi

Tablo 4.3.1’de müdahale ve kontrol grupları ile ilgili tanıtıcı bilgiler verilmiştir. Bu tabloya göre; müdahale grubunda yer alan bireylerin %68.4’ü kadın, %60.5’i 31-50 yaş arasında (48.94 ± 7.43), %89.5’i evli, %50’si ilköğretim mezunu, %39.5’i ev hanımıdır ve %78.9’u çekirdek aileye sahip olduğunu bildirmiştir. Gruptaki bireylerin %71.1’i il merkezinde yaşamaktadır, %78.9’u kendi evinde ve yine %78.9’u eşi ile ikamet etmektedir. Bu bireylerin %52.6’sı gelir düzeyinin gider düzeyinden az olduğunu belirtmiştir. Kontrol grubunda yer alan bireylerin ise; %68.4’ü kadın, %57.9’u 31-50 yaş arasında (48.57 ± 7.09), %81.6’sı evli, %44.7’si ilköğretim mezunu, %39.5’i ev hanımıdır ve %71.1’i çekirdek aileye sahiptir. Bu bireylerden %63.2’si il merkezinde, %68.4’ü kendi evinde, %81.6’sı ise eşi ile yaşamaktadır. Gelir düzeyini gider düzeyine eşit kabul edenlerin sayısı %52.6’dır.

Tablo 4.3.1’de görüldüğü gibi, müdahale ve kontrol gruplarının tanıtıcı özelliklerine göre yapılan ki-kare testleri sonucunda gruplar arasında anlamlı farka rastlanmamıştır ($p > .05$). Bu durum müdahale ve kontrol grubu içeren çalışmalarda karşılanması beklenen bir gereklilik olduğu için, çalışmamızda da bu gerekliliğin sağlandığı görülmektedir.

4.4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Hastalık Sürecine İlişkin Özellikleri

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireylerin hastalık sürecine ilişkin verileri aşağıda tablo 4.4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.4.1. Bireylerin Hastalık Sürecine İlişkin Özellikleri

Hastalık Süreci	Müdahale Grubu (n=38)		Kontrol Grubu (n=38)		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	
Hastalık Tanısı					
Prostat Kanseri	2	5.3	2	5.3	p= .813* $\chi^2 = 2.968$
Meme Kanseri	17	44.7	11	28.9	
Kolon Kanseri	5	13.2	9	23.7	
Testis Kanseri	4	10.5	3	7.9	
Akciğer Kanseri	3	7.9	4	10.5	
Lenfoma	4	10.5	5	13.2	
Lösemi	3	7.9	4	10.5	
İlk Tanıdan Sonra Geçen Süre					
4 yıl üzeri	12	31.6	11	28.9	p= .962* $\chi^2 = 0.078$
3-4 yıl	14	36.8	15	39.5	
3 yıldan az	12	31.6	12	31.6	
Aktif Tedavinin Bitmesinden Sonra Geçen Süre					
3 yıl ve daha az	14	36.8	13	34.2	p= .500** $\chi^2 = 0.057$
3 yıldan fazla	24	63.2	25	65.8	
Toplam Tedavi Süresi					
1-3 yıl	21	55.3	22	59.5	p= .665* $\chi^2 = 4.959$
4-6 yıl	12	31.5	11	29.7	
7-9 yıl	5	13.2	4	10.8	
Hastalık Nedenine İlişkin İnanç					
Üzüntü	10	26.3	8	21.1	p= .609* $\chi^2 = 5.111$
Stres	8	21.1	11	28.9	
Kader	6	15.8	6	15.8	
Genetik	2	5.3	2	5.3	
Sigara	2	7.9	4	10.5	
Enfeksiyon	1	2.6	3	7.9	
İhmalkarlık	0	0.0	1	2.6	
Bilmiyorum	8	21.0	3	7.9	
Hastalık Süresince Destek Kaynağı					
Var	35	92.1	37	97.4	p= .307** $\chi^2 = 1.056$
Yok	3	37.9	1	2.6	
Destek Olan Kişiler					
Anne	16	14.4	14	14.0	p= .309** $\chi^2 = 0.561$
Baba	13	11.7	10	10.0	
Eş	23	20.7	24	24.0	
Kardeş	16	14.4	15	15.0	
Çocuklar	26	23.4	24	24.0	
Arkadaşlar	17	15.4	13	13.0	
Daha Önce Danışmanlık Alma İsteği					
Evet	12	31.6	11	28.9	p= .500** $\chi^2 = 0.062$
Hayır	26	68.4	27	71.1	
Daha Önce Psikolojik Danışmanlık Alma Durumu					
Evet	5	13.2	3	7.9	p= .356** $\chi^2 = 0.559$
Hayır	33	86.8	35	92.1	
Grup Programına Katılma Geçmişi					
Var	0	0.0	0	0.0	***
Yok	38	100.0	38	100.0	
Programın Yararına Olan İnanç					
Var	38	100.0	38	100.0	***
Yok	0	0.0	0	0.0	

* Pearson K-Kare Testi, **Fisher Exact Ki-Kare Testi, *** Ki-kare testi gözlerde yeterince kişi bulunmaması nedeniyle yapılamamıştır.

Tablo 4.4.1’de müdahale ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin hastalık süreci ile ilgili bulguları görülmektedir. Müdahale grubundaki bireylerin %44.7’si Meme kanseri, %13.2’si Kolon kanseri tanısı ile takip edilmektedir. Bu bireylerin %36.8’inin tanı almalarından beri geçen süre 3-4 yıl ve %63.2’sinin aktif tedavi sürecinin bitmesinden beri geçen süre 3 yıldan fazladır. Bireylerin %55.3’ü 1-3 yıldır tedavi görmektedir. Hastalık nedenlerine ilişkin inançları değerlendirildiğinde bireylerin %26.3’ü üzüntü, %21.1’i stres etkenini işaret etmektedir. Bu bireylerden %92.1’i kendisine destek olabilecek bir yakının olduğunu ifade ederken, eş (%20.7) ve çocukların (%23.4) desteğinin ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. Tüm bireyler kendilerine verilecek bir danışmanlık hizmetinin yararlı olacağına inanmaktadırlar. Ancak danışmanlık hizmetleri ve bu hizmetlerden yararlanma durumlarına bakıldığında, %68.4’ü daha önce hiç danışmanlık hizmeti almak istemediğini ve sadece %13.2’sinin psikolojik danışmanlık hizmeti alma deneyimi bulunduğu belirlenmiştir. Öte yandan bu bireylerin hiç birinin danışmanlık amaçlı daha önce herhangi bir grup programına katılmadıkları ve hepsinin katılacakları programın kendilerine iyi geleceğine inandıkları görülmüştür.

Kontrol grubundaki bireylerin %28.9 Meme kanseri, %23.7’si ise Kolon kanseri tanısı ile takip edilmektedir. Bu bireylerin %39.52’sinin tanı almalarından beri geçen süre 3-4 yıl ve %65.8’inin aktif tedavi sürecinin bitmesinden beri geçen süre 3 yıldan fazladır. Bireylerin %59.5’i 1-3 yıldır tedavi görmektedir. Bu bireylerden %28.1’i üzüntü, %21.1’i ise stres faktörünü hastalık nedeni olarak görmektedir. %97.4’ü hastalık süresince kendilerine destek olan kişilerin olduğunu belirtirken, bu bireyleri en sıklıkla eş (%24.0) ve çocuklar (%24.0) olarak tanımlamışlardır. Psikolojik danışmanlık alma durumlarına bakıldığında %92.1’inin danışmanlık hizmeti almadığı ve %71.1’inin daha önce danışmanlık alma isteği olmadığı belirlenmiştir. Yine bu bireylerin tamamı daha önce danışmanlık amaçlı herhangi bir grup programına katılmamıştır ancak tamamı yapılacak olan programın katkı sağlayacağına inandıklarını bildirmiştir.

4.5. Bireylerin Bazı Demografik Özelliklerinin Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeylerine Göre Değişimi

Bireylerin yer alan bireylerin bazı demografik özelliklerinin psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeyleri ile etkileşimine ilişkin veriler aşağıda tablo 4.5.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.5.1. Bireylerin Bazı Demografik Özelliklerinin Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeylerine Göre Değişimi

Hastalık Süreci	TSB Ölçeği Toplam Puan (n=38)		PD Ölçeği Toplam Puan (n=38)		ANOVA	
	Müdahale Öncesi	Müdahale Sonrası	Müdahale Öncesi	Müdahale Sonrası	TSB Ölçeğine Göre	PD Ölçeğine Göre
Cinsiyet						
Kadın	23.885±0.7	53.962±5.9	45.788±1.8	111.385±6.0	$F_{1-74}: .178, p = .674$	$F_{1-74}: .003, p = .955$
Erkek	26.125±1.1	54.583±5.9	46.208±2.6	112.458±8.8		
Yaş						
31-50	24.556±0.8	54.844±4.3	47.556±1.9	112.222±6.4	$F_{1-74}: .057, p = .812$	$F_{1-74}: .066, p = .798$
50>	24.645±1.0	53.161±5.2	43.548±2.3	111.000±7.8		
Hastalık Tanısı						
Prostat Kanseri	24.000±2.7	53.750±14.8	52.750±6.3	112.750±22.2	$F_{6-69}: .390, p = .883$	$F_{6-69}: .509, p = .800$
Meme Kanseri	23.500±1.0	59.964±5.6	42.429±2.4	117.571±8.4		
Kolon Kanseri	25.683±1.4	46.143±7.9	48.786±3.4	104.214±11.9		
Testis Kanseri	26.429±2.1	58.571±11.2	43.857±4.8	119.571±16.8		
Akciğer Kanseri	27.429±2.1	48.857±11.2	44.143±4.8	105.000±16.8		
Lenfoma	24.000±1.8	51.889±9.9	43.778±4.2	107.889±14.8		
Lösemi	23.286±2.1	51.000±11.2	56.857±4.8	106.571±16.8		
İlk Tanıdan Beri Geçen Süre						
4 yıl üzeri	24.814±0.8	54.047±4.4	45.140±1.9	110.116±6.6	$F_{2-71}: .063, p = .939$	$F_{2-71}: .244, p = .784$
3-4 yıl	24.000±1.2	53.000±6.2	48.333±2.7	111.545±9.3		
3 yıldan az	24.889±1.8	58.111±9.8	42.333±4.2	118.111±14.6		
Destek Kaynağı						
Var	20.000±5.5	23.000±29.0	36.000±13.1	67.000±43.1	$F_{1-74}: .712, p = .402$	$F_{1-74}: .572, p = .452$
Yok	24.653±0.6	54.573±3.3	46.053±1.5	112.320±4.9		

Tablo 4.5.1’de bireylerin bazı demografik özelliklerinin zamana göre psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeylerine göre değişimini gösteren veriler görülmektedir. Cinsiyet değişkeni incelendiğinde, bireylerin travma sonrası büyüme ($F_{1-74}: .178, p = .674$) ve psikolojik sağlamlık ($F_{1-74}: .003, p = .955$) puanlarında program öncesine göre anlamlı bir değişim bulunamamıştır ($p > .05$). Bireylerin yaş dağılımlarının travma sonrası büyüme ($F_{1-74}: .057, p = .812$) ve psikolojik sağlamlık ($F_{1-74}: .066, p = .798$) puanları üzerinde müdahale sonrasında program öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür ($p > .05$). Hastalık tanısına göre, bireylerin travma sonrası büyüme ($F_{6-69}: .390, p = .883$) ve psikolojik sağlamlık ($F_{6-69}: .509, p = .800$) puanlarında müdahale sonrasında program öncesine göre anlamlı bir değişim

saptanamamıştır ($p > .05$). bireylerin ilk tanı aldıkları andan itibaren geçen süreye göre travma sonrası büyüme ($F_{2-71}: .063$, $p = .93$) ve psikolojik sağlamlık ($F_{2-71}: .244$, $p = .784$) puanlarında müdahale sonrasında program öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenememiştir ($p > .05$). Destek kaynaklarının varlığına göre müdahale öncesine göre program sonrasında herhangi bir fark olup olmadığı değerlendirildiğinde; bireylerin travma sonrası büyüme ($F_{1-74}: .712$, $p = .402$) ve psikolojik sağlamlık ($F_{1-74}: .572$, $p = .452$) puanlarında zaman içerisinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde hastalığı aktif dönemde olmayan kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının, bu bireylerin travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlık düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Çalışmada, müdahale sonrasında müdahale grubundaki bireylerin toplam travma sonrası büyüme ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinde kontrol grubuna göre anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur. Bu artış, uygulanan programın bireylerin travma sonrası büyümelerini ve psikolojik dayanıklılıklarını artırmada etkili olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Literatürde uygulanan çeşitli programların travma sonrası büyüme ve psikolojik dayanıklılık üzerine etkisini ayrı ayrı ya da dolaylı ölçen çalışmalar bulunmakla birlikte, bir güçlendirme programının bu iki değişken üzerine etkisini ölçen çalışmaya rastlanmamıştır. Tomich ve arkadaşlarının (193) yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada, kanser sonrası sağ kalan bireylere destekleyici bir program uygulanmış, kontrol grubunu ise sağlıklı bireyler oluşturmuştur. Çalışma sonucunda destek programı uygulanan grubun sağlıklı bireylere oranla travma sonrası büyüme düzeylerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gerçekleştirilen diğer çalışmalarda da, uygulanan danışmanlık programlarının kanser sürecini yaşayan bireyler üzerinde olumlu etkileri olduğu saptanmıştır. Bu olumlu etkiler arasında anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinde azalma (194, 195), öz yeterlik ve yaşam kalitesinde artma (79, 148, 194), kanser sürecindeki deneyimlere olan farkındalıkta artma (196) gibi travma sonrası büyüme ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri üzerine olumlu katkısı olan değişimler bulunmaktadır. Bu sonuçlar, uygulanan danışmanlık programlarının çalışmamıza benzer şekilde kanser deneyimleyen bireylerin iyi oluşluklarını ve yaşam kalitelerini artırmada etkili olduğunu göstermektedir.

Yapılan çalışma sonucunda, travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlığın tüm alt boyutlarında kontrol grubuna göre anlamlı olumlu değişimler olmuştur. Bu alt boyutlardan biri olan travma sonrası büyümenin kendilik algısı, psikolojik dayanıklılığın ise benlik algısı puanları program sonunda ve izlem ölçümlerinde kontrol grubuna göre

daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar, kanser deneyimleyen bireylerin uygun şekilde desteklendiklerinde benlik algılarının da olumlu yönde geliştiğini göstermektedir. Dolayısıyla bu süreçte, programımızda olduğu gibi, psikolojik dayanıklılık ve büyümeyi artırmada etkili olan ve benlik üzerinde önemli etkileri bulunan öz-saygı, kişilik, öz-yeterlik, iyimserlik, sabır, tolerans, güven, spiritüalite, baş etme ve etkili kişiler arası ilişki kurabilme becerileri gibi faktörlerin gelişiminin desteklenmesi önemlidir (195, 196-200). Bu faktörler aynı zamanda travmatik deneyimlere uyumu sağlayıcı itici gücün oluşabilmesine katkı sağlamaktadırlar (16). Böylece bireylerin benliklerini uygun şekilde yansıtabilecekleri etkileşimlerde bulunabilmeleri ve geçmiş deneyimlerden yeni şeyler öğrenerek içgörü kazanmalarını sağlayıcı etki göstermektedir (201). Mystakidou ve arkadaşları (113) yaptıkları çalışmada, öz etkililiğin travma sonrası büyüme ile yakından ilişkili olması nedeniyle kanser deneyimleyen bireylerin travma sonrası büyümelerini artırıcı etki gösterdiğini bulmuştur. Benzer şekilde, Lotfi-Kashani ve arkadaşları (202) da, öz etkililik düzeyi yüksek olan kanserli bireylerin sürece daha kolay uyum sağlayarak travma sonrası büyümeyi gerçekleştirebildiklerini böylece benlik algısı ve yaşamları üzerindeki kontrolü sağlayabildiklerini bulmuşlardır.

Uygulanan güçlendirme programı sonrasında, müdahale grubundaki bireylerin psikolojik dayanıklılığın alt boyutları olan sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar, aile uyumu ve travma sonrası büyümenin diğerleri ile ilişki alt boyut puanlarında anlamlı artış olduğu belirlenmiştir. Kanser deneyimini yaşayan bireylerin birbirlerine sağladığı sosyal desteğin ve süreç hakkında konuşulmasının, bireylere baş etme sürecinde yardımı olduğu bildirilmektedir (12, 79, 203). Bu bireylere ilk elden yani benzer deneyime sahip bireylerden oluşan destek aktivitelerinin, görüşmelerin, programların uygulanması bireylerin anlaşıldıklarını daha fazla hissetmelerine ve süreçlerini daha kabul edilebilir görmelerine yol açmaktadır (204). Bu bağlamda yapılan çalışmada müdahale grubundaki bireylerin sosyal destek, diğer bireylerle ilişki, aile uyumu, sosyal yeterlilik düzeylerinde program sonrasında pozitif gelişim olması programın sosyal yeterliliğe ve sosyal kaynaklara ilişkin farkındalığı artırdığını, sosyal kaynakların daha etkili kullanımını sağladığını ve böylece, diğerleri ile ilişkiyi ve aile uyumunu artırdığını düşündürmektedir. Programın daha önce değinilen öz saygı, öz yeterlik gibi içsel

güçlerin yanı sıra, sosyal destek gibi dışsal kaynakların kullanımını da artırması, bireyleri güçlendirmesi konusundaki katkısı açısından oldukça önemlidir (79, 205, 206).

Bu çalışmada güçlendirme programı sonrasında müdahale grubunun psikolojik dayanıklılığın alt boyutu olan gelecek algısı ve yapısal stil ve travma sonrası büyümenin yaşam felsefesinde değişim alt boyut puanlarının anlamlı olarak artması, bireylerin kanserle yaşamaya ilişkin bakış açısının müdahale ile birlikte olumlu yönde değiştiğini ve müdahale programının anlam bulmalarına yardım ettiğini göstermesi açısından önemlidir. Kanser deneyimi sonrasındaki bu anlam arayışı sürecini Lee (207), kanserin varoluşsal durumu olarak adlandırmıştır. Anlam bulma stres düzeyinde azalma, daha iyi sosyal uyum ve psikolojik iyi oluş hali ile yakından ilişkili iken; bu durumun aksine anlam bulamama ise yüksek düzey stres, adaptif olmayan uyum ve iyi oluş düzeyinin azalması ile ilişki içerisinde (208). Çalışmaya benzer şekilde, Naumann ve arkadaşlarının (148) kanser sonrası sağ kalan bireyler ile yaptıkları 9 haftalık grup danışmanlığı programı sonucunda, programa katılan bireylerin ciddi oranlarda bu programdan yararlandığı ve yaşam kalitelerinin arttığı bulunmuştur.

Olumsuz olarak adlandırılabilen ve bireyi etkileyen yaşam deneyimleri, bireylere yaşamdaki değişimlerle nasıl baş edebileceklerini öğrenmelerinde, büyümelerinde ve bu deneyimlerini olumlu olarak transfer etmelerinde yardımcı olabilmektedir (7, 21, 79, 209). Yapılan çalışma sonucunda psikolojik dayanıklılığın travma sonrası büyümeyi yordayan önemli bir faktör olduğu ve bu iki kavram arasında oldukça güçlü pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla çalışma sonuçları literatürde psikolojik dayanıklılığın travma sonrası büyüme için öncül faktörlerden biri olduğunu ve bu iki kavramın birbirlerini etkilediğini vurgulayan çalışmalarla (7, 8, 11, 21, 22) benzerlik göstermektedir. Lepore ve Revenson (210) tarafından yapılan araştırma sonucunda da söz konusu iki kavram arasında güçlü pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme; birbirleriyle çeşitli açılardan ilişkileri olan, bireylerin yaşam kalitesi ve iyi oluş düzeylerinin artıran önemli faktörlerdir. Bu iki faktör, özellikle kanser yaşantısı gibi kriz oluşturabilen ve travmatik etkileri olabilen bir hastalık deneyiminde, bireylerin süreçten en az zararla çıkmasında oldukça etkili bir yol sunmaktadırlar. Kanser deneyimleyen bireylerin yaşadıkları/

yaşayabilecekleri psikososyal problemlerle uygun ve etkili baş edebilmelerinde önemli bir etken olan psikolojik sağlamlığın varlığı ve süreç içerisinde travma sonrası büyümenin ortaya çıkması bireylere sürecin olumsuz etkilerinin yanı sıra olumlu yönleri görebilmeleri konusunda destek sağlayarak, sürece uyumu artırmaktadır. Bu kavramların ilişkilerinin daha iyi anlaşılması ve bu kavramların geliştirilmesine yönelik yaklaşımların planlanması, kanser sürecinin daha uyumlu atlatılmasında önemli yaklaşımlar arasındadır. Bireylerin var olan psikolojik sağlamlık düzeylerinin belirlenmesi, desteklenerek geliştirilmesi ve travma sonrası büyümenin gerçekleşmesine olanak sağlanması oldukça değerlidir. Böylece kanser deneyimi süresince psikososyal problemlerin yaşanma olasılığı azalarak başetme becerilerinin artması sağlanacaktır. Bu bağlamda, bireylerin uygun yöntemler kullanılarak desteklenmeleri psikolojik sağlamlık düzeylerinin ve sonucunda travma sonrası büyümelerinin artırılmasına katkı sağlanmasında oldukça değerlidir. Bu çalışmada da bireylerin uygulanan güçlendirme programından yararlandıklarının görülmesi bu katkıyı gösterir niteliktedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu bölümde hastalığı aktif dönemde olmayan kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının, bu bireylerin travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlık düzeylerinde etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar belirtilmiştir. Araştırma bulguları doğrultusunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1- Hastalığı aktif dönemde olmayan kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programı sonunda ve izlem ölçümünde, hastaların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin müdahale öncesi ölçüme ve kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde arttığı belirlenmiştir. Ayrıca uygulanan güçlendirme programı sonunda ve izlem ölçümünde, psikolojik dayanıklılık ölçeğinin alt boyutları olan kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, aile uyumu, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar puanlarının da artış gösterdiği saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.1.1).

2- Hastalığı aktif dönemde olmayan kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programı sonunda ve izlem ölçümünde, hastaların travma sonrası büyüme toplama puanlarının müdahale öncesi ölçüme ve kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde arttığı belirlenmiştir. Ayrıca, uygulanan güçlendirme programı sonunda ve izlem ölçümünde, travma sonrası büyüme ölçeğinin alt boyutları olan benlik algısı, diğerleri ile ilişki ve yaşam felsefesi puanlarının da anlamlı ölçüde arttığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.1.1).

3- Psikolojik dayanıklılığın travma sonrası büyümeyi program sonrasında yüzde 92 oranında ve izlem ölçümlerinde yüzde 94 oranında yordadığı belirlenmiştir (Bkz. Şekil 4.1.1 ve 4.4.2).

4- Program sonrasında program öncesine göre bireylerin demografik özelliklerine göre travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlık düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Bkz. Tablo 4.5.1).

6.2. Öneriler

Hastalığı aktif dönemde olmayan kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının, bu bireylerin travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlık düzeylerinde etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulmuştur:

1. Hastalığı aktif dönemde olmayan kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının, kanser sonrası sağ kalan bireylerin travma sonrası büyüme ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinde anlamlı artışa neden olması dolayısıyla, uygulanan bu programın hastaların güçlendirilmelerinde kullanılması,

2. Uyguladığımız bu programın etkisinin program sonunda ve programdan 1 ay sonrasında ölçülmüş olması göz önüne alınarak, bundan sonra yapılacak çalışmalarda programın uzun dönem etkileri konusunda fikir vermesi amacıyla programdan sonraki 3, 6 ve 12. aylarda da programın etkisinin devam edip etmediğini değerlendiren boylamsal çalışmaların yapılması,

3. Hastalığı aktif dönemde olmayan kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programı içeriğinin, bu hastalarla gerçekleştirilecek nitel çalışmalar yoluyla daha da geliştirilmesi,

4. Hastalığı aktif dönemde olmayan kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programında psikolojik sağlamlık düzeyinin travma sonrası büyümeyi yordamasından dolayı ölçeğinin travma sonrası büyüme düzeyini artırmaya yönelik uygulanacak girişimlerde psikolojik sağlamlığın göz ardı edilmemesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. WHO, Cancer [Internet]. 2012 [Erişim Tarihi 19.05.2015]. Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.
2. Erdoęan Z, Yavuz DE. Quality of life in caregivers of cancer patients. Archives Medical Review Journal. 2014;23(4):724-734.
3. GLOBOCAN. [Internet]. 2012 [Erişim Tarihi 08 Mayıs 2015]. Erişim Adresi: http://globocan.iarc.fr/old/age-specific_table.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kanseri İstatistikleri [Internet]. 2009 [Erişim Tarihi 19.05.2015]. Erişim adresi: <http://kanseri.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri>.
5. Stein K, Syrjala K, Andrykowski M. Physical and psychological long-term and late effects of cancer. Cancer. 2008;112:2577-2592.
6. Sumalla EC, Ochoa C, Blanco I. Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion? Clinical Psychology Review. 2009;29:24-33.
7. Luszczynska A, Durawa AB, Dudzinska M, Kwiatkowska M, Knysz B, Knoll N. The effects of mortality reminders on posttraumatic growth and finding benefits among patients with life-threatening illness and their caregivers. Psychology & Health. 2012;27(10):1227-1243.
8. Moreno PI, Stanton AL. Personal growth during the experience of advanced cancer a systematic review. The Cancer Journal. 2013;19(5):421-430.
9. Vodermaier A, Linden W, Siu C. Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments. Journal of the National Cancer Institute. 2009;101(21):1464-1488.
10. Salick EC, Auerbach CF. From devastation to integration: adjusting to and growing from medical trauma. Qual Health Res. 2006;16(8):1021-1037.
11. Tedeschi RG, Calhoun LG. Trauma and transformation: growing in the aftermath of suffering. Thousand Oaks: Sage; 1995.
12. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. Psychol Inq. 2004;15:1-18.
13. Tedeschi RG, Calhoun LG. Handbook on posttraumatic growth research and practice. New York: Psychology Press; 2014.
14. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. Psychological Inquiry. 2014;15(1):1-8.
15. Dennis S, Charney MD. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. Am J Psychiatry. 2014;161(2):195-216.

16. Westphal M, Bonanno GA. Posttraumatic growth and resilience to trauma: different sides of the same coin or different coins? *Applied Psychology*. 2007;56:417-27.
17. Calhoun LG, Tedeschi RG. Posttraumatic growth in clinical practice. New York: Routledge; 2013.
18. Connerty TJ, Knott V. Promoting positive change in the face of adversity: experiences of cancer and post-traumatic growth. *Cancer Care*. 2013;22(3):334-344.
19. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*. 2001;20(3):176-185.
20. Coyne JC, Tennen H. Positive psychology in cancer care: bad science, exaggerated claims, and unproven medicine. *Annals of Behavioral Medicine*. 2010;39(1):16-26.
21. Benish-Weisman M, Wu LM, Weinberger-Litman SL, Redd WH, Duhamel KN, Rini C et al. Healing stories: narrative characteristics in cancer survivorship narratives and psychological health among hematopoietic stem cell transplant survivors. *Palliative and Supportive Care*. 2013;12(4):261-267.
22. Morris BA, Shakespeare-Finch J, Scott JL. Posttraumatic growth after cancer: the importance of health-related benefits and newfound compassion for others. *Support Care Cancer*. 2012;20:749-756.
23. Mols F, Vingerhoets AJJM, Coebergh JW, van de Poll-Franse LV. Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *Eur J Cancer*. 2005;41:2613-2619.
24. Stanton AL. Positive consequences of the experience of cancer: Perception of growth and meaning. Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB et al. editors. *Psycho-Oncology Second Edition*. New York: Oxford University Press; 2010.
25. Zebrack BJ, Stuber ML, Meeske KA, Phipps S, Krull KR, Liu Q et al. Perceived positive impact of cancer among long-term survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. *Psychooncology*. 2012;21:630-639.
26. Pulchalski CM. Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of Oncology*. 2012;23(3):49-55.
27. Büyükaşık-Çolak C, Gündoğdu-Aktürk E, Bozo O. Mediating role of coping in the dispositional optimism – posttraumatic growth relation in breast cancer patients. *J Psychol*. 2012;146:471-483.
28. Carver CS, Smith RG, Petronis VM, Antoni MH. Quality of life among long-term survivors of breast cancer: Different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psychooncology*. 2006;15:749-758.

29. Cordova MJ, Andrykowski MA. Responses cancer diagnosis and treatment: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 2003;8:286-296.
30. Gianinazzi ME, Rueegg CS, Vetsch J, Luer S, Kuehni CE, Michel G. Cancer's positive flip side: posttraumatic growth after childhood cancer. *Support Care Cancer*. 2015;24(1):195-203.
31. Gunst DCM, Kaatsch P, Goldbeck L. Seeing the good in the bad: which factors are associated with posttraumatic growth in long-term survivors of adolescent cancer? *Support Care Cancer*. 2016; 4(11):4607-4615.
32. Jim HS, Jacobsen PB. Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: a review. *The Cancer Journal*. 2008;14:414-419.
33. McAllister M, Mckinnon J. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature. *Nurse Education Today*. 2009;29:371-379.
34. Wagner EH, Ludman EJ, Bowles EJA, Penfold R, Reia R J, Rutter CM et al. Nurse navigators in early cancer care: a randomized, controlled trial. *Clinical Oncology*. 2014;32(1):12-18.
35. Docherty S, Robb SL, Phillips-Salimi C, Cherven B, Stegenga K, Hendricks-Ferguson V et al. Parental perspectives on a behavioral health music intervention for adolescent/young adult resilience during cancer treatment: report from the children's oncology group. *Journal of Adolescent Health*. 2013;52(2):170-178.
36. Min JA, Yoon S, Lee CU, Chae JH, Lee C, Song KY et al. Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2013;21(9):2469-2476.
37. Tegner I, Fox J, Phillipp R, Thorne P. Evaluating the use of poetry to improve well-being and emotional resilience in cancer patients. *Journal of Poetry Therapy*. 2009; 3:121-131.
38. Wenzel LB, Donnelly JP, Fowler JM, Habbal R, Taylor HT, Aziz N et al. Resilience, reflection, and residual stress in ovarian cancer survivorship: A gynecologic oncology group study. *Psychooncology*. 2002;11(2):142-153.
39. Garland SN, Carlson LE, Cook S, Landsdell L, Specia M. A non-randomized comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating post-traumatic growth and spirituality in cancer outpatients. *Supportive Care in Cancer*. 2007;15:949-961.
40. Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychol*. 2003;22:487-497.

41. Ho SMY, Chan, CLW, Ho RTH. Posttraumatic growth in chinese cancer survivors. *Psychooncology*, 2004;13(6):377-389.
42. Schmidt SD, Blank TO, Bellizzi KM, Park CL. The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of Health Psychology*. 2012;17(7):1033-1040.
43. Schroevers MJ, Helgeson VS, Sanderman R, Ranchor AV. Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psychooncology*. 2010;19(1):46-53.
44. Faan JR, Ell K, Sharpe M. Integrating psychosocial care into cancer services. *Journal of Clinical Oncology*. 2012;30(11):1178-1186.
45. Hoffman K, McCarthy E, Recklitis C, Ng A. Psychological distress in long-term survivors of adult-onset cancer results from a national survey. *Arch Intern Med*. 2009;14:1274-1281.
46. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology*. 2011;12:160-74.
47. Montgomery M, McCrone SH. Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;66(11):2372-2390.
48. Anderson BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive. *Journal of Clinical Oncology*. 2014;32(15):1605-1619.
49. Antoni MH. Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2013;30:88-98.
50. Constanzo ES, Ryff CD, Singer BH. Psychosocial adjustment among cancer survivors: Findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychology*, 2009;28(2):147-156.
51. Jones P, Blunda M, Biegel G, Carlson LE, Biel M, Wiener L. Can mindfulness-based interventions help adolescents with cancer? *Psychooncology*. 2013;22:2148-2151.
52. Kwak M, Zebrack B, Meeske KA, Embry L, Aguilar C, Block R et al. Prevalence and predictors of post-traumatic stres symptoms in adolescent and young adult cancer survivors: a 1-year follow-up study. *Psychooncology*. 2013;22:1798-1806.
53. Lebel S, Rosberger Z, Edgar L, Devins GM. Comparison of four common stressors across the breast cancer trajectory. *Journal of Psychosomatic Research*, 2007;63(3):225-232.

54. Casla S, Hojman P, Marquez-Rodas I, Lopez-Tarruella S, Jerez Y, Barakat R et al. Running away from side effects: physical exercise as a complementary intervention for breast cancer patients. *Clinical and Translational Oncology*. 2014;17(3):180-196.
55. McCarroll ML, Armbruster S, Frasure HE, Gothard MD, Gil KM, Kavanagh MB et al. Self-efficacy, quality of life, and weight loss in overweight/obese endometrial cancer survivors (SUCCEED): a randomized controlled trial. *Gynecologic Oncology*. 2014;132:397-402.
56. Öz F, Demiralp M. Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin. Ankara: Akademisyen Kitapevi;2014.
57. Rosenberg AR, Yi-Frazier JP, Wharton C, Gordon K, Jones B. Contributors and inhibitors of resilience among adolescents and young adults with cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*. 2014;3(4):185-193.
58. Savard J, Ivers H, Savard MH, Morin CM. Cancer treatments and their side effects are associated with aggravation of insomnia: Results of a longitudinal study. *Cancer*. 2015;121(10):1703-1711.
59. Maddams J, Brewster D, Gavin A, Steward J, Elliott J, Utley M et al. Cancer prevalence in the United Kingdom: estimates for 2008. *British Journal of Cancer*. 2009;101:541-547.
60. Jarrett N, Scott I, Addington-Hall J, Amir Z, Brearley S, Hodges L et al. Informing future research priorities into the psychological and social problems faced by cancer survivors: A rapid review and synthesis of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013;17:510-520.
61. Koch L, Jansen L, Brenner H. Fear of recurrence and disease progression in long term (≥ 5 years) cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Psychooncology*. 2013;22:1-11.
62. Simard S, Thewes B, Humphris G, Dixon M, Hayden C, Mireskandari S et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*. 2013;7(3):300-322.
63. Ghazali N, Cadwallader E, Lowe D, Humphris G, Ozakinci G, Rogers SN. Fear of recurrence among head and neck cancer survivors: longitudinal trends. *Psychooncology*. 2013;22:807-813.
64. Thewes B, Butow P, Zachariae R, Christensen S, Simard S, Gotay C. Fear of cancer recurrence: a systematic literature review of self-report measures. *Psychooncology*. 2012;21:571-587.
65. Feuerstein M. Defining cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship*. 2007;1:5-7.
66. Feuerstein M. Optimizing cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship*. 2007;1:1-4.

67. Haase JE, Kintner EK, Monahan OP, Robb SL. The Resilience in Illness Model (RIM) Part 1: exploratory evaluation in adolescents and young adults with cancer. *Cancer Nursing*. 2014;37(3):1-12.
68. Hjemdal O (2007) Measuring protective factors: the development of two resilience scales in Norway. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 16:303-321. 66.
69. Bonanno GA. Loss, trauma and human resilience. *Am Psychol*. 2004;59:20-28.
70. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*. 2005;330:702.
71. Korfage IJ, Essink-Bot ML, Janssens AC, Schröder FH, de Koning HJ. Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow-up. *Br J Cancer*. 2006;94:1093-98.
72. Foster C, Wright D, Hill H, Hopkinson J, Roffe L. Psychosocial implications of living 5 years or more following a cancer diagnosis: a systematic review of the research evidence. *Eur J Cancer Care*. 2009;18:223-47.
73. Gill KM, Mishel M, Belyea M, Germino B, Germino LS, Porter L et al. Triggers of uncertainty about recurrence and long-term treatment side effects in older African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*. 2004;31:633-39.
74. Öz F. Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(1):61-68.
75. Armes J, Crowe M, Colbourne L, Morgan H, Murrells T, Oakley C et al. Patients' supportive care needs beyond the end of cancer treatment: a prospective, longitudinal survey. *J Clin Oncol*. 2009;27(36):6172-9.
76. Berger AM, Gerber LH, Mayer DK. Cancer-related fatigue implications for breast cancer survivors. *Cancer*. 2012;118(8):2261-2269.
77. Hodges LJ, Humphris GM. Fear of recurrence and psychological distress in head and neck cancer patients and their carers. *Psychooncology*. 2009;18(8):841-8.
78. Simard S, Savard J, Ivers H. Fear of cancer recurrence: specific profiles and nature of intrusive thoughts. *J Cancer Surviv*. 2010;4(4):361-71.
79. Öz F, Dil S, İnci F, Kamlı S. Evaluation of group counseling for women with breast cancer in Turkey. *Cancer Nursing*. 2012;35(4):27-34.
80. Öz F. Kanserde Psikososyal Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics*. 2015;1(2):46-52.
81. Bloom JR, Petersen DM, Kang SH. Multidimensional quality of life among long-term (5 years) adult cancer survivors. *Psychooncology*. 2007;16:691-706.

82. Bower JE. Behavioral symptoms in patients with breast cancer and survivors. *J Clin Oncol*. 2008;26:768-777.
83. Carpender KM, Fowler JM, Maxwell GL, Andersen BL. Direct and buffering effects of social support among gynecologic cancer survivors. *Ann. Behav. Med*. 2010;39:79-90.
84. Lynch BM, Steginga SK, Hawkes AL, Pakenham KI, Dunn J. Describing and predicting psychological distress after colorectal cancer. *Cancer*. 2008;112:1363-1370.
85. Jenkins J. Survivorship: finding a new balance. *Seminars in Oncology Nursing*. 2006;22:117-125.
86. Helgeson VS, Snyder P, Seltman H. Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychol*. 2004;23:3-15.
87. Friedman LC, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Romero C, Husain I et al. Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psychooncology*. 2006;15:595-603.
88. Knopf MT Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*. 2007;23(1):71-83.
89. Lermann R, Jarski R, Rea H, Gellish R, Vicini F. Improving symptoms and quality of life of female cancer survivors: a randomized controlled study. *Ann Surg Oncol*. 2012;19:373-378.
90. Russell L, Gough K, Drosowsky A, Schofield P, Aranda S, Butow PN et al. Psychological distress, quality of life, symptoms and unmet needs of colorectal cancer survivors near the end of treatment. *Journal of Cancer Survivorship*. 2015;9:462-470.
91. Wagnild G, Collins J. Assessing resilience. *Journal of Psychosocial Nursing*. 2009;47:29-33.
92. Wu G, Feder A, Cohen H, Kim J, Calderon S, Charney D et al. Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2013;7:1-15.
93. Luthar SS, Lyman EL, Crossman EJ. Hand book of developmental psychopathology. Lewis M, Rudolph KD. Editors. New York: Springer Science+Business Media; 2014.
94. Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD. Resilience to loss and potential trauma. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011;7:511-535.
95. Bonanno GA, Kennedy P, Galatzer-Levy IR, Lude P, Elfstrom ML. Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury. *Rehabil Psychol*. 2012;57(3):236-247.

96. Gizir CA. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerinde bir derleme çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2007;3(28):113-128.
97. Forsythe LP, Alfano CM, Kent EE, Weaver KE, Belizzi K, Arora N et al. Social support, self-efficacy for decision-making, and follow-up care use in long-term cancer survivors. *Psychooncology*. 2014;23:788-796.
98. Liu Y, Wang Z, Zhou C, Li T. Affect and self-esteem as mediators between trait resilience and psychological adjustment. *Personality and Individual Differences*. 2014;66:92-97.
99. Masten AS, Gewirtz AH, Sapienza JK. Resilience in development: the importance of early childhood. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. 2013;1-5.
100. Schroevers MJ, Ranchor AV, Sanderma R. The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Social Science & Medicine*. 2003;57(2):375-385.
101. Bahadır-Yılmaz E, Öz F. The resilience levels of first-year medical, dentistry, pharmacy and health sciences students. *International Journal of Caring Sciences*, 2015;8(2):385-392.
102. Gu Q, Day C. Teachers' resilience: a necessary condition for effectiveness. *Teaching and Teacher Education*. 2007;23(8):1302-1316.
103. Öz F, Bahadır-Yılmaz E. Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2009;82-89.
104. Markovitz SE, Schrooten W, Arntz A, Peters ML. Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psychooncology*. 2015;24:1639-1645.
105. Wilson B, Morris BA, Chambers SA. structural equation model of posttraumatic growth after prostate cancer. *Psychooncology*. 2014;23:1212-1219.
106. Horney DJ, Smith HE, McGurk M, Pessin H, Rosenfeld B, Breitbart W. Associations between quality of life, coping styles, optimism, and anxiety and depression in pretreatment patients with head and neck cancer. *Head Neck*. 2011;33(1):65-71.
107. Schofield PE, Stockler MR, Zannino D, Tebbutt NC, Price TJ, Simes RJ et al. Hope, optimism and survival in a randomised trial of chemotherapy for metastatic colorectal cancer. *Support Care Cancer*. 2015;24(1):401-8.
108. Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;65:467-487.

109. Smith GC. From consultation–liaison psychiatry to integrated care for multiple and complex needs. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*. 2009;43(1):1-12.
110. Youssef CM, Luthans F. Positive organizational behavior in the workplace. The impact of hope, optimism, and resilience. *Journal of Management*. 2007;33(5):774-800.
111. Wright LJ, Zautra AJ, Going S. Adaptation to early knee osteoarthritis: The role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning. *Annals of Behavioral Medicine*. 2008;36:70-80.
112. Yi JP, Vitaliano PP, Smith RE, Yi JC, Weinger K. The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology*. 2008;13:311-325.
113. Brix C, Schleussner C, Fuller J, Roehrig B, Wendt TG, Strauss B. The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radio-oncological treatment of cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. 2008;65:541-548.
114. Kralik D, van Loon A, Visentin K. Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research*. 2006;14:187-201.
115. Park CL. B.I. Carr and J. Steel (eds.), *Psychological aspects of cancer*. Chapter 7 Positive psychology perspectives across the cancer continuum: meaning, spirituality, and growth. Springer Science+Business Media, LLC; 2013.
116. Rosenberg SM, Tamimi RM, Gelber S, Ruddy KJ, Kereakoglow S, Borges VF et al. Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer. *Psychooncology*. 2013;22(8):1849-1855.
117. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Panagiotou I, Theodorakis PN, Galanos A et al. Self-Efficacy and its relationship to posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth in cancer patients. *Journal of Loss and Trauma*. 2015;20:160-170.
118. Vázquez C, Hervás G, Ho SMY. Intervenciones clínicas basadas en la Psicología Positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*. 2007;13:401-432.
119. Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology: a critical review and introduction of a two component model. *Clin Psychol Rev*. 2006;26:626-653.
120. Taku K, Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG. The factor structure of the posttraumatic growth inventory: a comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*. 2008;21:158-164.
121. Stanton AL, Bower JE, Low CA. Posttraumatic growth after cancer. Calhoun LG, Tedeschi RG editors. *Handbook of Posttraumatic Growth: Research & Practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2006.

- 122.Andrykowski M, Steffens RF, Bush HM, Tucker TC. Posttraumatic growth and benefit-finding in lung cancer survivors: the benefit of rural residence? *Journal of Health Psychology*. 2015;1-10.
- 123.Henry M, Cohen SR, Lee V, Sauthier P, Provencher D, Drouin P et al. The meaning-making intervention (MMi) appears to increase meaning in life in advanced ovarian cancer: a randomized controlled pilot study. *Psychooncology*. 2010;19:1340-1347.
- 124.Moore AM, Gamblin TC, Geller DA, Youssef MN, Hoffman KE, Gemmell L et al. A prospective study of posttraumatic growth as assessed by self-report and family caregiver in the context of advanced cancer. *Psychooncology*. 2011;20:479-487.
- 125.Stewart DE, Yuen T. A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*. 2011;5:199-209.
- 126.Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006;74:797-816.
- 127.Roesch SC, Adams L, Hines A, Palmores A, Vyas P, Tran C et al. Coping with prostate cancer: a meta-analytic review. *J Behav Med*. 2005;28(3):281-293.
- 128.Burg MA, Adorno G, Lopez EDS, Loerzel V, Stein K, Wallace C et al. Current unmet needs of cancer survivors: analysis of open-ended responses to the american cancer society study of cancer survivors II. *Cancer*. 2015;121(4):623-630.
- 129.Charalambousa A, Papadopoulosb R, Beadsmoore A. Listening to the voices of patients with cancer, their advocates and their nurses: A hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care. *European Journal of Oncology Nursing*. 2008;12:436-442.
- 130.Haukne MA, Larsen TMB, Holsen I. Young adult cancer survivors' experiences of reentering everyday life after cancer treatment. *Cancer Nursing*. 2013;36(5):17-26.
- 131.Hodgkinson K, Butow P, Hunt GE, Wyse R, Hobbs KM, Wain G. Life after cancer: couples' and partners' psychological adjustment and supportive care needs. *Support Care Cancer*. 2007;15(4):405-415.
- 132.Kavradım ST, Özer ZC. Hope in patients with cancer. *Current Approaches in Psychiatry*. 2014;6(2):154-164.
- 133.Jacobsen PB, Holland JC, Steensma DP. Caring for the whole patient: the science of psychosocial care. *Journal of Clinical Oncology*. 2012;30(11):1151-1153.
- 134.Jacobsen PB, Wagner L. A New Quality Standard: The integration of psychosocial care into routine cancer care. *Journal of Clinical Oncology*. 2012;30(11):1154-1159.

135. Van der Spek N, Vos J, Van Uden-Kraan CF, Breitbart W, Tollenaar RAEM, Cuijpers P et al. Meaning Making in Cancer Survivors: A Focus Group Study. *PloS One*, 2013;8(9):76-89.
136. Cohrs JC, Christie DT, White MP, Das C. Contributions of positive psychology to peace toward global well-being and resilience. *American Psychologist*. 2013;68(7):590-600.
137. Loscalzo M, Clark KL, Holland J. Successful strategies for implementing biopsychosocial screening. *Psychooncology*. 2011;20:455-462.
138. Mitchell AJ, Vahabzadeh A, Magruder K. Screening for distress and depression in cancer settings: 10 Lessons from 40 years of primary-care research. *Psychooncology*. 2011;20:572-584.
139. Van Scheppingen C, Schroevers MJ, Smink A, van der Linden YM, Mul VE, Langendijk JA et al. Does screening for distress efficiently uncover meetable unmet needs in cancer patients? *Psychooncology*. 2011;20:655-663.
140. Stanton AL. What happens now? Psychosocial care for cancer survivors after medical treatment completion. *Journal of Clinical Oncology*, 2012;30(11):1215-1220.
141. Corey G. Theory & practice of group counselling. Eight Edition. USA: Brooks/Cole Cengage Learning; 2008.
142. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. 8th Edition. USA: Thomson Brook/Cole; 2009.
143. Corey, G. Theory and practice of group counseling. 9th Edition. USA: Cengage Learning; 2014.
144. Corey MS, Corey G. Groups process and practice. Seventh Edition. USA: Thomson Brooks/Cole; 2006.
145. Kağnıcı Y, Koydemir S, Çakır SG, Gizir CA, Tuna ME. Grupla Psikolojik Danışma. Demir A, Koydemir S. editörler. 3. Baskı. Ankara: PEGEM Akademi Yayıncılık; 2013.
146. Yalom I, Zebrack B, Isaacson S. Psychosocial care of adolescent and young adult patients with cancer and survivors. *Journal of Clinical Oncology*. 2012;30(11):1221-1226.
147. Yalom ID, Leszcz M. Theory and Practice of Group Psychotherapy. Fifth edition. New York: Basic Books; 2005.
148. Naumann F, Munro A, Martin E, Magrani P, Buchan J, Smith C et al. An individual-based versus group-based exercise and counselling intervention for improving quality of life in breast cancer survivors. A feasibility and efficacy study. *Psychooncology*. 2012;21:1136-1139.

149. Morey MC, Blair CK, Sloane R, Cohen HJ, Snyder DC, Demark-Wahnefried W. Group trajectory analysis helps to identify older cancer survivors who benefit from distance-based lifestyle interventions. *Cancer*. 2015;121(24):4433-4440.
150. Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*. 2007;58:565-92.
151. Meraviglia M, Stuifbergen A, Parsons D, Morgan S. Health Promotion for cancer survivors adaptation and implementation of an intervention. *Holist Nurs Pract*, 2013;27(3):140-147.
152. Pudrovskaya T. What makes you stronger: age and cohort differences in personal growth after cancer. *Journal of Health and Social Behavior*. 2010;51(3):260-273.
153. Coughlin SS. Surviving cancer or other serious illness: a review of individual and community resources. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*. 2008;58:60-64.
154. Brearley SG, Stamataki Z, Addington-Hall J, Foster C, Hodges L, Jarrett N et al. The physical and practical problems experienced by cancer survivors: A rapid review and synthesis of the literature. *EJON*. 2011;15(3):204-211.
155. Aspinwall LG, Tedeschi RG. The value of positive psychology for health psychology: progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of Behavioral Medicine*. 2010;39:4-15.
156. Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *J Clin Psychol*. 2009;65:467-487.
157. Cerezo MV, Ortiz-Tallo M, Cardenal V, De La Torre-Luque A. Positive psychology group intervention for breast cancer patients: a randomised trial. *Psychological Reports*. 2014;115:44-64.
158. Hudson SV, Miller SM, Hemler J, Ferrante JM, Lyle J, Oeffinger KC et al. Adult cancer survivors discuss follow-up in primary care: 'not what i want, but maybe what i need'. *Annals of Family Medicine*. 2012;10(5):418-427.
159. Howell D, Hack TF, Oliver TK, Chulak T, Mayo S, Aubin M et al. Models of care for post-treatment follow-up of adult cancer survivors: a systematic review and quality appraisal of the evidence. *Journal of Cancer Survivorship*, 2012;6(4):359-371.
160. Sankaranarayanan R, Ferlay J. Worldwide burden of gynaecological cancer: the size of the problem. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006;20:207-225.
161. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005;9(1):49-54.
162. Uitterhoeve RJ, Bensing JM, Grol RP, Demulder PHM, Van Achterberg T. The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a

- systematic review of the literature. *European Journal of Cancer Care*, 2010;19:442-457.
- 163.Saares P, Suominen T. Experiences and resources of breast cancer patients in short-stay surgery. *European Journal of Cancer Care*. 2005;14:43-52.
 - 164.Sharrock J, Happell B. The psychiatric consultation-liaison nurse: towards articulating a model for practice. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*. 2000;9:19-2.
 - 165.Remmers H, Holtgraewe M, Pinker C. Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2010;14:11-16.
 - 166.Hersch J, Juraskova I, Price M, Mullan B. Psychosocial intervention and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review. *Psychooncology*. 2009;18:795-810.
 - 167.Koneko M, Yamauhi N, Igita H, Kowano Y. Requirements with regard to nursing consultation by mental health consultation liaison nurses and suggestions for their intervention. *Journal of Nursing & Care*. 2013;5:1-3.
 - 168.Sharrock J, Happell B. The psychiatric consultation-liaison nurse: thriving in a general hospital setting. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2002;11(1):24-33.
 - 169.Smith TW, Ruiz JM, Cundiff JM, Baron KG, Nealey-Moore JB. Optimism and pessimism in social context: An interpersonal perspective on resilience and risk. *Journal of Research in Personality*. 2013;47:553-562.
 - 170.Valdes-Stauber J, Vietz E, Kilian R. The impact of clinical conditions and social factors on the psychological distress of cancer patients: an explorative study at a consultation and liaison service in a rural general hospital. *BMC Psychiatry*. 2013;13:226.
 - 171.Sharrock J, Grigg M, Happell B, Keeble-Devlin B, Jennings S. The mental health nurse: a valuable addition to the consultation-liaison team. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2006;15:35-43.
 - 172.Wood S, Bisson JJ. Experience of incorporating a mental health service into patient care after operations for cancers of the head and neck. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2004;42(2):149-54.
 - 173.Fukui S, Ogawa K, Ohtsuka M, Fukui N. Effect of communication skills training on nurses' detection of patients' distress and related factors after cancer diagnosis: a randomized study. *Psychooncology*. 2009;18:1156-1164.
 - 174.Salz T, Oeffinger KC, McCabe MS, Layne TM, Bach PB. Survivorship care plans in research and practice. *CA Cancer Journal For Clinicians*. 2012;62(2):101-117.

- 175.İnci F, ÖZ F. Effects of death education on nurses' death anxiety, depression regarding death, and attitudes towards the dying patient. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2009;10:253-260.
- 176.İnci F, Öz F. Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012;4(2):178-187.
- 177.Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd Edition. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum; 1988.
- 178.Danhauer SC, Russell GB, Tedeschi RG, Jesse MT, Vishnevsky T, Daley K et al. A longitudinal investigation of posttraumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute leukemia. *J Clin Psychol Med Settings*. 2013;20(1):13-24.
- 179.Northouse LL, Mood DW, Schafenacker A, Kalemkerian G, Zelupski M, LoRusso P et al. Randomized clinical trial of a brief and extensive dyadic intervention for advanced cancer patients and their family caregivers. *Psychooncology*. 2013;22:555-563.
- 180.Payne A, Liebling-Kalifani H, Joseph S. Client-centred group therapy for survivors of interpersonal trauma: a pilot investigation. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2007;7(2):100-105.
- 181.Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996;9(3):455-71.
- 182.Kağan M, Güleç M, Boysan M, Çavuş H. Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nin Türkçe Versiyonunun Normal Toplumda Hiyerarşik Faktör Yapısı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012;11(5):617-624.
- 183.Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge J, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2003;12(2):65-77.
- 184.Basım HN, Çetin F. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(2):104-114.
- 185.Altunay, D. Psikodrama 400 Isınma Oyunu. 2. Baskı. İstanbul: Epsilon Yayınları; 2015.
- 186.Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. 24. Baskı. Ankara: Remzi Kitabevi; 2015.
- 187.Erkan S, Kaya A. Deneysel Olarak Sınanmış Grupla Psikolojik Danışma ve Rehberlik Programları. 3. Baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2012.
- 188.Güçray S, Kaya A, Saçkes M. Yaşam Becerileri Ergenler İçin Grupla Psikolojik Danışma Uygulamaları. 2. Baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2013.
- 189.Hiçdurmaz D, Öz F. Benliğin Bilişsel Yaklaşımla Güçlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2011;68-78.

- 190.Öz F, Hiçdurmaz D. Stresle Başetmede Önemli Bir Yol: Mizahın Kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010;13(1):83-88.
- 191.Özcan, A. (1996). Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. Saray Tıp Kitapevleri, İzmir.
- 192.Voltan-Acar N. Grupla Psikolojik Danışmada Alıştırmalar-Deneyler. 6. Basım. Ankara: Nobel akademi ve Yayıncılık; 2013.
- 193.Tomich PL, Helgenson VS, Nowak Vache EJ. Perceived growth and decline following breast cancer: A comparison to age-matched controls 5-years later. *Psychooncology*. 2005;14:1018-1029.
- 194.Reif K, de Vries U, Petermann F, Görres S. A patient education program is effective in reducing cancer-related fatigue: A multi-centre randomised two-group waiting-list controlled intervention trial. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013;17(2):204-213.
- 195.Wu SM, Brothers, BM, Farrar W, Andersen BL. Individual counseling is the preferred treatment for depression in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2014;32:637-646.
- 196.Sekse RJT, Blaaka G, Buestad I, Tengesdal E, Paulsen A, Vika M. Education and counselling group intervention for women treated for gynaecological cancer: does it help? *Issue Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013;28(1):112-121.
- 197.Grafton E, Gillespie B, Henderson S. Resilience: the power within. *Oncology Nursing Forum*. 2010;37(6):698-705.
- 198.Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000;71(3):543-562.
- 199.Manning L. Spirituality as a lived experience: exploring the essence of spirituality in later life. *International Journal of Aging and Human Development*. 2012;75:95-113.
- 200.Vahia I, Depp C, Palmer B, Fellows I, Golshan S, Thompson W et al. Correlates of spirituality in older women. *Aging & Mental Health*. 2011;15(1):97-102.
- 201.Wisco BE, Marx BP, Sloan DM, Gorman KR, Kulish AL, Pineles SL. Self-distancing from trauma memories reduces psychological but not subjective emotional reactivity among Veterans with posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Science*. 2015;3(6):956-963.
- 202.Lotfi-Kashani F, Vaziri S, Akbari ME, Kazemi-Zanjani N, Shamkoeyan L. Predicting post traumatic growth based upon self-efficacy and perceived social support in cancer patients. *Iran J Cancer Prev*. 2014;7(3):115–123.

203. McDonough MH, Sabiston CM, Ullrich-French S. The development of social relationships, social support, and posttraumatic growth in a dragon boating team for breast cancer survivors. *J Sport Exerc Psychol*. 2011;33:627-648.
204. Burke SM, Sabiston CM. The meaning of the mountain: exploring breast cancer survivors' lived experiences of subjective well-being during a climb on Mt. Kilimanjaro. *Qual Res Sport Exercise*. 2010;2:1-16.
205. Kleiman EM, Riskind JH. Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation a test of a multiple mediator model. *Crisis*. 2012;34(1):42-49.
206. Resnick B. Resilience in older adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2014;30(3):155-163.
207. Lee V. The existential plight of cancer: meaning making as a concrete approach to the intangible search for meaning. *Support Care Cancer*. 2008;16(7):779-85.
208. Park CL, Edmondson D, Fenster R, Blank TO. Meaning Making and Psychological Adjustment Following Cancer: The Mediating Roles of Growth, Life Meaning, and Restored Just-World Beliefs. *Cons and Clin Psy*. 2008;76:863-875.
209. Hunter-Hernandez M, Costas-Muniz R, Gany F. Missed opportunity: spirituality as a bridge to resilience in latinos with cancer. *Journal of Religion and Health*. 2015;54(6):2367-2375.
210. Lepore SJ, Revenson TA. Resilience & posttraumatic growth: recovery, resistance, & reconfiguration. In *Handbook of Posttraumatic Growth: Research & Practice*. Calhoun LG, Tedeschi RG, Editors. Mahwah, NJ:Lawrence Erlbaum; 2006.

8. EKLER

EK-1: Güçlendirme Programı Oturum İçerikleri

1. Oturum: Tanışma ve Oryantasyon

Amaç: Tanışma ve gruba oryantasyonu sağlanma

Araçlar: Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2)

Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (EK 3)

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (EK 4)

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma, rol-oyun

İşleyiş:

- Grup üyelerzi daire şeklinde oturtulur.
- Öntestler uygulanır.
- Grubun amacı, grup süreci ve içeriği hakkında üyelere bilgi verilir.
- Bireylerin programa ilişkin beklentilerini ifade etmesi sağlanır.
- Grup gün ve saatleri üyelerin beklentileri dikkate alınarak belirlenir.
- Üyeler ile birlikte grubun ilkeleri ve grupta uyulması gereken kurallar belirlenir.
- Üyelerin birbirleri ile tanışması için aşağıda ayrıntıları açıklanan tanışma oyunu oynatılır.

“Önceden şişirilmiş bir balonun danışman tarafından bir üyeye atılacağı ardından karışık bir biçimde üyelerin birbirlerine balonu atacakları açıklanır. Her üyeye bir kez balon gelecek şekilde oyuna devam edilir. Oyun sırasında balonu eline alan üye kendini tanıtıcı bazı bilgileri (isim, soyisim, kanser türü gibi) grupta paylaşacağı bilgisi verilir ve oyuna başlanır.”

- Oturum özetlenir
- Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
- Bir sonraki oturum konusunda kısaca bilgi verilerek oturum sonlandırılır

Oturum için Kullanılan Kaynaklar: Altunay, 2015; Öz, 2001; Öz ve diğ., 2012; Voltan-Acar, 2013.

2. Oturum: Kanser Yaşantısı

Amaç: Kanser yaşantısının bireyler üzerine etkilerini konuşma.

Araçlar: -

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Bir önceki oturumda yapılanlar özetlenir. Soruları olup olmadığı sorulur.
- Oturum gündemi paylaşılır.
- Üyeler, kanser yaşantısının kendilerine etkilerini paylaşımları için desteklenir.
- Gündem doğrultusunda aşağıdaki sorular üyelere yöneltilir ve üyelerin cevapları, duygu ve düşünceleri tartışılır.
 - a) *Hastalığınızı nasıl öğrendiniz?*
 - b) *Hastalığınızı öğrendiğinizde neler yaptınız?*
 - c) *Hastalığınızı öğrendiğinizde nasıl hissettiniz?*
 - d) *Hastalığınızı öğrendiğinizde neler düşündünüz?*
 - e) *Kanser sizin için ne anlam ifade ediyor?*
 - f) *Hastalık süreci ile ilgili sizi en çok etkileyen problem nedir?*
 - g) *Tedaviniz sonrası dönemde kendinizi fiziksel ve duygusal olarak nasıl hissediyorsunuz?*
 - h) *Şu anda (tedavi sonrası dönemde) sizi etkileyen problemler neler?*
 - i) *Hastalığı ilk öğrendiğiniz döneme göre şu anda (tedavi sonrası dönemde) yaşantınızda değişen şeyler var mı? Neler değişti?*
- Oturum özetlenir
- Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
- Bir sonraki oturum konusunda kısaca bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

Oturum için Kullanılan Kaynaklar: Öz, 2001; Öz ve diğ., 2012; Tedeschi ve Calhoun, 2004.

3. Oturum: Düşünce-Duygu-Davranış İlişkisi

Amaç: Düşünce-duygu ve davranışlar arasındaki ilişkiyi fark etme, olumsuz otomatik düşünceleri olumlu olanlarla yer değiştirme.

Araçlar: Düşünce Kayıt Formu (EK 5)

Akılcı olmayan inançları yakalama formu (EK 6)

Akılcı olmayan inancı sorgulama formu (EK 7)

Yazı tahtası

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Bir önceki oturumda yapılanlar özetlenir. Soruları olup olmadığı sorulur.
- Oturum gündemi hatırlatılır.
- Düşünce-duygu-davranış ilişkisine yönelik bilgilendirme yapılır. Bu ilişkinin hastalık süreci ile ilgili duygulara etkileri konusunda örnekler verilir.
Hastalık tanısı aldıklarındaki duygularını ifade etmeleri sonrasında verdikleri tepkileri tanımlamaları istenir. Sonrasında bireyler gösterdikleri duygusal ve davranışsal tepkilerin altında yatan düşüncelere odaklanmaları sağlanarak düşüncelerini fark etmeleri için desteklenir.
- Üyelerin hastalığa bağlı yaşadıkları duygulardan yola çıkarak, duyguların altında yatan düşünceleri birlikte keşfedilir.
- Otomatik düşünceler, bu düşüncelerin bulunması ve işlevsel olanlarla yer değiştirilmesi sonucunda duyguların ve davranışların nasıl değiştiği konularında bilgi verilir.
- Otomatik düşünce bulma işleminin nasıl yapıldığı anlatılır.
- Akılcı olmayan inançları yakalama formu (EK 5) yardımıyla akılcı olmayan inançlarını yakalamaları istenir.

- İfade ettikleri otomatik düşüncelerin duyguları üzerine etkilerini ifade etmeleri istenir.
- Akılcı olmayan inancı sorgulama formu (EK 6) aracılığıyla düşüncelerinin doğruluğunu sorgulamaları istenir.
- Üyelerin olumsuz otomatik düşüncelerinin yerine işlevsel olanlarını belirleyebilmeleri için beyin fırtınası yapılarak tahtaya birlikte bulunan işlevsel alternatif düşünceler yazılır.
- Olumsuz otomatik düşüncelerin daha işlevsel hale gelmesi ile duygularında değişim olup olmadığı sorulur.
- Bir sonraki oturuma kadar geçen sürede olumsuz duygular yaşadıklarında bu duygunun altında yatan düşünceyi bulmaya ve eğer bulabilirlerse alternatif düşünce geliştirmeye çalışmaları istenir. Bu uygulamayı yaparken düşünce kayıt formunu (EK 7) kullanabilecekleri açıklanır. Bir sonraki oturumda bunların tartışılacağı konusunda bilgi verilir.
- Oturum özetlenir.
- Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
- Bir sonraki oturum konusunda kısaca bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

Oturum için Kullanılan Kaynaklar: Erkan ve Kaya, 2012; Güçray ve diğ., 2013; Öz ve Diğ., 2012.

4. Oturum: İletişim ve Kendini İfade Etme

Amaç: Ben dilini kullanma, aktif dinleme, duygu ve düşüncelerini uygun ifade etme, iletişimin hastalık sürecinde çevresi ile etkileşiminde ve destek alabilmesindeki önemini fark etme.

Araçlar:

İletişim biçimlerine (Atılğan olmayan, saldırgan, atılğan iletişim) ilişkin çalışma kağıdı (EK 8)

Doğru iletişim kartı (EK 9)

Tepki ayırt etme testi (EK 10)

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Bir önceki oturumda yapılanlar özetlenir.
- Önceki oturumda verilen otomatik düşünceleri yakalamaya yönelik ev ödevleri hakkında tartışılır. Düşüncelerini farketme konusundaki sürecin nasıl gittiği, etkili olup olmadığı, düşüncelerini farketme konusunda sorun yaşayıp yaşamadıkları sorgulanır. Düşünceleri bulma konusunda saptanan aksaklıklar oldu mu?
- Soruları olup olmadığı sorulur.
- Yeni oturum gündemi hatırlatılır.
- Hayatta yaşananlara ek olarak hastalık sürecinde hastalığa ve ilişkili durumlara verilen anlamlar yüzünden olumsuz duyguların hissedilebildiği ve bunlara bağlı olumsuz davranışlar sergilenebildiği açıklanır. Bu olumsuz davranışların özellikle de yakınlarıyla, tedavi ekibiyle ve çevresiyle iletişime yansıdığı anlatılır. Ardından hastalık öncesi ve sonrası kendi iletişim şeklini değerlendirmesi ve ifade etmesi için desteklenir.
- Hastalığın iletişim sürecine etkilerinin olup olmadığı birlikte değerlendirilir.
- İletişim biçimlerine (Atılgan olmayan, saldırgan, atılgan iletişim) ilişkin çalışma kağıdı (EK 8) ile iletişim örüntülerini tanıma düzeyi birlikte değerlendirilir. Atılgan, saldırgan ve atılgan olmayan iletişim biçimlerinin sonuçları hakkında bilgi verilir.
- Doğru iletişim için öncelikle kendi duygu ve düşüncelerinin farkına varmanın ve kendini uygun ifade etmenin önemi açıklanır. Kendini uygun ifade etmenin atılgan iletişimle mümkün olduğu anlatılır.
- Doğru iletişim kartı (EK 9) kullanılarak atılgan, atılgan olmayan ve saldırgan iletişim örüntüleri hakkında farkındalıkları artırılmaya çalışılır.
- Tepki ayırt etme testi (EK 10) uygulanarak iletişim örüntülerine ilişkin bilgilerin pekiştirilmesi sağlanır.
- Oturum özetlenir

- Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
- Bir sonraki oturuma kadar, hafta içinde öğrendiği iletişim örüntülerinden hangilerini daha sık kullandığına dikkat etmesi istenir.
- Bir sonraki oturum konusunda kısaca bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

Oturum için Kullanılan Kaynaklar: Erkan ve Kaya, 2012; Güçray ve diğ., 2013, Öz, 2001; Öz ve diğ., 2012; Özcan, 1996.

5. Oturum: Atılganlık Becerisi Eğitimi

Amaç: Atılganlık becerilerini geliştirme.

Araçlar: Kişisel haklar çalışma kağıdı (EK 11)

Atılgan iletişim çalışma kağıdı (EK 12)

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Bir önceki oturumda yapılanlar özetlenir. Soruları olup olmadığı sorulur. Önceki oturumdan bu yana kendi iletişim örüntülerine ilişkin farkındalıklarında artma olup olmadığı sorgulanır.
- Oturum gündemi hatırlatılır.
- Kendi hak ve gereksinimlerini ifade etmenin ve başkalarının hak ve gereksinimlerine saygı göstererek kendini anlatmanın atılgan iletişimle mümkün olduğu, atılgan iletişim kurmanın hastalık sürecinde yaşadığı iletişim sorunlarını büyük ölçüde azaltacağı ve kendini daha iyi ifade etmesini sağlayacağı açıklanır.
- Kişisel haklar çalışma kağıdı (EK 11) kullanılarak, üyelerin iletişimi etkileyen haklarının farkına varması sağlanır. Hakların atılgan şekilde ifade edilmesinin önemli olduğu üzerinde durulur.
- Üyelere atılgan iletişim için ilk adım olan “ben dili” kavramı (EK 12) açıklanır. Birlikte “ben dili” ile kendini ifade etme çalışmaları yapılır.

- Ardından “ben dili”ni tamamlayıcı öğelerden biri olan “uygun istekte bulunma” (EK 12) anlatılır. Üyelerle birlikte “uygun istekte bulunma” çalışmaları yapılır.
- Son olarak “hayır deme” becerisinin atılgan iletişim kurmadaki önemi açıklanır. Hayır deme becerisi (EK 12) anlatılır ve üyelerle “hayır deme” çalışmaları yapılır.
- Oturum özetlenir
- Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
- Bir sonraki oturuma kadar kendilerini atılgan olarak ifade etmeye çalışmaları, bu durumları ve sonuçlarını not etmeleri istenir.
- Bir sonraki oturum konusunda kısaca bilgi verilerek oturum sonlandırılır

Oturum için Kullanılan Kaynaklar: Erkan ve Kaya, 2012; Güçray ve diğ., 2013, Kağnıcı ve diğ., 2013; Özcan, 1996.

6. Oturum: Benlik Algısı ve Roller

Amaç: Hastalık sürecinde kendi benlik algısındaki ve rollerindeki değişimleri değerlendirme, benliğine ve rollerine ilişkin olumlu ve olumsuz yönleri fark etme ve ifade etme, olumsuz yönleri olumlu yönler ile değiştirme.

Araçlar: Olumlu ve olumsuz özelliklerim çalışma kağıdı (EK 13)

Roller anketi (EK 14)

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Bir önceki oturumda yapılanlar özetlenir. Soruları olup olmadığı sorulur. Önceki oturumdan bu yana atılgan davranış gösterdikleri birer örneği anlatmaları istenir. Atılgan davranmaya ilişkin soruları/ sıkıntıları olup olmadığı tartışılır. Atılgan davranmayı engelleyen durumlar oldu mu? Ona göre yeniden yaz.
- Yeni oturum gündemi hatırlatılır.

- Üyelere şu açıklama yapılır: *“Kronik hastalık süreci fiziksel-ruhsal-sosyal yönlerimizi, rollerimizi, diğerleri ile ilişkilerimizi, kendimize ilişkin algılarımızı etkileyerek benliğimiz üzerinde çeşitli değişimlere yol açabilir. Bu değişimler kendimiz nasıl bir birey olarak gördüğümüzü, kendimizi nasıl bir birey olarak gördüğümüz ise yaşamı verdiğimiz anlamı etkiler. Benliğimize ilişkin değerlendirmelerimiz çoğunlukla olumsuz ise yaşamımıza verdiğimiz anlam da olumsuz olarak etkilenecektir. Bu nedenle benliğimizin olumlu yönlerine odaklanmamız ve olumsuz yönlerimizi olumlu olanlarla değiştirmeye çalışmamız bizi güçlendirecektir. Dolayısıyla güçlenebilmek için ilk adım benliğimizdeki değişimlerin farkına varmaktır”*
- Üyelerin Olumlu ve Olumsuz Özelliklerim Çalışma Kağıdı (EK 13) aracılığıyla kendileri ile ilgili olumlu ve olumsuz benlik özellikleri belirlenmeye çalışılır. Ayrıca, Roller anketi (EK 14) yardımıyla birey, evlat, ebeveyn, arkadaş rolleri ve fiziksel özelliklerini değerlendirme şekilleri belirlenir.
- Hastalık sürecinin ifade edilen olumlu ve olumsuz benlik özelliklerine ve rollerine etkisini paylaşımları için desteklenir.
- Üyelerin olumsuz bulduğu özelliklerini ve olumsuz yönde değişen rollerini olumlu olarak nasıl değiştirebileceği konusunda düşünceleri ve bunları not almaları istenir. Ardından bireylerin bu özellik ve rollerini nasıl değiştirebileceği tartışılır.
- Oturum özetlenir
- Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
- Bir sonraki oturuma kadar benlik özellikleri ve rollerinde olumlu değişim yaratmak için belirledikleri adımları gerçekleştirmeye çalışmaları istenir. Ayrıca, kendilerindeki olumlu yöndeki değişimleri izlemeleri ve not almaları istenir.
- Bir sonraki oturum konusunda kısaca bilgi verilerek oturum sonlandırılır

Oturum için Kullanılan Kaynaklar: Erkan ve Kaya, 2012; Güçray ve diğ., 2013, Hiçdurmaz ve Öz, 2011; Kağnıcı ve diğ., 2013; Özcan, 1996.

7. Oturum: Başetme

Amaç: Stres tepki ve kaynaklarını fark etme, etkili başetme bacerilerini kazanma.

Araçlar: Etkili ve etkili olmayan başetme yöntemleri bilgilendirme kağıdı (EK 15)

Hafif, sakinleştirici bir müzik

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Bir önceki oturumda yapılanlar özetlenir. Soruları olup olmadığı sorulur.
- Bir önceki oturumda belirlemeleri istenen benlik özellikleri ve rollerindeki olumlu yöndeki değişimlere ilişkin notları tartışılır. Hafta boyunca konu hakkında yeni farkındalıkları olmuşsa, bunları da dile getirmeleri için desteklenir. Soru ya da soruları olup olmadığı sorulur ve bunlar ele alınır.
- Yeni oturum gündemi hatırlatılır.
- Stres, stresin fiziksel ve psikolojik sağlık üzerine etkileri konusunda şu bilgi verilir: *“Hastalık süreci bireyin fiziksel sağlığını ve kapasitesini, ailesi, sosyal yaşamı, iş hayatı ile ilgili rollerini ve kendini algılama biçimini etkilemesi nedeniyle bir stres kaynağı olabilmektedir. Ayrıca günlük yaşamda hastalıktan önce süregelenekte olan sorunların olması, bu sorunların üzerine hastalık ve hastalık ile ilgili güçlüklerin de eklenmesiyle durumu daha da zorlaştırabilmektedir. Örneğin yeni bebeği olmuş bir kadının bunun üzerine kanser tanısı alması çok zorlayıcı bir deneyim olabilmektedir. Yüksek düzeyde stres yaşamamız; kanser hastalığı ile ilgili süreci etkili biçimde yönetmenizi güçleştirebilir, fiziksel-ruhsal-sosyal özelliklerinizi olumsuz yönde etkileyebilir. Oysa bu süreçten etkili başetme yöntemlerinin kullanımı ile güçlenerek çıkmak mümkündür. Stresle etkili biçimde başedebilmek için ilk adım sizde strese yol açan faktörlerin, stres belirtilerinizin ve bunlarla başetme biçimlerinizin farkına varmaktır. Bu farkındalık sizin güçlüklerinizle başa çıkmanızda yol haritanızı oluşturacaktır.”*

- Ardından üyelerin stres kaynaklarını, stres tepkilerini ve başatme örüntülerini belirleyebilmek için aşağıdaki sorular yöneltilir ve her birine ilişkin cevaplarını not etmeleri istenir.
 - a) *Şu anda yaşamınızda stres yaşamınıza neden olan şeyler nelerdir?*
 - b) *Stres yaşadığınızda bedensel-ruhsal ve sosyal olarak nasıl tepkiler veriyorsunuz?*
 - c) *Stres yaşadığınızda başatmek için neler yapıyorsunuz?*
 - d) *Stres karşısında genellikle sergilediğiniz başa çıkma davranışları insanlarla ilişkilerinizi nasıl etkiliyor?*
 - e) *Bu davranışlarınız sağlığını nasıl etkiliyor?*
 - f) *Tepkilerinizin daha esnekleşmesi/ değişmesi için farklı başa çıkma davranışları denemeniz yararlı olabilir mi? Nasıl?*
- Üyelerin stres kaynakları, stres tepkileri ve başatme örüntüleri ele alınır. Etkili olmayan stres tepkileri ve başatme örüntüleri birlikte belirlenmeye çalışılır.
- Etkili ve etkili olmayan başatme yöntemleri konusunda bilgi (EK 15) verilir.
- Üyelerin olumlu olan başatme yöntemleri desteklenirken, olumsuz olanlar yerine konabilecek alternatif yöntemler tartışılır.
- Bir sonraki oturuma kadar kendilerinde stres yaratan bir olayda, bu olay sırasında yaşadıkları stres ile nasıl başettiklerini yazmaları istenir. (Ev ödevi)
- Oturum özetlenir
- Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
- Bir sonraki oturum konusunda kısaca bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

Oturum için Kullanılan Kaynaklar: Altunay, 2015; Baltaş ve Baltaş, 2015; Erkan ve Kaya, 2012; Güçray ve diğ., 2013, Hiçdurmaz ve Öz, 2011; Öz ve Hiçdurmaz, 2010; Öz ve diğ., 2012; Özcan, 1996; Voltan-Acar, 2013.

8. Oturum: Sosyal Destek

Amaç: Hastalığa ve tedaviye uyum sürecinde sosyal desteğin, özellikle de ailenin, önemini kavrama ve bu desteği etkili kullanma

Araçlar: -

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Bir önceki oturumda yapılanlar özetlenir. Soruları olup olmadığı sorulur.
- Bir önceki oturumda düşünmeleri istenen, kendilerinde stres yaratan bir olay ile nasıl başettiklerini konusu tartışılır.
- Yeni oturum gündemi hatırlatılır.
- Kanser hastalığı ile baş etme sürecinde sosyal desteğin anlamı ve yaşamdaki önemi konusunda şu açıklamalar yapılır:

“Sözlük anlamıyla destek; zor bir durumda ya da sıkıntı içinde olan bireye, çevresinin sağladığı kaynaklardır. Sosyal destek ise bireye aile üyelerinin, akrabalarının yanı sıra diğer toplumsal ilişkilerinin katkısıdır. Sosyal desteğe sahip olmanın hastalığın yarattığı stresin birey üzerindeki etkilerini silmede, fiziksel, ruhsal ve psikiyatrik belirtilerlerin giderilmesinde çok önemli bir rolü vardır. Aynı şekilde kanser hastalarının da korku ve şüpheleriyle yüzleşmelerinde-başetmelerinde, yaşadıkları yalnızlık ve yalıtılmışlık (izolasyon) duygusunun azaltılmasında ve tepkilerin normalleştirilmesinde önemli bir etkiye sahiptir. Fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde de etkili olduğu vurgulanan sosyal desteğin; kimi zaman da zararlı olabileceği ileri sürülmektedir. Yanlış kişi tarafından verilen ve gereksinim duyulan türden olmayan destek yararlı olmadığı gibi zarar da verebilir. Bireyin nasıl bir desteğe ihtiyacının olduğu iyi belirlenmelidir.

Destek çeşitleri pek çok stresli olayda yararlı olabilmekte birbirine üstünlükleri de tartışılmaktadır. Örneğin; sorunlarıyla ilgili bireyin konuşabileceği ve kendine güvenini artıracak, duygularını anlayacak birinin varlığı çok önemlidir. Bu gibi değişik durumlarda bireylerin sosyal destek gereksinimleri de değişir. Ayrıca kontrol edilemeyen stres durumlarında daha çok duygusal desteğe, kontrol edilebilen stres durumlarında ise bilgi sağlayıcı desteğe gereksinim olduğu belirlenmiştir. Öte yandan

kronik bir hastalıkta sosyal desteğin sunumunda hastanın yakın çevresinin aşırı ilgiyle koruyucu davranmasının hastanın işlevselliğine ket vurduğu, hasta rolünün pekiştirildiği ileri sürülmektedir.

Ağır ya da kronik, ölümcül bir hastalığa yakalanma, sevdiğini kaybetme gibi stres yaşantıları, potansiyel ve gerçek sosyal destek ilişkilerini büyük ölçüde etkileyebilir. Çünkü giderek artan fiziksel yetersizliğin beraberinde günlük yaşam aktivitelerini de sekteye uğratabilir. Ağrı, yorgunluk vb. nedenlerden dolayı aile, iş, ev ile ilgili sorumluluklar ve rollerin yerine getirilememesi depresyona ve kontrolü yitirme duygusuna yol açabilir. Örneğin sevilen birinin kanser olmasının, ona destek olacak kişilerde de kansere karşı korku, tiksime ortaya çıkardığına ve aynı anda da o kişiye destek olması gerektiği duygusu ile ambivalans gelişmesine neden olabileceğine dikkat çekilmektedir. Destek sağlayacak olanların yaşadığı bu çelişkiler yakınlarından uzaklaşma, hastalıkla ilgili konuşmaktan kaçınma, etkisini azımsama, zoraki neşeli olma gibi davranışlara neden olabilir. Bunlar ise hastanın yalnızlığını artırarak terkedilmişlik duygusuna kapılmasına neden olabilir. Bu gibi durumlarda bireylere farklı zamanlarda duygusal, araçsal ve bilgi desteği sağlanabilir. Katlanılması zor durumlarda bireyi cesaretlendirerek başa çıkma sürecinde yalnız olmadığını göstermesi ile duygusal destek bireyin yapamadığı aktivitelere yönelik somut ve pratik yardımlar ile araçsal destek aynı durumdaki bireylerin nasıl başettikleri konusunda öneriler getirerek bilgi desteği sağlanmış olur.

Araştırmacılar sosyal ilişki ağı geniş olan bireylerin, ilişkide bulunduğu kişi ve üyesi bulunduğu dernek ya da klüp sayısı az olan bireylere göre daha az kaygı ve depresyon yaşadıklarını ve hem fiziksel hem de psikolojik sağlıklarının daha iyi olduğunu ortaya koymuştur. Diğer çalışmalarda ise aksine sosyal ilişkilerin yoğun olduğu bazı durumlarda insanların kontrollerini kaybettikleri algısına kapılıp, stres yaşayarak ilişki kurmaktan kaçındıkları ve bu kişilerin de çok az sosyal destek gördükleri belirlenmiştir. Bu sonuç; sosyal destek sağlamada ilişkide bulunulan kişi sayısından çok ilişkinin niteliğinin önemli olduğu görüşüyle tutarlılık göstermektedir. Diğer bir görüşe göre sosyal destek; bireyin gereksinim duyduğu anda gereksinim duyduğu yardım alabileceği kişilerin var olduğu algısıdır. Bireyin sosyal desteği

algılaması/ hissetmesi; sevildiğine, gözetildiğine, değer verildiğine, bir iletişim ve karşılıklı yükümlülükler ağının bir parçası olduğuna ilişkin diğer kişilerden edindiği bilgi olarak tanımlanmaktadır.

Kanser hastalarının sosyal destek ve psikososyal sorunlarıyla ilgili araştırmalar incelendiğinde; sosyal desteğin bağışıklık sistemini güçlendirdiği, destek gruplarına katılan kanser hastası kadınların katılmayanlara göre iki kat daha uzun yaşadığı, kendilerini yalnız ve yalıtılmış hisseden kişilerin ise depresyon ve kaygı gibi bağışıklık sisteminin gücünü azaltan ve kanser için bir risk oluşturan belirtiler gösterdikleri bulunmuştur. Yine meme kanseri hastalarında sosyal desteğin psikolojik uyumla ilişkisi olduğunu saptayan çalışmalarda, tanı ve tedavi sırasında hastalara verilen sosyal desteğin hastalarda daha düşük düzeyde duygusal stres ve güçlük ortaya çıkardığını vurgulanmıştır.”

- Üyelerin sosyal desteklerini birlikte değerlendirebilmek için şu sorular yöneltilir;
 - a) Hastalığınızın alevli döneminde size destek olan kimler vardı?
 - b) Şu an size destek olan kimler var?
 - c) Çevrenizin bu süreçteki desteğini nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - d) Sizce çevrenizdeki kişilerin desteği hastalık sürecinde size katkı sağladı mı? Nasıl?
- Bireylerin sosyal destek kaynakları sorulan sorular yardımıyla belirlenir. Kullanılan sosyal desteklerin etkileri üyeler ile birlikte tartışılır.
- Sosyal destek kaynakları arasında özellikle ailenin çok büyük bir önemi bulunduğu açıklanır. Hastalık sürecinde yaşanan güçlüklerle başetmede ailenin konumunu ve önemini açıklamak için şu bilgiler verilir:

“Kanser yalnızca hastalık tanısını almış bireyi değil, tüm aile üyelerini de etkileyen ve iyi ele alınmaz ve desteklenmezse kriz yaşatabilen bir aile hastalığıdır. Kanser kriz yaşatabilir, çünkü bazı insanlar tarafından “ölüm” olarak algılanır; her şey yaşam, hastalık ve ölüm etrafında döner. Bazı hastalar bunu “Hayatımın elimden altından kayıp gittiğini hissettim” şeklinde tanımlar. Bu durumda aile sisteminin dengesi bozulabilir. Oysa, kanser de ülser, diyabet gibi kronik bir hastalıktır ve bu şekilde

algılandığında baş edilmesi daha kolaydır. Bu tür bir algı, aile sisteminin dengesini de zorlamayacaktır. Ancak her şeye rağmen yine de hastalık sürecinde hem hasta hem de ailenin diğer üyeleri arasında bazı sorunlar yaşanabilmektedir.”

- Sizin aileniz bu durumdan nasıl etkilendi? Bu sorunlardan hangileri sizde yaşandı? Ya da yaşanmakta? Neler yaptınız? Nasıl çözümlediniz? Ya da çözümleyemediniz? gibi yönlendirici sorularla ailede yaşananlar ve sorunları çözümleme biçimleri grup üyelerinin söz ettikleri doğrultusunda açıklanarak fark ettirilmeye çalışılır.
- Ardından şu açıklamalarla devam edilir: “Yaşam ırmağında akan hayat bazen mevcut yatağını değiştirmeyi gerektirebilir ama ırmak akmaya devam eder. Belki başlangıçta biraz sular etrafa zarar verebilir.”
- Size de böyle oldu mu? gibi sorularla bu süreç işlenir.
- Ardından konu ile ilgili aşağıdaki açıklama ile devam edilir:

“Hayat çoğu zaman karşımıza aşılması gereken engeller çıkarır, kendimizi başı dumanlı dağlar kadar kederli ve yaşam karşısında çok yalnız hissedebiliriz. Bu zor zamanlarda sığınacak sakın bir liman ararız çünkü içimizde kopan fırtına ancak böyle sakın bir limanda denebilir. Bu fırtınayı atlatınca yeniden umut kazanacak ve yaşamın tüm renklerini daha iyi fark ettiğimizi görebileceğiz.

Bu süreçte, değişen beden imajı da bazı insanları “allak bullak” edebilir. Bazı kişiler kendilerini daha az çekici ya da kadınsı hisseder. Bir başka şekilde ifade edecek olursak “defolu gibi”. Yanlış giden şeylerden kişinin kendisini sorumlu tutması, zarar geleceğinden ya da beğenilmeyeceğinden korkması ve kendini çekici bulmaması cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilir. Yaşam mücadelesi verirken, kanserle tehdit altındayken cinsellik de nereden çıktı diyebilirsiniz. Oysa, cinsellik yalnızca cinsel ilişki demek değildir; cinsel ilişkiden daha fazlasıdır. Hasta da olursa cinsellik bir gereksinimdir ve karşılanması gerekir. Karşılıklı olarak empatik, sıcak, anlayışlı olmak bu konuda yaşanan sorunların çözümünü kolaylaştırmaktadır.

Pek çok ailede hastalık var olduğu halde görmezden gelinir. Bu durum evde bulunan “kocaman bir fili” görmezden gelmeye benzetilebilir. Filin görünmemesi mümkün değildir, ancak bunu görmek aileyi üzdüğü ve olayı su yüzüne çıkarmak

anlamına geldiği için konu hakkında hiç konuşulmaz. Bu davranış var olan gerçeği örtbas etmektir ancak hastanın ve ailenin kendini korumak için sergilediği bir davranıştır. Bu gerçeği yok saymak yerine yüzeye çıkarmak önemlidir.

Bu sorunlar her bir ailenin özellikleri doğrultusunda farklılıklar göstermektedir. Yaşanan sorunların çözümünde, aile üyeleri arasında açık ve dürüst iletişim önemlidir.

Yukarıda da söz edildiği gibi bazı yol açıcı sorular aile üyelerinin birbiriyle duygu paylaşımını ve empati düzeyini artırır. Şunu unutmayın ki “paylaşılan duyguların yükü” azalır. Duyguların yükünün azalması hastalıkla başedilmesini kolaylaştırır.

Her sorunun bir çıkış yolu vardır. Olayın ne olduğu değil, olaya nasıl bir anlam verildiği önemlidir. Bu anlam doğrultusunda mücadele yolculuğu başlamakta ya da gecikmektedir. Bu mücadelede öncelikli olarak *bir çıkış yolunun olabileceğini* bilmek önemlidir. Daha sonra bu yolların neler olabileceğini bulmak gelir. Eğer öğrenilmiş çaresizlik dediğimiz hiçbir yolun yani çıkışın olmayacağına kişi kendini inandırmışsa, öylece durup kaderine razı olacaktır. Yani, herhangi bir çıkış yolu aramayacaktır. “Baş edebilirim” ya da “baş ederiz” sloganı kişileri bu yolculukta kamçılar ve bu tür olumsuz olayları fırsat olarak değerlendirmesine yardımcı olur. Bazı hastalar kanseri “hayatın sonu” olarak nitelendirdikleri gibi bazıları da “hayatın yeni başlangıcı” ya da “farkında olarak yaşamaya giriş kapısı” olarak değerlendirir. Hastalık çoğu zaman bir milat olarak tanımlanır, öncesi ve sonrası vardır. Kaymak kovaşına düşen iki kurbağadan biri çok korkan ve kendine güvenmeyendir. Bu nedenle, çırpınamaz bile ve boğularak ölür. Diğeri ise bir çıkış yolunun olacağını düşünür. Ön ayakları ile kovanın kenarına tutunur, arka ayaklarını çırpıma başlar. Bir süre sonra yağ tabakasının üzerine basarak dışarıya atlar. Bir olayla baş etmenin yolları olacağının bilinciyle haklılığını kutlar. Mücadele gücü kazanan bireyler birbirine destek olmakta da daha iyi düzeyde olur. Aile üyelerinin süreçte bu bilinçle birbirlerine destek olması, süreçle etkili başedilmesini sağlayacaktır.

Hastalığın her evresinde tüm aile üyelerini etkileyen belirsizlik yaşanır. “Hastalığım ne olacak? Tekrarlayacak mı? Nasıl sonuçlanacak? vb. Tekrarlama evresinde aile korku, öfke, haksızlık duyguları, karar vermede güçlükler yaşayabilir. Bu duygu ve düşünceler nedeniyle paylaşım ve iletişim eksikliği görülebilir. Ya da hastalığı örtbas etme ve hastayı koruma amacıyla konuşmama eğilimi vardır.

Hastalık yaşıntısı ile aile işlevleri karşılıklı ilişki halindedir ve ailenin yaşam döngüsü doğrultusunda hastalığın-kanserin her evresinde ailelerde farklı etkiler yapabilir. Kanser tanısı sonrası aile üyelerinin her birinde stres yaşanabilmektedir.

Hastalığa uyumda kanserin hangi evrede olduğu gibi ailenin hangi gelişimsel evrede olduğu da önemlidir. Hastalık öncesi ailede olan evlilik çatışması belki hastalıkla ortaya çıkmakta, bitmemiş bu işlerin çözümü için de hastalık bir fırsat olabilmektedir. Bazen de çözüm boşanmayla sonuçlanabilmektedir. Bazı çalışmalarda hastalar kanserin kendilerini birbirine yakınlaştırdığını belirttikleri halde, bazı çalışmalarda tam tersi birbirlerinden uzaklaştırdığını belirtmişlerdir. Hastalık öncesi zaten aralarında zayıf iletişimleri ve çatışmalı olan eşler, kanser tanısı aldıktan sonra daha çok uyum sorunları yaşayabilmektedirler. Var olan evlilik krizi hastalıkla birlikte daha çok ortaya çıkabilmektedir. Bu ailelerin daha çok yardım gereksinimi olmaktadır. Oysa evlilik uyumu iyi olanların birbirine empati yapmaları yani anlamaları ve birbirlerine destek olmaları daha iyi düzeyde olabilmektedir.

Unutmayın ki kopan bir ipe, sınıksız bir düğüm attığınızda ipin en sağlam yeri artık bu düğümdür. Ama ipe her dokunuşta, canınızı acıtan nokta, yine o düğümdür. Bunun bilinmesi, hayatta taşıdığımız bütün yüke rağmen dengemizi koruyabilmemize yardım eder.”

- Ardından grup üyeleri ile sosyal desteklerini daha etkili hale getirmek için neler yapabilecekleri tartışılır.
- Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
- Bir sonraki oturum konusunda kısaca bilgi verilerek oturum sonlandırılır

Oturum için Kullanılan Kaynaklar: Baltaş ve Baltaş, 2015; Erkan ve Kaya, 2012; Güçray ve diğ., 2013, Hiçdurmaz ve Öz, 2011; Öz ve Hiçdurmaz, 2010; Öz ve diğ., 2012; Özcan, 1996.

9. Oturum: Yaşamı Yeniden Yapılandırma ve Anlamlandırma

Amaç: Hastalık süreci ile birlikte yaşama verdiği anlamı değerlendirme, işlevsel olmayan değerlendirme biçimlerinin daha işlevsel olanlarla değiştirme, yaşamı yeniden yapılandırma için hedefler belirleme.

Araçlar: Hayatın anlamı adlı hikaye (EK 16)

Yaşamı anlamlandırma adlı hikaye (EK 17)

Hedef ve alt hedefler belirleme çalışma kağıdı (EK 18)

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Bir önceki oturumda yapılanlar özetlenir. Soruları olup olmadığı sorulur.
- Oturum gündemi hatırlatılır.
- Bireylerin kanser hastalığı sonrası yaşama verdikleri anlamı değerlendirmeleri için şu bilgiler verilir: “Kanser deneyimi hayatımızda karşımıza çıkan fırsatlardan biridir. Her şeyin olması gerektiği gibi olduğunu düşünürken, karşımıza çıkan, bizi silkeleyip hayata tekrar daha dikkatle bakmamıza neden olan bir deneyimdir. Bazen hayatın koşuşturmasına kapılıp neyi niçin yaptığımızı ya da yapmak istediğimiz şeyleri ne kadar yapabildiğimizi hiç düşünmeden güya yaşarız. Yaşam, tıpkı soluduğumuz hava gibi gelir, bir süre sonra varlığını fark etmeyiz. Bu açıdan bakınca kanser bir fırsat olabilir; bize yaşadığımızı ve bunun hakkını vermemiz gerektiğini söyler. Yaşamın bundan sonrası zorlu ancak bir o kadar farkında geçer. Her gün geçtiğimiz sokağa daha dikkatli bakar, baharın gelişini hayranlıkla izler, çiçekleri daha derin koklarız. Biliriz ki yaşam hiçbir anı boşa harcanmayacak kadar önemlidir.

Kanser deneyimini güçlenmek amacıyla bir fırsat haline getirmek için ilk olarak önceliklerinizi gözden geçirin. Gerçekten ne yapmak istersiniz? Şüphesiz hastalık süresince hayatımızda bazı sınırlamalar olacaktır. Bu sınırlamaların varlığını inkar etmek ya da olmamalarını dilemek gerçekçi değildir ve bize yardımcı olmaz. Bu sınırlılıkların farkında olarak hayatın tadını çıkarmak mümkündür.

Değişim gösterme yeteneğimiz hastalığa uyum sağlamamızda bizlere yardımcıdır. Bu yeni durumda sınırlılıklarımın farkında ve önceliklerimi belirleyerek yaşamımı nasıl yeniden düzenleyebilirim? Sorusunu kendimize soruyor ve cevabını arıyorsak doğru yoldayız demektir.

Şüphesiz yaşamın kendisi bir mücadeledir. Bu mücadeleyi sürdürebilmek için bir amacımız olması gerekir. Her insan amacını kendisi belirler, bazıları için bitirilmesi gereken bir iş, bazıları için büyütülecek bir torun ya da emekli olmayı istemek yaşamın amacı olur. Böyle bir amacın olması yaşamımızı anlamlandırır.

İnsanın anlam arayışı temel bir güdüdür. Bu anlam sadece kişinin kendisi tarafından bulunabilir oluşuyla eşsiz ve özel bir yapıdadır. İnsan kendi idealleri ve değerleri için yaşayabilme, hatta ölme yetisine sahiptir.

Kuşkusuz insanın anlam arayışı içsel denge yerine içsel gerilim yaratabilir. Ne var ki ruh sağlığının vazgeçilmez ön koşulu da işte bu gerilimdir. Dünyada, kişinin en kötü şartlarda bile yaşamını sürdürmesine, yaşamında bir anlam olduğu bilgisi kadar etkili şekilde yardımcı olan başka hiçbir şey yoktur. Nietzsche'nin dediği gibi “yaşamak için bir nedeni olan kişi hemen her nasıla dayanabilir”.

İnsanın gerçekte ihtiyaç duyduğu şey, gerilimsiz bir durum değil, daha çok, uğruna çaba göstermeye değer bir hedef, özgürce seçilen bir amaç için uğraşmak ve mücadele etmektir. Bir mimar eski bir kemeri güçlendirmek istediği zaman kemerin üstündeki yükü artıracaktır, çünkü böylece parçalar daha sağlam bir şekilde birleşir.

Yaşamın anlamı insandan insana, günden güne, saatten saate farklılık gösterir. Bu nedenle önemli olan, genelde yaşamın anlamı değil, daha çok belli bir anda bir insanın yaşamının özel anlamıdır.

Yaşamdaki her durum insana meydan okuduğu ve çözülecek bir sorun getirdiği için, yaşamın anlamı sorunu gerçekte tersine çevrilebilir. Tek kelime ile her insan yaşam tarafından sorgulanır ve herkes sadece kendi yaşamı için cevap verirken “kendi yaşamının anlamını” ortaya koymuş olur. Yaşamın anlamı her zaman değişir, ancak hiçbir zaman yok olmaz. Yaşamın anlamını 3 farklı yoldan bulabiliriz:

- Bir eser yaratarak ya da bir iş yaparak
- Bir şey yaşayarak ya da bir insanla etkileşerek

- Kaçınılmaz acıya yönelik bir tavır geliştirerek.

Umutsuz bir durumla karşılaştığımız, değiştirilemeyecek bir kederle yüz yüze geldiğimiz zaman bile yaşanda bir anlam bulabiliriz. Artık durumu değiştiremeyecek noktaya geldiğimizde kendimizi değiştirme yoluna gideriz.

Her birey yaşamının amacını/amaçlarını kendi başına bulmak ve bulduğu yanıtın sorumluluğunu almak zorundadır. Kişi bunu başarabildiği takdirde, tüm acılara ve sıkıntılara rağmen gelişimini sürdürür.”

- Hastalık sürecinde yaşama verilen anlamda değişiklikler olup olmadığı sorulur. Hastalık sürecinde yaşama bakış açısındaki değişimleri ifade etmeleri için desteklenir.
- Hayatın anlamı adlı hikaye (EK 17) yardımıyla üyelerin kendi bakış açılarının farkına varması sağlanır.
- Yaşamın anlamlandırma adlı hikaye (EK 19) yardımıyla hastalık sürecinin hayat üzerine etkisi ve fırsat olarak nasıl değerlendirilebileceği konusu üyeler ile birlikte tartışılır.
- Hastalık yaşantısının yaşam hedeflerine olan etkilerini ifade etmeleri sağlanır.
- Hedef ve alt hedefler belirleme çalışma kağıdı (EK 17) yardımıyla yaşamdaki kısa ve uzun vadeli hedeflerini belirlemeleri için desteklenir.
- Oturum özetlenir
- Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
- Bir sonraki oturuma kadar yaşamdaki hedeflerine ulaşmada kullanabileceği stratejiler hakkında düşünmesi istenir.
- Bir sonraki oturumun son oturum olduğu hatırlatılarak, oturum konusunda kısaca bilgi verilip oturum sonlandırılır

Oturum için Kullanılan Kaynaklar: Baltaş ve Baltaş, 2015; Erkan ve Kaya, 2012; Güçray ve diğ., 2013, Hiçdurmaz ve Öz, 2011; Öz ve Hiçdurmaz, 2010; Öz ve diğ., 2012; Özcan, 1996.

10. Oturum: Sonlandırma

Amaç: Danışma sürecinin değerlendirme ve sonlandırma

Araçlar: Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (EK 3)

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (EK 4)

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Bir önceki oturumda yapılanlar özetlenir. Soruları olup olmadığı sorulur.
- Bir önceki oturumdan bu yana yaşam hedeflerine ulaşmak için belirledikleri stratejilerin neler olduğu tartışılır.
- Oturumların genel bir değerlendirmesini yapmaları istenir. Grup sürecinin kendileri üzerine olan olumlu yönlerinden 3 tanesini sıralamaları istenir.
- Sonlandırmaya ilişkin duygu ve düşüncelerini paylaşmaları yönünde teşvik edilir.
- Her bir üye hakkında tüm grup üyelerinin olumlu duygularını ve düşüncelerini ifade ettiği sevgi bombardırmanı uygulaması yapılır.
- Oturum ve program sonlandırılarak son testler uygulanır.

Oturum için Kullanılan Kaynaklar: Altunay, 2015; Öz ve diğ., 2012; Voltan-Acar, 2013.

EK-2: Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz
 - a) Kadın b) Erkek
3. Medeni durumunuz
 - a) Evli b) Bekar c) Boşanmış
4. Öğrenim durumunuz
 - a) Okur-yazar
 - b) İlköğretim Mezunu
 - c) Lise Mezunu
 - d) Üniversite ve üzeri mezunu
5. Öğreniminize devam ediyor musunuz?
 - a) Evet b) Hayır
6. Ailenizin ikamet ettiği yer
 - a) İl merkezi b) İlçe Merkezi c) Köy
7. Aylık gelir durumunuz
 - a) Gelir Giderden Fazla
 - b) Gelir Gidere eşit
 - c) Gelir Giderden Az
8. Ankara'da yaşadığınız yer
 - a) Kendi evinde
 - b) Aile Yanında
 - c) Arkadaşlar ile bekar evinde
 - d) Kardeş ile bekar evinde
 - e) Yurtta
 - f) Misafirhanede
 - g) Otelde
 - h) Akrabaların yanında
 - i) Diğer (Belirtiniz).....
9. Annenizin öğrenim durumu
 - a) Okur-yazar değil
 - b) Okur-yazar ya da İlkokul mezunu
 - c) Ortaokul mezunu
 - d) Lise mezunu
 - e) Üniversite mezunu
 - f) Yüksek lisans (master) ve üzeri mezunu

10. Babanızın öğrenim durumu

- a) Okur-yazar değil
- b) Okur-yazar ya da İlkokul mezunu
- c) Ortaokul mezunu
- d) Lise mezunu
- e) Üniversite ve üzeri mezunu

11. Hastalığınızın nedeninin ne olduğunu düşünüyorsunuz?

.....

12. Ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?

.....

13. İlk kez hastalık tanısını ne zaman aldınız?

.....

14. Aktif tedavi süreciniz zaman zaman tamamladınız?

.....

15. Hastalığınız süresinde size sürekli destek olan kişi kimdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz).

- a) Anneniz
- b) Babanız
- c) Kardeşiniz
- d) Eşiniz
- e) Arkadaşınız
- f) Diğer (Belirtiniz).....

16. Daha önce hiç psikolojik/ruhsal açıdan danışmanlık aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

17. Daha önce hastalık sürecinde size destek olabilecek herhangi bir destek programına katıldınız mı?

- b) Evet
- b) Hayır

18. Destek programına katılmanızın sizin için yararlı olacağını düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

EK-3: Travma Sonrası Büyüme Ölçeği

Sizden öğrenmek istediğimiz, yaşamınızda önemli yer tutan travmatik yaşam olaylarının, hayatınızda ne ölçüde pozitif değişikliklere sebep olduğudur. Geçmişte yaşadığınız krizden/krizlerden sonra yaşamınızda ve düşüncelerinizde meydana gelen değişimleri yaşama düzeyinize ilişkin “Hiçbir şekilde” ile “çok büyük ölçüde” seçeneklerinden size uygun olan kutucuğa çarpı (X) işareti koyunuz.

	Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi yaşama düzeyi	Hiçbir şekilde	Çok az bir düzeyde	Bir miktar	Orta düzeyde	Oldukça fazla	Çok büyük ölçüde
1.	Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti.						
2.	Kendi hayatıma verdiğim değerde büyük bir artış oldu.						
3.	Yeni ilgi alanları keşfettim.						
4.	Kendime güven hissinde artış oldu.						
5.	Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım.						
6.	Başım sıkıştığında insanlara güvенеbileceğimi daha iyi anladım.						
7.	Yaşamım için yeni bir yön belirledim.						
8.	Kendimi diğer insanlarla çok daha yakın hissetmeye başladım.						
9.	Duygularımı ifade etmeye daha çok istekliyim.						
10.	Zorlukları göğüsleyebileceğimi daha iyi anladım.						
11.	Yaşamımda daha iyi şeyler yapabiliyorum.						
12.	Her şeyi olduğu gibi, daha çok kabullenebiliyorum.						

13.	Her günümü daha iyi değerlendirebiliyorum.						
14.	Daha önce var olmayan yeni olanaklara kavuştum.						
15.	Diğer insanlara karşı daha şefkatliyim.						
16.	İlişkilerime daha çok emek sarf etmeye başladım.						
17.	Değişmesi gereken şeyleri değiştirebilmek için daha çok çaba harcıyorum.						
18.	Daha güçlü bir inanca sahibim.						
19.	Düşündüğümde çok daha güçlü olduğumu keşfettim.						
20.	İnsanların ne kadar mükemmel olabildiklerine dair çok şey öğrendim.						
21.	Başkalarına ihtiyaç duyuyor olmayı daha çok kabullendim.						

15. Şu konuda iyiyimdir...	Zamanımı planlama		Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	Kolayca yapabildiğim		Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	Birbirinden bağımsız		Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...	Zayıftır		Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	Çok fazla güvenmem		Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	Belirsizdir		İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	Günlük yaşamımda yoktur		Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	Benim için zordur		Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	Geleceğe pozitif bakar		Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	Bana hemen haber verilir		Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	Kolayca gülerim		Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	Birbirlerini desteklemez biçimde		Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	Arkadaşımdan/aile üyelerinden		Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	Her şeyi umutsuzca gören bir		Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	Zordur		Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	Bana yardım edebilecek kimse yoktur		Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	Başa çıkmaya çalışırım		Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	İşleri bağımsız olarak yapmayı		İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ...	Yeteneklerimi beğenirler		Yeteneklerimi beğenmezler

EK-5: Düşünce Kayıt Formu

Olay	Düşünce	Duygu	Alternatif Düşünce	Duygu

EK-6: Akılcı Olmayan İnançları Yakalama Formu

Mantıksız inançlar aslında bizim düşüncelerimiz arasında gizlenmiştir. Bu düşünceleri doğrudan ve kolayca farkedemeyiz. Aşağıda yaşanan herhangi bir problemde mantıksız inançların katkısı olup olmadığı belirlemeye yarayan bazı ifadeler verilmiştir:

1. Eğer problemi çözmeye çalışırken kendinizi kısır bir döngünün içerisinde buluyorsanız,
2. İçinizde henüz ne olduğunu bulamadığınız bir şeyin bu problemin çözülmesini engellediğini hissediyorsanız,
3. Bu problemi çözmek için kafanızda sürekli sizin ve başkalarının kesinlikle yapması, düşünmesi, hissetmesi gereken şeyler varsa,
4. Kendinizi bu problemin gerçekte nasıl olduğunu unutup nasıl olması gerektiğini düşünürken yakalıyorsanız,
5. Bu durumu sık sık hayalinizde çözüyor ya da sihirli bir gücün sizi bu durumdan hemen ve kolayca kurtarmasını istiyorsanız,
6. Bu problemi çözmeye çalışırken başkalarının sizin hakkınızda ne düşüneceğinden çekiniyorsanız,
7. Aslında çözümü biliyor ama uygulayamıyorsanız,
8. Problem hakkında düşünürken sıklıkla “evet, ama..” cümleleri kuruyorsanız,
9. Daha çok çözümü ertelemeyi, dikkatinizi problemden uzaklaştırmayı ve problemi görmezden gelmeyi tercih ediyorsanız,

Büyük ihtimalle bu problemde gizlenmiş mantıksız inanç veya inançlarınızın katkısı oldukça fazladır.

EK-7: Akılcı Olmayan İnancı Sorgulama Formu

Belirlediğiniz inancınızı düşünerek aşağıdaki soruları cevaplayınız.

Bu inancın her zaman ve kesinlikle doğru olduğunu kanıtlayacak gerçek kanıtlara sahip misiniz?	EVET	HAYIR
Bu inanç sizin kendinizi mutlu ve güçlü hissetmenize neden oluyor mu?	EVET	HAYIR
Bu sahip olduğunuz inanç, gelecekte karşınıza çıkabilecek problemleri çözmenizde size yardımcı olabilecek mi?	EVET	HAYIR
Bu inanç sizin başkalarıyla açık, dürüst ve sağlıklı ilişkiler/iletişim kurmanıza yardımcı oluyor mu?	EVET	HAYIR
Bu inanç sizin amaçlarınıza ulaşmanıza katkı sağlıyor mu?	EVET	HAYIR
Bu inanç sizin yaratıcı düşünmenize, problemler karşısında alternatif düşünceler üretmenize yardımcı oluyor mu?	EVET	HAYIR

Eğer tablodaki soruların tamamına veya bir kısmına hayır demişseniz, bu inancın yerine alternatif gerçekçi bir inanç yerleştirmenin zamanı gelmiştir.

EK-8: İletişim Biçimlerine (Atılgan Olmayan, Saldırgan, Atılgan İletişim) İlişkin Çalışma Kağıdı

Yönerge: Aşağıdaki cümlelerin başına Atılgan Değil (AD), Atılgan (A) veya Saldırgan (S) şeklinde uygun ifadeyi yazınız.

- 1. Serum setinden nefret ediyorum.
- 2. Bugün canım gerçekten konuşmak istemiyor.
- 3. Lütfen bana peçete uzatabilir misin?
- 4. Belki bir bardak su verebilirsin. Hayır muhtemelen vermek istemezsin. Tamam
- 5. Kapa çeneni..
- 6. Tabi ki tüm kağıtları alabilirsin. Önemli değil.
- 7. Bugün 5 dakika yalnız kalmaya ihtiyacım var.
- 8. Yanıma gelmene izin vermediğim için üzgünüm.
- 9. Seninle konuşmak çok sıkıcı.
- 10. Şu an konuşmak istemiyorum.

EK-9: Doğru İletişim Kartı

Atılğan Olmamak Demek
Düşüncelerinizi, duygularınızı, isteklerinizi veya inandıklarınızı söylemekten kaçınmaktır. -Çünkü risk almaktan korkuyorsunuz -Çünkü kendi haklarınıza inanmıyorsunuz -Çünkü ne düşündüğünüzü açıkça nasıl söyleyebileceğinizi bilmiyorsunuz -Çünkü diğer insanların haklarının sizinkilerden daha önemli olduğuna inanıyorsunuz
Saldırgan Olmak Demek
Düşüncelerinizi, duygularınızı, isteklerinizi veya inandıklarınızı diğer insanların saygı ile davranılma haklarını reddederek; öfkeli, kırııcı, kızgın, incitici, küçümseyici, kinci vb. biçimde söylemektir. -Çünkü kendi isteklerinizin önemli olduğuna inanıyorsunuz -Çünkü kendi haklarınızın önemine inanıyorsunuz -Çünkü diğer insanların haklarının sizinkinden önemsiz olduğuna inanıyorsunuz
Atılğan Olmak Demek
Düşüncelerinizi, duygularınızı, isteklerinizi veya inandıklarınızı diğer insanların saygı ile davranılma haklarını ihlal etmeden, açıkça tehditkar olmayan yollarla, kendi haklarınızı da inkar etmeyen bir yolla doğrudan söylemektir. -Çünkü diğer insanların haklarına saygı duyuyorsunuz -Çünkü kendi haklarınızı koruyorsunuz

EK-11: Kişisel Haklar Çalışma Kağıdı

- Başkalarının haklarına zarar vermedikçe itibarınızı ve kendinize olan saygınızı geliştirecek şekilde davranma hakkına sahipsiniz.
- Saygılı davranılma hakkına sahipsiniz.
- Hayır deme ve bundan dolayı suçluluk duymama hakkına sahipsiniz.
- Duygu ve deneyimlerinizi açıklama hakkına sahipsiniz.
- Düşüncelerinizi ifade etme hakkına sahipsiniz.
- Fikrinizi değiştirme hakkına sahipsiniz.
- İsteklerinizi talep etme hakkına sahipsiniz.
- Bilgilendirilmeyi isteme hakkına sahipsiniz.
- Hata yapma hakkına sahipsiniz.
- Kendinizi iyi hissetme hakkına sahipsiniz.

EK-12: Atılğan İletişim Çalışma Kağıdı

Ben Dili:

- Sorun yaşadığınız durumu nötr olarak kısaca tanımlayın.
- Durumun sizi nasıl etkilediğini kısaca açıklayın.
- Bu durumun sizde yarattığı duyguyu/duyguları ifade edin.

Ben dili ile Kendni İfade Etme Örneği:

Hastalığınızı öğrenen yakınlarınız sık sık sizi ziyarete geliyor. Siz aslında bu durumdan memnunsunuz, ancak gün boyu gerçekleşen bu ziyaretler nedeniyle çok yoruluyorsunuz ve zorlanıyorsunuz, sağlığınızın yeniden bozulacağından endişe ediyorsunuz. Bu durumu yakınlarınıza ifade etmek istiyorsunuz. Bunu ben dili ile şöyle ifade edebilirsiniz;

- Hastalığım nedeniyle beni ziyaret ediyorsunuz ve benimle ilgileniyorsunuz.
- Bu durumdan çok memnunum ancak bu ziyaretler benim için çok yorucu oluyor, sağlığımın yeniden bozulacağından endişe ediyorum.
- Bu nedenle kendimi yorgun ve endişeli hissediyorum.

Uygun İstekte Bulunma:

- Sorun yaşadığınız durumu nötr olarak kısaca tanımlayın.
- Durumun sizi nasıl etkilediğini kısaca açıklayın.
- Bu durumun sizde yarattığı duyguyu/duyguları ifade edin.
- Bu duruma ilişkin isteğinizi söyleyin.
- İsteğiniz gerçekleştiğinde olası olumlu ve/veya olumsuz sonuçları ifade edin.

Uygun İstekte Bulunma Örneği:

Hastalığınızı öğrenen yakınlarınız sık sık sizi ziyarete geliyor. Siz aslında bu durumdan memnunsunuz, ancak gün boyu gerçekleşen bu ziyaretler nedeniyle çok yoruluyorsunuz ve zorlanıyorsunuz, sağlığınızın yeniden bozulacağından endişe ediyorsunuz. Yakınlarınızın bu ziyaretlerine bir miktar sınır koymak istiyorsunuz. Bu duruma ilişkin

şöyle istekte bulunabilirsiniz;

- Hastalığım nedeniyle beni ziyaret ediyorsunuz ve benimle ilgileniyorsunuz.
- Bu durumdan çok memnunum ancak bu ziyaretler benim için çok yorucu oluyor, sağlığımın yeniden bozulacağından endişe ediyorum.
- Bu nedenle kendimi yorgun ve endişeli hissediyorum.
- Akşamları kendime zaman ayırmak ve bu zamanlarda dinlenmek istiyorum.
- Böylece konuklarımı dinlenmiş ve daha enerjik biçimde karşılayabilirim ve sağlığım konusundaki endişelerim azalır.

Hayır Deme:

- Sizden ne istendiğini tam olarak anladığınızdan emin olmak ve yanlış anlamaları önlemek için daha fazla bilgi toplayın.
- Kararınızı bildirmek için zaman isteyin. Hemen karar verilmesi için baskı yapılmasına izin vermeyin.
- Sizden talep edilen şeyi reddetme kararı aldıysanız, suçluluk hissetmeden ve yargılamadan, “ben dili” kullanarak, kısa ve açık bir şekilde hayır deyin.
- Karşınızdaki bireyin duyguları ile ilgileniyor ve reddedildiğinde bu kişinin incineceğini düşünüyorsanız ona ilgilendiğinizi gösteren ifadeler kullanın.

Hayır Deme Örneği:

Kuzeniniz telefonla sizi arıyor ve ziyaretinize gelmek istediğini söylüyor. Siz ise o gün kendinizi çok bitkin hissediyorsunuz ve dinlenmek istiyorsunuz. Ona en uygun hayır’ı şöyle söyleyebilirsiniz;

- Beni ziyarete gelmeden çok memnun olurum ancak bugün kendimi çok bitkin hissediyorum ve biraz dinlenmek istiyorum. Bu nedenle bugün seni kabul edemeyeceğim. Kendimi daha iyi hissettiğim bir zamanda sana haber vereyim ve o zaman görüşelim.

EK-13: Olumlu ve Olumsuz Özelliklerim Çalışma Kağıdı

Yönerge: Alttaki sütunlara kendiniz hakkında olumlu ve olumsuz bulduğunuz yönleri yazınız. Daha sonra olumsuz yönlerinizi, olumlu hale çevirebilmek için neler yapabileceğinizi belirtiniz.

Olumlu Yönlerim	Olumsuz Yönlerim
Olumsuz yönlerimi olumlu yöne çevirebilme yollarım neler olabilir?	

EK-14: Roller Anketi

Yönerge: Aşağıdaki roller içerisinde kendinizi en iyi temsil eden rakamı yuvarlak içerisinde alınız. 1 ve 2 rakamı kendinizi soldaki ifadeye, 4 ve 5 rakamları sağdaki sözcüğe daha yakın gördüğünüz, 3 rakamı ise kendinizi ortada gördüğünüz anlamına gelmektedir.

Bir birey olarak kendimi nasıl hissediyorum?							
1	İhmal edilmiş	1	2	3	4	5	İlgilenilen
2	Sahtekar	1	2	3	4	5	Güvenilir
3	Hassas olmayan	1	2	3	4	5	Hassas
4	Sabırsız	1	2	3	4	5	Sabırlı
5	Arkadaşça olmayan	1	2	3	4	5	Arkadaşça
6	Mutsuz	1	2	3	4	5	Mutlu
7	Depresif	1	2	3	4	5	Neşeli
8	Reddedilmiş	1	2	3	4	5	Kabul edilmiş
9	Korkak	1	2	3	4	5	Kendinden emin
10	Beceriksiz	1	2	3	4	5	Becerikli
Bir evlat olarak kendimi nasıl hissediyorum							
1	Başarısız	1	2	3	4	5	Başarılı
2	Hoşnutsuz	1	2	3	4	5	Hoşnut
3	Kafası karışık	1	2	3	4	5	Kendinden emin
4	Diğerlerinden daha kötü	1	2	3	4	5	Diğerlerinden daha iyi
5	Sıkılmış	1	2	3	4	5	Canlı
6	Ailesine kızgın	1	2	3	4	5	Ailesinden memnun
7	Aile iletişimi zayıf	1	2	3	4	5	Aile iletişimi güçlü
8	Aile ilişkileri başarısız	1	2	3	4	5	Aile ilişkileri başarılı
9	Hoşlanılmayan	1	2	3	4	5	Hoşlanılan
Bir ebeveyn olarak kendimi nasıl hissediyorum							
1	Başarısız	1	2	3	4	5	Başarılı
2	Hoşnutsuz	1	2	3	4	5	Hoşnut
3	Kafası karışık	1	2	3	4	5	Kendinden emin
4	Diğerlerinden daha kötü	1	2	3	4	5	Diğerlerinden daha iyi
5	Sıkılmış	1	2	3	4	5	Canlı
6	Ailesine kızgın	1	2	3	4	5	Ailesinden memnun
7	Aile iletişimi zayıf	1	2	3	4	5	Aile iletişimi güçlü
8	Aile ilişkileri başarısız	1	2	3	4	5	Aile ilişkileri başarılı
9	Hoşlanılmayan	1	2	3	4	5	Hoşlanılan
Bir arkadaş olarak kendimi nasıl hissediyorum							
1	Sır tutamayan	1	2	3	4	5	Sırdaş
2	Eleştirici	1	2	3	4	5	Kabul edici
3	Reddedilen	1	2	3	4	5	İstenilen
4	Güçsüz	1	2	3	4	5	Güçlü
5	Arkadaşsız	1	2	3	4	5	Çok arkadaşı olan

6	Kendini küçük gören	1	2	3	4	5	Kendini büyük gören
7	Zayıf arkadaşlık becerisi	1	2	3	4	5	İyi arkadaşlık becerisi
8	Hor görülen	1	2	3	4	5	Sevilen
9	Popüler olan	1	2	3	4	5	Popüler
10	Mahcup	1	2	3	4	5	Onurlu
Fiziki yapım							
1	İyi görünmez	1	2	3	4	5	Çok iyi görünür
2	Çok kısa	1	2	3	4	5	Yeteri kadar uzun
3	Çok zayıf	1	2	3	4	5	Normal
4	Çok ağır	1	2	3	4	5	Normal
5	Dengesiz	1	2	3	4	5	Dengeli
6	Yeterince gelişmemiş	1	2	3	4	5	Yeterince gelişmiş
7	Ten rengi kötü	1	2	3	4	5	Ten rengi güzel
8	Güçsüz	1	2	3	4	5	Güçlü
9	Burnumdan hoşlanmam	1	2	3	4	5	Burnumdan hoşlanırım
10	Saçlarımdan hoşlanmam	1	2	3	4	5	Saçlarımdan hoşlanırım

EK-15: Etkili ve Etkili Olmayan Başetme Yöntemleri Bilgilendirme Kağıdı

Stres insan yaşamının kaçınılmaz bir gerçeğidir. İnsanın stresle baş etmeye ihtiyacı vardır. İnsanın temel alışkanlık ve tavırları çok önemli ölçüde hayatın ilk yıllarında kazanılmaktadır. Öfkeyi sevinci dışarıya belli etmede, sorunları çözme biçiminde ilk yılların çok önemli bir etkisi vardır. Bu alışkanlıklar beyindeki hücreler arasında kurulan çok kuvvetli bağlarla, yıllarca süren tekrarlarla binlerce-onbinlerce defa pekişerek ve kuvvetlenerek kazanılır. Bu nedenle bunları değiştirmek zordur ve büyük bir çaba gerektirir. Eğer birey stresle etkili bir şekilde baş edemiyorsa yeni baş etme becerileri kazanması yani değişmesi gerekir. Bu durumda aklınıza şöyle sorular gelebilir:

-İnsan kendisini değiştirebilir mi, alışkanlıklarından vazgeçip yeni alışkanlık ve tavırlar geliştirebilir mi?

Bu soruya şöyle yanıt verebiliriz:

-Eğer birey değişimin gerekli olduğuna inanır ve davranışlarını değiştirmek isterse

-Eğer bu değişimin nasıl olacağı konusunda bir yol gösterenle işbirliği yaparsa

-Yeni öğrendiğini bıkmadan usanmadan defalarca tekrarlırsa yeni alışkanlıklar kazanıp değişebilir.

Stresle başa çıkmak, ruh ve beden sağlığını korumak açısından oldukça önemlidir. Bireyin iyi bir şekilde uyum yapması ve stresle baş etmesi için uygun iletişim becerileri ve destek kaynakları gereklidir. Stres bir tehdit yerine bir mücadele olarak algılanırsa stres ile daha kolay başa çıkılır. Genelde stres durumunda kişiler iki yola başvurlar. Bunlar soruna yönelik baş etme ve duyguya yönelik baş etme olarak adlandırılır.

Soruna Odaklanan Başetme: Aktif olarak bilgi toplama ve problem çözme yöntemidir. Birey stresöre; sınır koyma, problemi objektif olarak değerlendirme, problemi çözmek için çeşitli yollar deneme, durumu kabullenme, problemi birisi ile tartışma, bir başkasının problemi nasıl çözeceği konusunda görüşünü alma gibi davranışları içine alır.

Duyguya Odaklanan Başetme: Dikkati başka yöne çekme, kaçınma, yeniden yorumlama ve yeniden değerlendirme ile duruma uyum sağlamadır. Durumun iyileşeceğini ümit etme, yeme, sigara içme, ciklet, ilaç, dua, sinirlenme küfretme, arkadaştan yardım isteme, yalnız kalmak isteme, durumu küçümseme, unutma, hayal kurma, ağlama, depresyon, ortamdaki uzaklaşma, suçlama vb. davranışlar vardır.

Baltaş'a göre stresle başetme yöntemleri şunlardır;

Bedenle başetme yöntemleri; gevşeme teknikleri, beden egzersizleri ve beslenme biçimleri ile yapılmaktadır.

Zihinsel başetme yöntemleri; uyumsuzluğa yol açan inançlarla uğraşma ve zihinsel düzenleme tekniğini içerir.

Davranışsal başetme yöntemleri; davranış biçiminin değiştirilmesi atılganlık eğitimi ve zamanın iyi kullanılması gibi yöntemleri içerir.

Yapılan bu farklı gruplamalar aynı stresörle karşılaşsalar bile, her bireyin olaylara kendine özgü tepki vermesinden, yani bireysel farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Stresle baş etme yaşam içinde bireylerin öğrenilmiş davranışlarına ve bilişsel algılamalarına bağlı olarak değişmektedir. Bireyin stresi algılama ve başetme biçimi; stresle karşılaşma sıklığına, karşılaşılan stresin büyüklük, süre ve anlamına, bireyin benlik kavramına, sosyal desteklerin varlığına ve kişilerarası ilişkilerdeki davranış biçimine bağlı olarak bireysel farklılıklar göstermektedir. Stres altındayken sağlıklı kalabilen insanların özellikleri incelendiğinde bunların;

- Değişmeye açıklık
- Yaptıkları işe kendilerini verme ve anlamlı görme
- Olayların kontrolünü elinde tuttuğuna inanma olduğu görülmektedir.

Bu bireylerin, stresli olayları bir tehdit olarak algılamak yerine yetenek ve becerilerinin sınandığı bir fırsat olarak algıladıkları, kendilerini yaptıkları işe daha fazla verdikleri,

işlerinde ve aile yaşantılarında aktif bir rol aldıkları, çevrelerinde önemli etkileri olduklarına inandıkları belirlenmiştir.

Stresle Başetmede Yararlı Bireysel Yöntemler

1-Kendini Tanıma: Kendini tanıma bireyin kendisi ile duygu ve düşünceleri ile ilişki kurma sürecidir. Kişinin kendini tanıması ve davranışlarını kontrol etmesi stresle başa çıkmak için etkili bir yöntemdir. Kendini daha iyi tanımak için şunlar yararlı olabilir:

- Bir başkası ile düşüncelerin paylaşılması, bireyin olaylara değişik açılardan bakmasını kolaylaştırır.
- Geri bildirim almak, düşüncelerin açığa kavuşmasını ve davranışların diğer bireyleri nasıl etkilediğini öğrenebilmek açısından yararlı bir yöntemdir.
- Günlük ya da notlar tutmak bireyin kendini tanıması, duygularını zayıf ve güçlü yönlerini fark etmesi, tutum ve tepkilerini belirlemesinde yardımcı olmaktadır.
- İçsel değerlendirme yapmak bireyin duygularını, zayıf ve güçlü yönlerini, tutum ve tepkilerini fark etmesinde önemli bir araçtır.

2-Gevşeme Teknikleri: Gevşeme bireyin bedenindeki gerilimin farkına vararak bedensel gerilimini azaltması ve stresin yarattığı olumsuz sonuçların ortadan kalkmasıdır. Gevşeme sayesinde stres anında ortaya çıkan kimyasal maddeler kaybolur ve böylece stres azalır. Gerçekten gevşemeyi başarmış bir insanın solunumu derin ve rahat, elleri ve ayakları sıcak ve ağır, kalp vuruşları sakin ve düzenli, karnı sıcak, alnı serindir. Bu durumdaki bir insanın kasları gevşemiş, hormonal dengesi sağlanmış, ve beden metabolizması yavaşlamıştır.

Derin Soluk Alıp Verme; Beden strese tepki verirken hızlı ve yüzeysel soluma görülür. Oysa yavaş ve derin bir solunum bu stres tepkisini bitirerek gevşemeyi sağlayabilir. Stresli iken bedenimiz daha çok oksijene ihtiyaç duyar. Doğru nefes alıp vermekle hem akciğerlerin daha çok hava ile dolması, hem de doku ve organizma için zararlı strese bağlı oluşan kimyasal maddeler temizlenmiş olur.

İyi ve derin bir solunumun ağır, derin ve sessiz olması gerekir. İyi bir nefes yavaş olarak burundan alınır, sessiz olur ve akciğerlerin tamamını doldurur.

İyi ve doğru bir nefes egzersizi nasıl yapılır?

-Ayakta ya da oturarak rahat bir pozisyon alın.

-Sağ avucunuzu göbek deliğinin hemen altına koyun

-Sol elinizi göğsünüzün üstüne memelerin hizasına koyun.

-Gözlerinizi kapatın (ilk zamanlar daha iyi konsantre olmak için gözleri kapatmakta yarar vardır)

-Akciğerlerdeki havayı boşaltmak için nefes verin. Bunu yaparken zorlamayın havanın kendiliğinden çıkmasını sağlayın.

-Mümkün olduğunca yavaş “bir, iki” diye sayarak burundan derin, yavaş ve sessiz bir nefes alın ve aldığınız nefesi göbek deliğinizin altına koyduğunuz elinizle hissedecek şekilde aşağıya iterek akciğerlerinizin tümünü doldurun.

-Soluduğunuz havayı iki- dört saniye akciğerlerinizde tuttuktan sonra yine “bir, iki” diye sayarak ağızınızdan “nefes aldığınız sürenin iki katı sürede” boşaltın.

-Aynı hareketi bir kez daha tekrarlayın.

-Yeni bir nefes almadan önce en az dört- beş kez normal nefes alın.

Eğer doğru bir nefes aldıysanız nefes alınırken sağ elinizin hareket etmesi gerekir. Eğer yanlış aldıysanız göğsünüzün üstüne koyduğunuz sol elinizin hareket etmesi gerekir.

Günde en az 40 defa bu şekilde nefes almak bu egzersizi alışkanlık haline getirir. Bu alışkanlığı kazandıktan sonra gözleri kapamak elleri göğüs ve karın üzerine koymak gerekmemeyecektir.

Derin soluk alıp verme egzersizini yaparken dikkat edilmesi gereken noktalar:

-Sesli şekilde nefes almayın. Sesli olarak nefes alınırken burun delikleri kapanacağı için yeteri miktarda hava almak zorlaşır.

-Hızlı bir şekilde nefes almayın. Çünkü bu durumda hava akciğerlerin ortasında toplanacağı için istenen sonuç elde edilemez.

-Egzersizleri ara vermeden tekrarlamayın. Çünkü baş dönmesi, baygınlık olabilir.

Bu egzersizleri tam öğrenebilmek için günde en az 60 defa uygulayın. Aşağıda belirtilen bazı durumları nefes almak için fırsat olarak değerlendirebilirsiniz:

-Asansör beklerken

-Asansörle çıkarken

-Telefon çaldığında, açmadan önce

-Bir şeyin kaynamasını beklerken

-Telefonda hat beklerken

-Zilini çaldığınız bir kapının açılmasını beklerken

Ayrıca renkli küçük etiketlerle bunları görebileceğiniz yerlere yapıştırarak kendinize küçük hatırlatmalarda bulunabilirsiniz.

İlerleyici (aşamalı) Gevşeme; Bu gevşemede bütün dikkat beden üzerinde toplanır. Kişiler bu tekniği uygulayarak bedenindeki kasların gergin ya da gevşemiş olduğundan haberdar olur ve kaslarındaki gerginliğin nerelere yerleştiğini anlayabilir. Böylece gergin ve gevşemiş durumdaki kaslarını tanıyarak gergin olanları gevşetmek için istekli ve bilinçli bir çaba harcamayı öğrenir. Bu teknikte çeşitli kas grupları sıra ile komut verilerek gevşetilir. İlerleyici gevşeme yöntemi uygulanırken dikkat edilmesi gereken bazı kurallar bulunmaktadır;

-Önce sessiz bir ortamda, rahat bir pozisyonda oturun ya da uzanın.

-Varsa sıkı giyecekleri, kravat ve kemeri gevşetin, ayakkabıyı çıkartın,.

-Uygulama sırasında ayak ayak/ bacak bacak üstüne atmayın.

-Uygulama sırasında el veya kollarınızı kavuşturmayın, üst üste koymayın.

-Bu tekniğin yararlı olması için düzenli yapılması gerekir. Mümkünse günde iki kez değilse bir kez mutlaka yapın.

-Uygulama sırasında uyumayın. Eğer uyuyorsanız, dirseklerinizi dayayarak oturun ve uygulamayı bu durumda sürdürün.

Aşamalı gevşeme tekniği şöyle uygulanır (hafif gevşetici bir müzik eşliğinde yapılabilir):

Yüz kısmı, boyun, omuz bölgelerinin gevşetilmesi

Tüm kaslarınızı rahat bırakın, gevşetin ve ağırlaştırın... sessizce, rahatça yerleşin. Alnınızı kırıştırın, daha çok kırıştırın.... Ve şimdi bırakın. Gevşeyin ve alnınızı gevşetin. Gevşeme arttıkça, alnınızın düzeleceğini düşünün..

Şimdi somurtun ve kaşlarınızı çatın. Gerginliği hissedin.. gerginliği bırakın.. alnınızı bir kez daha düzeltin.. şimdi gözlerinizi sıkı sıkı kapatın, daha sıkın... gerginliği hissedin... gözlerinizi rahatlatın, kapalı tutun..

Şimdi çene kemiklerinizi ve dişlerinizi sıkın... çene kemiklerinizdeki gerginliği hissedin... çenenizi gevşetin, rahatlatın. Dudaklarınızı birbirinden yavaşça ayırın... gevşemeyi hissedin....

Şimdi dilinizi damağınıza sıkıca itin.... Gerginliği hissedin... tamam, dilinizi rahat olan duruma getirin.... Şimdi dudaklarınızı birleştirin, sıkın.... Dudaklarınızı gevşetin. Germe ile gevşeme arasındaki farka dikkat edin.... Gevşemeyi tüm yüzünüzde, ... bütün alnınızda, gözlerinizde, çenenizde, dudaklarınızda, dilinizde, boğazınızda hissedin.... Gevşeme fazlalaşıyor...

Şimdi boyun kaslarınıza dikkat edin... Kafanızı geriye doğru gidebildiği kadar itin ve gerilimi hissedin... Sağa çevirin ve gerilimin sağa doğru geçtiğini hissedin. Şimdi sola çevirin.. Kafanızı düzeltin ve öne getirin... Çenenizi göğsünüze doğru bastırın.. kafanızı

rahat duruma tekrar getirin, gevşemeye dikkat edin.. Gevşeme artsın.. Omuzlarınızı kaldırın... Gerginliği tutun... Omuzlarınızı düşürün ve gevşemeyi hissedin.. boyun ve omuzlar gevşemiş.. omuzlarınızı tekrar kaldırın ve hareket ettirin.. omuzlarınızı yukarıya, öne, arkaya getirin.. omuzlarınızda ve sırtınızda gerginliği hissedin. Omuzlarınızı bir kez daha düşürün ve gevşeyin. Gevşemeyi omuzlarınıza, sırt kaslarınıza doğru derinleştirin.. boynunuzu, boğazınızı, çeneizi ve yüzünüzün diğer kısımlarını gevşetin.. gevşemeniz fazlalaşıyor... Derinleşiyor.... Derinleşiyor..

Kolların gevşetilmesi

Kendinizi iyice bırakın.....yumruğunuzu sıkın.. sağ yumruğunuzu, eliniz ve kolunuzdaki gerginliği hissedin.. ve şimdi gevşeyin... Sağ elinizin parmaklarını gevşetin.. şimdi kendinizi bırakın ve daha fazla gevşemeye çalışın.. bir daha sağ yumruğunuzu sıkın.. öylece kalın ve gerginliği fark edin... ve bırakın.. gevşeyin.. parmaklarınızı gevşetin.. parmaklarınızı gevşetin ve farka dikkat edin..

İki yumruğunuzu da iyice sıkın, daha sıkın.... Acısın... iki yumuk sıkılmış, eller gergin, duyumları inceleyin... şimdi gevşeyin....parmaklarınızı uzatın ve gevşekliği fark edin....ellerinizi, kollarınızı daha da gevşetmeye devam edin....şimdi dirseklerinizi ve kollarınızın üst kısmını gerin, sıkın..ve gerginliği hissedin... Tamam kollarınızı uzatın, gevşetin ve farkı hissedin. Gevşekliğin gelişmesini sağlayın. Her seferinde gergin olduğunuz ve gevşediğiniz zaman duygularınıza dikkat edin... kollarınızı uzatın ve gerin, gerginliği kollarınızın arka kısmında hissedin.... O gerilimi iyice hissedin... şimdi gevşeyin... kollarınızı rahat bir konuma getirin.... Kollarınız ağırlaşacak, siz gevşedikçe onlar ağırlaşacak... ağırlaşacak.....kollarınızı tekrar uzatın ve kollarınızın arkak kısmını gerin..... gerginliği hissedin... kollarınızı rahat bir pozisyona sokun ve gevşetin. Buna devam edin..

Göğsün, midenin, sırtın alt kısmının gevşetilmesi

Tüm bedeninizi gevşetebildiğiniz kadar gevşetin...Gevşeme ile gelen o rahatlığı hissedin... Kolayca nefes alıp verin..Nefes verdikçe gevşeyin... şimdi nefes alın ve ciğerlerinizi doldurun... Derin nefes alın ne nefesinizi tutun... Gerginliğe dikkat

edin...şimdi nefesinizi bırakın.. Havayı bırakırken göğüs kafesinizi gevşetin.. Gevşemeye devam edin, rahatlığı hissedin... Bedeninizin geri kalan kısmıyla gevşeyin.... Ciğerlerinizi yeniden doldurun... Derin nefes alın ve nefesinizi tutun... Nefes verin... şimdi normal nefes alın...Göğsünüzü gevşetmeye devam edin ve bu gevşeme sırtınıza, omuzlarınıza, boynunuza, kollarınıza yayılsın....Kendinizi bırakın ve gevşemeden zevk alın...

Şimdi karın kaslarınıza... mide kaslarınıza dikkatinizi verin. Mide kaslarınızı gerin...karnınızı sıkın... gerginliğe dikkat edin... ve gevşeyin..Kaslarınızı gevşetin ve farka dikkat edin...Tekrar, mide kaslarınız sıkın... gerginliği inceleyin... Gevşeyin... Mide kaslarınızı gevşetmenizle oluşan genel rahatlığa dikkat edin....

Şimdi midenizi içeri çekin, kaslarınızı gerin...gerginiği hissedin... Şimdi gevşeyin, midenizi bırakın.. normal nefes almaya devam edin... Şimdi tekrar midenizi içeri çekin ve gerginliği tutun... gevşetmeden midenizi dışarı bırakın... gerginliği hissedin... şimdi midenizi gevşetin...Gevşeme yoğunlaştıkça, gerginliğin erimesini sağlayın. Her seferinde olan ritmik gevşemeye dikkat edin.... Midenizin ve göğsünüzün nasıl gevşediğine dikkat edin.. Bedeninizde olan gerginlikleri yumuşatın.

Şimdi dikkatinizi sırtınızın alt kısmına çevirin. Sırtınızı gerin ve sırtınızı alt kısmını çukur yapın ve omurganızdaki gerginliği hissedin... Tekrar rahatlayın... Sırtınızın alt kısmını gevşetin... Tekrar gevşeyin... gevşemeyi mide, göğüs, kollar ve yüz kısmına yayın. Bu kısımlar gevşiyor...gevşiyor. Tıpkı bir pelte gibi hissediyorsunuz kendinizi.....

Kalçaların, baldırların, bacakların alt kısmının gevşetilmesi

Bütün gerilimi bırakın ve gevşeyin... şimdi kalça ve baldırlarınızı kasın, taaa topuklarınıza kadar kasın, iyice acısın... gevşeyin ve değişikliğe dikkat edin...dizlernizi ve aldırlarınızdaki kaslarınızı tekrar gerin....gerginliği tutun....kalça ve baldır kaslarınızı gevşetin... Gevşemeyi kendi başına bırakın... ayaklarınızı ve parmaklarınızı aşağı doğru itin....böylece bacaklarınızın alt kısmındaki kaslar gerilsin. Gerginliğe dikkat edin..... Ayaklarınızı ve bacaklarınızın alt kısmındaki kasları gevşetin... bu kez ayaklarınızı

yukarı doğru kıvrırmaya çalışın... ayak parmaklarınızı yukarıya kaldırın...tekrar gevşeyin... bir süre gevşemeye devam edin...

Şimdi gevşemeyi daha da çoğaltın,..... gevşeme tüm bedeninize yayılsın..... ayaklarınızı, bileklerinizi, bacaklarınızın alt kısmını, dizinizi, baldırlarınızı, kalça kaslarınızı gevşetin.... Bedeninizin alt kısmının ağırlaştığını hissedin, daha da gevşeyin. Şimdi gevşemenizi midenize, belinize, sırtınızın alt kısmına doğru yayın. Daha çok gevşeyin... bu rahatlığı hissedin... Sırtınızın üst kısmına, omuzlarınıza, kollarınıza, taa parmak uçlarınıza kadar gevşeyin.. boğazınızda gerginlik kalmasın... Yüz kaslarınızı gevşetin... Tüm bedeninizle gevşemeye devam edin. Şimdi derin nefes alıp yavaşça vererek daha da gevşeyebilirsiniz...

Şimdi burada olmadığınızı düşünün. Çok yumuşak, yemyeşil otların üzerinde uzandığınızı düşünün. Güneşli bir günde, o ağacın gölgesinde uzanıyorsunuz. Yukarıya baktığınızda hafif rüzgarla hareket eden yaprakları görüyorsunuz.. Çok rahatlatıcı bir görüntü. Nefes aldığınız hava çok temiz..

Şimdi orada olduğunuzu düşünmeyi bırakın ve yine burada olduğunuzu düşünün. Birkaç dakika içinde normal durumunuza dönmenizi isteyeceğim. Bu, buraya geldiğiniz kadar gergin olacaksınız demek değildir, fakat günü devam ettirecek kadar dinç olacaksınız. Bunu yavaş yavaş yapacağız. 1’den 4’e kadar sayacağım. Bir deyince ayaklarınızı ve bacaklarınızı hareket ettirin. İki deyince ellerinizi ve kollarınızı hareket ettirin. Üç deyince sandalyede dik oturun. Dört deyince gözlerinizi açabilirsiniz.

3-Etkili İletişim Kurma Yöntemleri: Daha önceki oturumlarda konuşulduğu gibi atılgan iletişim kurmaya çalışmak stresle başetmede oldukça önemlidir. Atılgan iletişim sayesinde kendi duygularımızın ve karşımızdaki kişinin duygularının farkında oluruz, kendi duygu ve düşüncelerimizi anlatırız, başkalarına da kendilerini anlatmaları için fırsat tanırız, yargılamadan, suçlamadan, eleştirmeden iletişim kurarız. Daha öncede değindiğimiz gibi atılgan iletişim; empatik olmayı, duyguların farkına varmayı ve ifade etmeyi, dinlemeyi, sen dili yerine ben dili kullanmayı, gerektiğinde hayır diyebilmeyi, uygun istekte bulunmayı, uygun geribildirimler vermeyi, sorunları şimdiki zaman içinde

ele almayı, eski birikimleri katmamayı, birinin haklı çıkması yerine her iki tarafın da anlaşabileceği bir çözüme yönelmeyi içerir.

4. Sorunlara yol açan işlevsel olmayan düşünme biçimlerini ve duyguları fark etme ve değiştirme: Daha önceki düşünce-duygu-davranış oturumunda değinildiği gibi yaşadığımız olaylar karşısında hissettiğimiz duyguların ve gösterdiğimiz davranışların altında yatan şey düşüncelerimizdir. Ancak düşüncelerimiz çok otomatikleşmiş biçimde ve hızlı aktıkları için, biz çoğu zaman onların farkına varmayız ve yaşadığımız duygu ve davranışa olayın neden olduğunu düşünürüz. Oysa bu bir yanılsamadır. Bizim yaşadığımız deneyimlere ve yaşamımıza verdiğimiz anlamı etkileyen şey düşünce ve inancılarımızdır. Dolayısıyla işlevsel olmayan düşüncelerimizin fark edilmesi ve değiştirilmesi duygularımızı ve davranışlarımızı da olumlu yönde etkileyecektir ve stresle daha etkili başetmemizi sağlayacaktır.

Bazen stres yaşamamıza neden olan şeyi değiştirme imkanına sahip olamayız. Örneğin hastalık. Ancak değiştiremediğimiz bu stres kaynağına yönelik bakış açımızı değiştirebiliriz. Ayrıca kontrol edemediğimiz stres kaynakları ile başetmek için ek olarak kullanılabilecek başka yöntemler de bulunmaktadır. Bu yöntemler şunlardır:

- Endişe yaşadığınız süreyi sınırlı tutmak
- Durumu yeniden değerlendirmek, olayların iyi taraflarını aramak
- Aklınıza olumsuz düşünceler geldiğinde bunları durdurmak
- Kendi durumunuzun diğer insanlarla olumlu karşılaştırmasını yapmak
- İnsana acı çektiren şeyleri hatırlatan durumlardan kaçınmak (sürekli kaçınmak uygun değildir)
- Gerilimi azaltmak için fiziksel egzersiz yapmak
- Kas gevşetme, zihinsel dinginlik ve derin nefes egzersizleri yapmak
- Boş zamanlarda keyifli etkinliklerde bulunmak
- Sosyal destekten (aile, arkadaşlar, çocuklar, eş vb.) yararlanmak

- İyi bir uyku alışkanlığı kazanmak
- Vücudu dengede tutacak şekilde sağlıklı beslenmek.

5. Problem Çözme

İnsan günlük hayatta pek çok sorunla karşılaşır, sorunsuz bir yaşamın olması da mümkün değildir. O nedenle sorunsuz bir yaşam beklemek yerine sorunları nasıl çözeceğimizi öğrenmek gereklidir.

Problem çözmede karşılaşılan en önemli sorunlardan biri; bireylerin problemleri çözmek için hiçbir çaba harcamamasıdır. Örneğin; “yalnız olmaktan” şikayet eden bir bireyin çözüm olarak üzülmekten başka bir şey yapmaması gibi.. Diğer bir sorun da problem karşısında sigara, yemek yeme, ilaca ya da alkole ya da bunların bir kaçına birden başvurmak ya da içe kapanmak, kaçınmak, yok saymak, ya da öfke nöbetleri sergileyerek kırıncı olmak gibi tepkiler göstermektir. Sorunları daha etkili ve sistematik olarak çözmek ve somut adımlar atmak için kullanılan en uygun yöntem “problem çözme yöntemidir”. Tanım olarak problem çözme; herkes için en iyi veya doğru çözümü bulma yöntemidir.

Problem çözme yönteminde amaç karşılaşılan soruna yönelik en uygun kararın verilmesi ve uygulanmasına yardımcı olmaktır. Problem çözme aşamaları şunlardan oluşmaktadır:

- 1.Problemin tanımlanması (Sorunum ne?)
- 2.Ulaşılabilir gerçekçi hedefler belirlenmesi (Ne istiyorum? Ulaşmak istediğim sonuç nedir?)
- 3.Bu hedeflere ulaşmak için seçenekler üretilmesi (Neler yapabilirim? Problemi çözebilecek tüm seçeneklerim nelerdir?)
- 4.Seçenekler arasından en etkili ve uygulanabilir olanın/olanların belirlenmesi (Seçeneklerimin avantajları ve dezavantajları nelerdir? Seçeneklerim arasında en etkili ve uygulanabilir seçenek hangisidir?)
- 5.Kararın verilmesi (Seçeneklerimin hangisi en uygun ve uygulanabilir?)

6.Kararın uygulanması (En uygun seçeneğimi ne zaman ve nasıl uygulayabilirim?)

7.Sonucun değerlendirilmesi (Çözüm işe yaradı mı?)

8.Olumsuz bir sonuçla karşılaşıldığında planda değişmesi gerekenlerin saptanması (Tekrar 3. aşamaya dönülür)

Problem çözme basamaklarına ilişkin ayrıntılı açıklamalar şöyledir:

1. Problemin Tanımlanması

- Öncelikle problem doğru olarak tanımlanmalı ve çözülebilir bir tarzda ifade edilmelidir. Aksi taktirde bireyler çıkış yolu bulamadığından problemin içinde kaybolabilir.

Çözumsuz problem ifadesi:

“Geçmişimden dolayı şu andaki hayatımda çok mutsuzum. Annem ve babam bana düşmanca davranırlardı. Eğer beni daha fazla sevselerdi ben de şimdiki karışıklık içinde olmazdım”

Bireyin geçmişi hiçbir zaman değiştirilemez. Bu ifade ile sorun geçmişe dönük ortaya konulduğundan sorun çözümlenemez. Bu kişinin beklentisi “sana yazık olmuş” gibi bir tepki verilmesidir.

Bu gibi durumlarda sorunu çözülebilir bir problem haline dönüştürmek gereklidir.

Çözülebilir problem ifadesi: “Yıllardır mutsuzluğumdan dolayı anne-babamı suçluyordum. Zamanımın büyük bir bölümünü kendim için üzümlere geçirdim. Sonuç olarak hep oturuyorum ve hiçbir şey yapmıyorum, arkadaş edinemiyorum, hiçbir şekilde adım atmıyorum”

Sorunu bu şekilde ortaya koyduğumuzda çözümleyebiliriz. Bu kişi ebeveynlerini değiştiremeyeceği için onları suçlamayı bırakabilir. Kendine olan güvenini artırabilir. Kendisi için üzülmekten vazgeçebilir ve toplum içinde daha etkili kişilerarası iletişim becerileri kazanabilir.

Eğer bir sorunu belirsiz bir şekilde geçmişe bağlayıp bırakırsak veya kendi kontrolümüz dışındaki güçlere bağlarsak o sorunu çözemeyiz.

Bir başka Çözumsuz problem ifadesi:

“Eğer kayınvalidemin bizimle kalmasına ve beni üzmesine izin vermeseydim şimdi ben kanser olmayacaktım. Çünkü eşimi ve çocuklarımı seviyorum onlarla bir sorunumuz yok. Hastalığımın tek nedeni kayınvalidem”

Bu kişi geçmişini ve kayınvalidesini değiştiremez. Birey tüm sorumluluğu karşı tarafa yüklemiş yani kayınvalidesine yükleyerek kendisinin hiçbir şey yapamayacağı sonucuna varmıştır

Çözülebilir problem ifadesi: “Kayınvalidemle birlikte yaşadığım dönemde bazı sorunlarımız oldu. Fakat bu tek başına hastalığımın nedeni olamaz. Sadece onun neden olduğunu düşündüğümde üzülüp kendime acımdan başka bir şey yapmıyor öylece oturuyorum, hiçbir toplantıya katılmıyorum, hep öfkeli ve kızgın oluyorum”

Bu kişi bir şeyler yapmaya başladığında (Örneğin kayın validesinin olumsuz davranışlarına sınır koymak, kendisinin gelişmesi gereken yönlerini fark etmek ve bunların üzerinde çalışmak) kendisini daha az üzgün hissedecek ve kızmak için zamanı olmayacaktır.

- Her şeyden önce bir eylem basamağına geçmeden önce problemi çözümlenecek bir biçimde tanımlamak gerekir.

Problemin sahibi olarak probleme yeterince sahip çıkıyor muyuz? Yani problemi başkalarının hatalı yaptığı bir durum olarak mı tanımlıyoruz?

- Problemi kendi problemimiz olarak görmeli ve başkalarının, bir sistemin veya tanımlayamadığımız diğer güçlerin bir parçası olarak görmemeliyiz

Sahiplenilmemiş problem örneği: “Arkadaşlarım, eşim gerçekten benimle ilgilenmiyorlar. Beni sosyal yaşantılarının çok sınırlı bir kısmında kabul ediyorlar.”

Sahiplenilmiş problem: “Ben arkadaşlarımla birlikteyken alaycı ve iğneleyiciyim. Bazen onların sessizce “of” dediklerini ve benim orada olmamı istemediklerini düşünüyorum. Onları dışlıyorum ve beni birlikte gezmeye gitmeye çağırmadıkları için suçluyorum.”

İki kişinin çatışma içinde olduğu durumlarda bir tarafın suçsuz olması çok seyrek rastlanan bir durumdur. Bir kadın kocasının davranışını değiştiremeyebilir ancak kendi davranışını değiştirebilir. Bir kimse açıkça bir haksızlık durumuyla karşılaşsa bile ona uygun olanaklara sahip olmasa da olabildiğince daha etkili bir yaşam sürmek için nasıl davranabileceğine karar verebilir. Özetle bize karşı sorumsuzca davranan kişiler olsa bile bunun bizim sorunumuz olduğunu kabul edip, kendi davranışlarımızı gözden geçirmeli ve bu sıkıntının oluşmasında bizim katkımızın ne olduğunu düşünüp daha sonra nasıl davranacağımıza karar vermeliyiz.

- Problemi somut olarak ifade etmemiz çok önemlidir. Bir problem ne kadar somut olarak ifade edilirse o kadar kolayca ulaşılabilir amaçlar ortaya konabilir.

Genel problem ifadesi: “Evdeki işler o kadar yoğun ki çıldırmamak işten değil”

Somutlaştırılmış problem ifadesi: “Evdeki yaptığım işlerden çok sıkıldım. İşler çok sıradan olmaya başladı. Çocuklarımı, eşimi, annemleri memnun edemiyorum. Çocuklarımla yeterince ilgilenemiyorum, onlara istediğim gibi örnek bir anne olamadım.”

Somut problemde kişi çocuklarıyla yeterince vakit geçiremediği için onlarla olan paylaşımını yetersiz buluyor. Bu durumda olası bir amaç çocuklar ile birlikte yapılabilecek çeşitli aktivitelerin planlanması olabilir. Zaman planlaması yaparak ev işleri dışında faaliyetler araştırılabilir. Bu kişi davranışı sürdürmek için veya başarısızlıkları açısından ne yaptığını ortaya koyarsa (ör: eşime söyleniyorum, evi temiz tutmuyorum gibi..) amaç ve hedefler açıkça ortaya çıkacaktır. Başarısız olarak yapılan pasif direnç davranışları bırakılacak ve yapılması gereken şeye başlanılacaktır.

- Problem çok genel veya birçok alt bölümden oluşuyorsa küçük parçalara bölünerek çalışılabilir.

Örneğin; çok genel bir problem: “Aile hayatım kötüye gidiyor”

Ayrıştırılmış parçalar:

- Eşim ve ben ilişkimizle ya da sahip olduğumuz çeşitli değerlerle ilgili hiç konuşmuyoruz
- İki çocuğum birbiriyle geçinmiyor. Asla işbirliği ve anlayışla bir araya gelmelerini sağlayacak şeyleri yapamıyorlar
- Eşim ve ben çocuk yetiştirme konusunda farklı görüşlere sahibiz ben disiplin sağlama yöntemlerinde tutarsız davranıyorum
- Kapalı bir evimiz var. Çok az arkadaşımız bizi ziyaret ediyor
- Çevrede ailece ilişki kurduğumuz insanlar yok
- Eve geldiğimde yorgun oluyorum ve vaktimin büyük bir kısmını TV karşısında geçiriyorum

Ancak bu alt parçalar anlamsızlaşacak kadar küçültülmemelidir.

- Problemlerin dikkate alınmasında önceliklerin belirlenmesi çok önemlidir

Hangi problem ya da alt problem üzerinde ivedi bir biçimde çalışılacağı ve enerjinin ilk onun için harcanacağı belirlenmelidir.

Örneğin; “Eşim çok egoist ve zorba bir insan. O ne dediyse ona itaat ettim. Bu durum ortalığı sakinleştirmede işe yarıyordu. Ancak bu da benim kendimden memnun olmamama neden oldu.” Bu kişinin 2 seçeneği bulunmaktadır. Kendi davranışını değiştirmek veya eşini değiştirmek. Bu kişi ilk önce kendi davranışları üzerinde düşünmelidir. Çünkü bencil ve zorba olmak eşinin problemidir ve bununla eşi başa çıkmak zorundadır. Bireyin problemi de ne pahasına olursa huzurlu olmaktır. Eşlerden her biri ilişkilerinde nasıl sıkıntıya yol açtıkları konusunda birbirleriyle konuşup kendi hataları üzerinde düşünürlerse sıkıntıları daha da azalacaktır.

- Daha az ciddi problemden daha ciddi probleme doğru ilerlemek gerekir. Bunu yaparken acil ve kriz durumlarıyla hemen/anında ilgilenmeyi unutmamak gerekir.

Durumun ciddiyeti şöyle formülize edilebilir:

Ciddiyet: Sıkıntı, sıklık, kontrolsüzlük.

Buna göre çok sık ve yoğun sıkıntı yaşamak yaşamadaki olumsuz duygusal tepkileri kontrol etmeyi etkileyecektir. Böylece yaşanan bu durumun ciddiyeti de daha fazla olacaktır. Ayrıca bireyin olaya verdiği anlam da etkili olmaktadır. Örneğin; memesi alınmış bir kadın kendisini eksik yetersiz olarak görüp eşinin kendisini beğenmeyeceğinden korkarken; bir başka kadın ise aynı olaya rahat bir şekilde “bu benim sağlığımdan önemli değil” diyerek hiç üzülmemiştir.

- Bundan sonraki adım ulaşılabilir ve gerçekçi amaçlar oluşturmaktır. Her problem şu andaki bir durumu, her amaç da olmasını istediğimiz bir durumu tanımlamaktadır

1. Problem: *“Fabrika kapandı, işimi kaybettim”*

Amaç: *“Bir başka iş istiyorum”*

2. Problem: *“Eşimle ilişkim kötü. Kavga ediyoruz. Birbirimizi dinlemiyoruz. Her ikimizde kendi rahatımızı düşünüyoruz.”*

Amaç: *“Eşimle ilişkimizi düzeltmek istiyorum. Onu dinlemek istiyorum. Onun söylediklerini anladığımı ona iletmek istiyorum ve ona yardımcı olmayı istiyorum ve onun da aynı şeyleri benim için yapmasını umuyorum”*

3. Problem: *“Bu hastalık başladığından beri insanlardan kaçır oldum. İnsanların bana acımasına dayanamıyorum.”*

Amaç:

- *“İnsanlarla birlikte olmaktan rahatsız olmamak istiyorum.*

- *Bu hastalıktan kurtulamayacağım, iyileşemeyeceğim düşüncesinden kurtulmak istiyorum*

- *Sürekli hastalığım tekrarlar mı düşüncesinden kurtulmak istiyorum*
- *Çocuklarımla konuşmak onların ödevlerine yardım etmek istiyorum*
- Çok genel ve belirsiz problemler amaç oluşturmada sıkıntı yaratır.

Genel bir problem: *“İnsanlarla ilişkilerim sıkıntı ve kaygı dolu.”*

Amaç: *“Başkaları ile ilişkilerimin kalitesini artırmak, sıkıntı ve kaygılarımdan kurtulmak istiyorum.”* Bu sorunun alt parçalara ayrılması gerekir.

Alt problem : *“Başkalarını dinlemek ve anlamak için zaman ayıramıyorum.”*

Alt amaç: *“Arkadaşlarımı etkili biçimde nasıl dinleyebileceğimi ve onları anlayarak iletişim kurmayı öğrenmek istiyorum.”*

Problemler “Engelleyici güçler” iken amaçlar “kolaylaştırıcı güçlerdir” hedefler ise engelleyici güçleri zayıflatmak, kolaylaştırıcı güçleri kuvvetlendirmenin araçlarını bulmaktır. Amaçlar olabildiğince işe vuruk bir şekilde ifade edilmelidir.

İşe vuruk olmayan bir amaç: *“Dünyayı değiştirmek istiyorum.”*

İşe vuruk amaç: *“Bu yaz nakış ve el becerisi (Kara kalem veya yağlı boya resim vb.) kursuna gitmek istiyorum.”*

- Amaç somut olarak ifade edilmeli ve benimsenmelidir.

Zayıf bir amaç: *“Başkaları ile ilişkilerimi geliştirmek ve sıkıntılarımdan kurtulmak istiyorum.”*

Halen zayıf amaç: *“Arkadaşlarımla olan ilişkimin kalitesini artırmak istiyorum.”*

İyi amaç: *“Arkadaşlarımı dinlemek ve onları anlamak istiyorum.”*

Daha iyi amaç: *“Arkadaşlarımla ihtiyaçlarına duyarlı olmayı ve onlara yardım etmeyi istiyorum ve onların bana yardım etmelerini istiyorum.”*

Benimsenmemiş amaçlara örnekler,

- *Eşimin bana daha anlayışlı olmasını istiyorum*

- *Kocamın söylenmesini durdurmak, onu değiştirmek istiyorum*

- *İnsanların bana acımalarını istemiyorum.*

Bu şekilde ifade edilen problemler çözülemez. Çünkü eşi ne yaparsa o bireyi anlamış olacak, bu belirtilmemiştir ve açık değildir Bireyin amacı somut ve ölçülebilir olmalıdır.

Seçenekler Üretme: Problem çözümünde belirlenen amaçlara ulaşmak için gerekli araçların bir listesi en genel amaçtan en özel alt amaca doğru yapılmalıdır.

- Bu amaca ulaşmada engelleyici faktörler ve kolaylaştırıcı güçlerin listesi yapılmalıdır.

Bu güçlerden en önemlisinin altı çizilir ve altını çizdiği engelleyici gücü ortadan kaldıracak eylem listesi yapılır. Daha sonra altını çizdiği kolaylaştırıcı gücün etkisini artıracak eylem listesi oluşturulur. ör. Sigarayı bırakmak istiyor. engelleyici güçleri arasında; çevresindeki ve iş arkadaşları sigara içiyor, kendisi de onlara hayır diyemiyor, utangaç bir yapısı var. Kolaylaştırıcı güçleri arasında ise zeki bir insan olması, kararlı ve tutarlı bir yapısının olması, çevresinde ilgisini ve enerjisini aktarabileceği başka aktivitelere sahip (fitness, halk oyunları, müzik kursları gibi)

- Oluşturulan amaca yavaş yavaş ulaşmasını sağlayacak eylem basamakları sıraya konulmalıdır (en basitten en zora doğru).

Karar Verme: En uygun ve ulaşılabilir çözüm yönteminin seçilmesidir. Kendine uygun (değer ve inançlarına) sonuca ulaşma olasılığı en yüksek olan planın belirlenmesi gerekir.

Uygulama: Bu aşamada, birey hem gelişebilir hem de acı duyabilir. Ör: Fitness programına katılan bireyin estetik bir vücuda kavuşabilmek için çektiği ağrı ve acılar gibi. Uygulama aşamasında yeni boyutlar ya da yeni sorunlar ortaya çıkabilir. Ör. Eşiyle ilişkisini düzeltmek isteyen birinin çocuğuyla arasının bozulması gibi

Sonuçları Değerlendirme: Uygulanan çözüm yönteminin bireyin gereksinimini karşılayıp karşılamadığı değerlendirilir.

EK-16: Hedef Belirleme Çalışma Kağıdı

Hedefim	Hedefime ulaşmadaki alt hedeflerim
Hedeflerime ulaşmak için yapabileceğim şeyler	

EK-17: Hayatın Anlamı

Eski zamanların birinde bir adam hayatın anlamının ne olduğuna takmış kafayı. Bulduğu hiçbir cevap ona yeterli gelmemiş ve başkalarına sormaya kara vermiş. Ama aldığı cevaplar da ona yetmemiş. Fakat mutlaka bir cevabı olmalı diyormuş. Ve dolaşıp herkese sormaya karar vermiş. Köy kasaba, dolaşmış, tam umudunu yitirmişken bir köyde konuştuğu insanlar ona “ şu karşiki dağları görüyor musun, orada yaşlı bir bilge yaşar, sen istersen ona git belki o sana aradığın cevabı verebilir” demişler. Çok zorlu bir yolculuk sonunda bilgenin yaşadığı eve ulaşmış adam. Kapıdan içeri girmiş ve bilgeye hayatın anlamının ne olduğunu sormuş. Bilge “Sana bunun cevabını söylerim ama önce bir sınavdan geçmen gerekiyor” demiş. Adam kabul etmiş. Bilge bir kaşık vermiş adamın eline ve içine de silme bir şekilde zeytinyağı doldurmuş, “Şimdi çık, bahçede bir tur at tekrar buraya gel, yalnız dikkat et kaşıktaki yağ eksilmesin eğer bir damla eksilirse kaybedersin” demiş. Adam gözü çay kaşığında bahçeyi turlayıp gelmiş. Bilge bakmış “Evet” demiş “Kaşıktaki yağ eksilmemiş, peki bahçe nasıldı? Oradaki acem halılarını gördün mü? Çiçekleri gördün mü?” demiş. Adam şaşkın. “Ama ben kaşıktan başka bir yere bakmadım ki” demiş. Bilge “ Şimdi tekrar bahçeyi dolaşıyorsun kaşık yine elinde ama bahçeyi inceleyip geleceksin” demiş. Adam tekrar bahçeye çıkmış gördüğü güzellikler karşısında büyülenmiş bahçe muhteşemmiş çünkü. Geri geldiğinde bilge adama “Bahçe nasıl” diye sormuş. Adam gördüğü güzellikleri anlatmaya başlamış. Bilge gülümsemiş “Ama kaşıktaki hiç yağ kalmamış” demiş ve eklemiştir. Hayat senin bakışınla anlam kazanır ya sadece bir noktayı görürsün hayatın akıp gider sen farkına varamazsın. Ya da görebileceğin tüm güzelliklerin tam ortasında yaşarsın hayatı, akıp giden zamanın anlam kazanır. Marifet yağı dökmeden etrafındakileri görebilmendir” demiş.

EK-18: Yaşamı Anlamlandırma

“Mehmet yemek borusu kanseri teşhisi almış bir hastaydı. Mehmet hastalığı hakkında araştırma yapmış, bu hastalığa yakalanan kişilerin gördükleri tedaviler ve kurtulma oranları ile ilgili makaleler okumuştı. Bu kanser çeşidinin çok ciddi ve ölümcül olduğunu öğrenmişti. Ayrıca okuduğu makalelerde hastaların çoğunun, teşhis konduktan sonra bir yıldan az yaşadıklarını okumuştı. Bu kanser türü, çoğunlukla uzun yıllar sigara içmiş ya da aşırı içki kullanmış yaşlı kişilerde görülmekte idi. Mehmet ise 40 yaşında genç bir kişiydi. Geçmişte bir süre sigara kullanmış ancak asla aşırı alkol kullanmamıştı.

Mehmet’e teşhis konulduğunda ameliyat için hemen plan yapıldı. Yemek borusunun büyük bir bölümü ve midesinin bir kısmı alınmıştı. Mehmet ameliyattan hemen sonra cerrahına kurtulma şansının ne kadar olduğunu sormuştu. Doktoru uzun vadeli senetler imzalamamasını söyledi. Böyle bir şey duymak insanı çok üzerti ve Mehmet’i de depresyona sokmuştu. Cerrah ağzından çıkan kelimelerin Mehmet’e olumsuz etkilerinin farkına varamamıştı.

Mehmet bir rehberlik uzmanından yardım almayı düşündü, okudukları tersini söylese de, bir şeyler yapmak hiçbir şey yapmamaktan daha iyiydi. Mehmet yürütülen görüşmeler sırasında daima mücadeleci bir tutum sergiledi. Şuna inanmıştı, kaybedecek hiçbir şeyi olmadan ve kazanacağı çok şeyi varken hastalığı konusunda elinden geldiğince çok şey öğrenecek ve onunla mücadele edecekti. Eşi Mehmet’in en büyük desteği idi ancak her zaman korkularını saklamayı başaramıyor bu da Mehmet’in güçlü kalmasını zorlaştırıyordu. Diğer bir zorluk da Mehmet’in sevmediği ancak sağlık sigortası sağlayan işiydi.

Devam eden görüşmeler sonunda Mehmet arzu ettiği hayatı yaşamaya hakkı olduğunu ve bunun için çabalaması gerektiğini anladı. Ancak Mehmet’in işini bırakmayı istemesi eşini tedirgin etmişti, sağlık giderlerini karşılayamayacaklarından korkuyordu. Ancak Mehmet kendinden çok emindi ve ne istediğini biliyordu. Bu onun hayatıydı ve kendi istediği gibi yaşayamazsa hayatta olmanın bir anlamı olmayacağını düşünüyordu.

Mehmet sevmediği işinden ayrıldı ve kendi işini kurdu. Dört yıl sonra Mehmet hayattaydı ve eski işinden ayrıldığı için çok mutluydu, kendinin patronu olmanın güzel olduğunu ayrıca daha fazla para kazandığını söylüyordu. Ayrıca cerrahı Mehmet’e, tedaviye vermiş olduğu mükemmel cevap sonunda eskisi kadar sık kontrole gelmesinin gerekmediğini söylemişti”.

EK-19

**Hastalığı Aktif Dönemde Olmayan Kanser Hastalarına Uygulanan
Güçlendirme Programının Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Sağlamlık
Düzeylerine Etkisi
İsimli Çalışma İçin Müdahale Grubu Aydınlatılmış Onam Formu**

“Hastalığı Aktif Dönemde Olmayan Kanser Hastalarına Uygulanan Güçlendirme Programının Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerine Etkisi” isimli araştırmanın amacı; gerçekleştirilecek güçlendirme programı aracılığıyla psikolojik güçlenmenizin artırılması ve bu güçlenme düzeyinin değerlendirilmesidir. Bu çalışma kapsamında sizler müdahale grubu içerisinde yer almaktasınız ve 10 oturumluk güçlendirme programına katılacaksınız. Bu oturumlar öncesi ve sonrası, güçlenme düzeylerinizi değerlendirmek amacıyla sizlere bazı anketler uygulanacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmada yürütülecek danışma oturumları ile elde edilecek veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Forma her hangi bir kimlik bilgisi yazmanıza gerek yoktur. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya oturumlar sırasında istemezseniz çalışmadan çekilmeye karar verebilirsiniz. Araştırmada kullanılan anketler sizlere çalışma öncesi, sonrası ve birinci ay sonunda dağıtılacaktır. Soruları dikkatle okuyup, samimiyetle cevaplamanız araştırmanın başarısı açısından önem taşımaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz.

Kabul ediyorum ()

Araştırmacılar

Arş. Gör. Y. Sinem ÜZAR ÖZÇETİN
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği AD.
3123051580
snm_uzar@hotmail.com

Yard. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği AD.
3123051580
dhicdurmaz@gmail.com

EK-20

**Hastalığı Aktif Dönemde Olmayan Kanser Hastalarına Uygulanan
Güçlendirme Programının Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik
Sağlamlık Düzeylerine Etkisi
Çalışma İçin Kontrol Grubu Aydınlatılmış Onam Formu**

“Hastalığı Aktif Dönemde Olmayan Kanser Hastalarına Uygulanan Güçlendirme Programının Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerine Etkisi” isimli araştırmanın amacı; verilecek güçlendirme programı aracılığıyla psikolojik güçlenme düzeylerinin artışın değerlendirilmesidir. Bu çalışma 10 oturumluk grup danışmanlığı ile yürütülecektir. Sizler çalışmanın kontrol grubunda yer alacağınız için sizlerle herhangi bir grup danışmanlığı yürütülmeyecektir ancak müdahale grubunda yer alan bireylerle aynı zamanlarda sizlere bazı anketler uygulanacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu araştırma ile elde edilecek veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Forma her hangi bir kimlik bilgisi yazmanıza gerek yoktur. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan çekilmeye karar verebilirsiniz. Araştırmada kullanılan anketler sizlere çalışma öncesi, sonrası ve birinci ay sonunda dağıtılacaktır. Soruları dikkatle okuyup, samimiyetle cevaplamanız araştırmanın başarısı açısından önem taşımaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz.

Kabul ediyorum ()

Araştırmacılar

Arş. Gör. Y. Sinem ÜZAR ÖZÇETİN
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği AD.
3123051580
snm_uzar@hotmail.com

Yard. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği AD.
3123051580
dhicdurmaz@gmail.com

EK-21: Tez Çalışması İle İlgili Etik Kurul İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 823

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 22.07.2015 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2015/15
Proje No : GO 15/442 (Değerlendirme Tarihi: 08.07.2015)
Karar No : GO 15/442 - 03

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ'ın sorumlu araştırmacı olduğu Arş. Gör. Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN'in tezi olan GO 15/442 kayıt numaralı ve "25 Yaş Üstü Kanser Hastalarına Uygulanacak Yapılandırılmış Güçlendirme Programının Hastaların Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Etkisi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | 9. Prof. Dr. Rahime Nohutçu (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | 10. Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara (Üye) | 11. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu (Üye) | 12. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer (Üye) | 13. Prof. Dr. Leyla Dinç (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | 14. Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 7. Prof. Dr. Ali Düzova (Üye) | 15. Av. Meltem Onurlu (Üye) |
| 8. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) | |

EK-22: Araştırmanın Uygulanabilmesi İçin Hastane İzinleri



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMLERİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI
Onkoloji Hastanesi Hemşire Müdürlüğü

Sayı: 63305009-771.08/315
Konu: Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN

15/07/2015

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesi

İlgi : 19.06.2015 tarih ve 933 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN'nin "25 Yaş Üstü Kanser Hastalarına Uygulanacak Yapılandırılmış Güçlendirme Programının Hastaların Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Etkisi" konulu tez çalışmasını Aralık 2015 – Aralık 2016 tarihleri arasında Tıbbi Onkoloji Bölümü (Poliklinik ve Yatan Hasta)'nde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Pervin

Yrd.Doç.Dr. PERVİN HÜRMÜZ
Onkoloji Hastanesi Başhekimi V.

EKLER :
1 sayfa yazı

Onkoloji Hastanesi Hemşire Müdürü : S. ÖZDEMİR (Paraf)



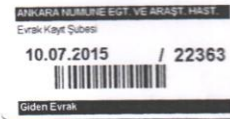


T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 20796219-Per.774

Konu: Arş. Gör. Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN
Uygulama Hk.



ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi:01.07.2015 tarih ve 8058 sayılı yazınız.

İlgi yazınızla, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği araştırma görevlisi Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN'in Yrd. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ sorumluluğunda yürüttüğü "25 Yaş Üstü Kanser Hastalarına Uygulanacak Yapılandırılmış Güçlendirme Programının Hastaların Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Etkisi" konulu çalışmasını Aralık 2015 – Aralık 2016 tarihleri arasında hastanemiz Tıbbi Onkoloji bölümünde yapması talebi Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr.M.Koray GÜRSEL
Hastane Yöneticisi a.
Başhekim Yardımcısı



Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İrtibat; Personel Şube Sorumlusu M.İNAC
Talatpaşa Bulvarı No:5 Altındağ/Ankara
Tel: 0 (312) 508 44.86.88 89 80 00 Faks: 0 (312) 508 44.86

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN

Doğum yeri ve tarihi: Beyoğlu, 1986

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

İletişim adresi ve telefonu: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi D

Blok. 06100 Sıhhiye/ANKARA. 03123051580

II- Eğitimi:

2005-2010 Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi - Lisans

2010-2013 Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı - Yüksek Lisans

2013-2016 Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı - Doktora

III- Mesleki Deneyimi

2010-2011 Mayıs Özel Bayındır Hastanesi - Yoğun Bakım Hemşiresi

2011 Mayıs- Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi – Ar. Gör.

IV- Bilimsel Faaliyetleri

Yayınları:

Tee S, Üzar Özçetin YS, Russell-Westhead M. Workplace violence experienced by nursing students: a UK survey. Nurse Education Today. 2016;41:30-35.

Üzar Özçetin YS, Hiçdurmaz D. Self Handicapping and its impact on Mental Health. Current Approaches in Psychiatry. 2016;8(2):145-154.

Üzar Özçetin YS, Hiçdurmaz D. Approaches of intensive care nurses towards sensory requirements of patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(21-22):3186-3196.

Üzar Özçetin YS, Yalçın İ. A Risk Area for Group Counseling: Boundary Violations. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 2015;5(43):128-136.

Üzar Özçetin YS, Hiçdurmaz D. A Neglected Truth: Sensorial Problems Effects on Intensive Care Patients. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*. 2015;2(2):75-81.

Projeleri:

Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi Bilimsel İşbirliği Projesi, King's College London akademik ziyareti, Haziran-Aralık 2015.

King's College London, Workplace bullying in undergraduate nursing students on clinical placement: establishing incidence, risk, prevention and effective management project, January 2015- October 2015.

Katıldığı kongreler, sempozyum vb.

5th European Conference on Mental Health, Prague 2016

6th International Nursing Management Conference, Bodrum, 2014

3rd International 7th National Psychiatric Nursing Congress, Ankara, 2014

The EONS-9 Congress , İstanbul, 2014

HORATIO: 3rd Festival of Mental Health Nursing, Malta, 2014

HORATIO: European Psychiatric Nursing Congress, İstanbul, 2013

3rd European Mental Health Nursing Conference, Turku, 2013

