

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

**REMİSYON DÖNEMİNDEKİ KANSER HASTALARINA
UYGULANAN GÜÇLENDİRME PROGRAMININ
RUMİNATİF DÜŞÜNCELERE, YORGUNLUĞA VE
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞA ETKİSİ**

Uzm. Hem. Sinem ÖCALAN

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2024

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

**REMİSYON DÖNEMİNDEKİ KANSER HASTALARINA
UYGULANAN GÜÇLENDİRME PROGRAMININ RUMİNATİF
DÜŞÜNCELERE, YORGUNLUĞA VE PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIĞA ETKİSİ**

Uzm. Hem. Sinem ÖCALAN

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN**

ANKARA

2024

ONAY SAYFASI**REMİSYON DÖNEMİNDEKİ KANSER HASTALARINA UYGULANAN GÜÇLENDİRME
PROGRAMININ RUMİNATİF DÜŞÜNCELERE, YORGUNLUĞA VE PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIĞA ETKİSİ****Öğrenci: Sinem Öcalan****Danışman: Doç. Dr. Yeter Sinem Üzar Özçetin**

Bu tez çalışması 28.02.2024 tarihinde jürimiz tarafından "Psikiyatri Hemşireliği Programı" nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof. Dr. Satı Demir*
(Gazi Üniversitesi)

Üye: *Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz*
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: *Doç. Dr. Nilay Ercan Şahin*
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: *Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Gül Yavaş Ayhan*
(Ankara Üniversitesi)

Üye: *Dr. Öğr. Üyesi Melike Ayça Ay Kaatsız*
(Hacettepe Üniversitesi)

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

13 Mart 2024

Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

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.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

29/02/2024

Sinem ÖCALAN

ⁱ“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü tezlere ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

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, Doç. Dr. Yeter Sinem ÜZAR-ÖZÇETİN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığımı beyan ederim

Sinem ÖCALAN

✓

TEŞEKKÜR

Doktora sürecimin başından itibaren gelişimim için beni destekleyen, karakteri, bilgi birikimi ve tecrübeleriyle bana örnek olan, birlikte çalışmayı çok sevdiğim, her ne kadar şu an farklı ülkelerde olsak da varlığını hep yanımda hissettiğim kıymetli danışmanım Doç. Dr. Yeter Sinem Üzar-Özçetin'e,

Süreç boyunca bilgi, deneyim ve değerli görüşleriyle bana ve tezime değerli katkılar sunan Prof. Dr. Satı Demir ve Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz'a

Her biriyle yolumun iyi ki kesiştiğini düşündüğüm, hayata karşı duruşlarına hayran kaldığım, bana kış mevsiminde çiçek açmayı öğreten birbirinden değerli katılımcılarıma,

Hissettiğim duygusal yükü her defasında hafifleten, zorlandığım anlarda zaman ve mekân fark etmeksizin yanımda olan kıymetli dostlarıma,

Hayatım boyunca bana başarıdan ziyade elimden gelenin en iyisini yapmayı aşılayan, insanlarda bırakılan izler dışında her şeyin gelip geçici olduğunu öğreten, sevgi ve desteklerini üzerimden eksik etmeyen değerli aileme,

En içten dileklerimle teşekkür ederim.

ÖZET

Öcalan, S., Remisyon Dönemindeki Kanser Hastalarına Uygulanan Güçlendirme Programının Ruminatif Düşüncelere, Yorgunluğa ve Psikolojik Sağlamlığa Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2024. Araştırma, remisyon dönemindeki kanser hastalarının ruminatif düşünceleri ve bu düşüncelerle baş etme biçimlerinin araştırılması ve elde edilen verilere dayalı olarak geliştirilen güçlendirme programının remisyon dönemindeki kanser hastalarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşamada tanımlayıcı nitel araştırma deseni kullanılmıştır. Remisyon döneminde olan 21 kanser hastası ile araştırma tamamlanmıştır. Verileri tanıtıcı bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır. Verilerin analizinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. ‘Bilişlerle Mücadele Etme’, ‘Baş Etme’ ve ‘Gerek Duyulan İhtiyaçlar’ olmak üzere 3 tema ve bu temalarla ilişkili 6 alt tema ortaya çıkmıştır. Sonuçlar, hastaların kanserle ilgili girici ruminatif düşüncelere sahip olduklarını ve bu düşüncelerle başa çıkmak için desteğe ihtiyaç duyduklarını vurgulamaktadır. Araştırmanın ikinci aşaması ön test, son test ve izlem desenli randomize kontrollü müdahale çalışmasıdır. Bu çalışma 28 müdahale, 29 kontrol grubunda olmak üzere toplam 57 kişi ile tamamlanmıştır. Veriler, tanıtıcı bilgi formu, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, Kansere Yorgunluk Skalası ve Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 26.0 yazılım programından yararlanılarak tekrarlı ölçümler varyans analizi, ki-kare test ve t-testi kullanılmıştır. Müdahale grubunun girici ruminasyon ve kansere bağlı yorgunluk toplam puan ortalamaları kontrol grubunun program sonrası ve izlem ölçüm puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında, toplam puanların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı, amaçlı ruminasyon ve psikolojik sağlamlık toplam puan ortalamalarının ise anlamlı olarak arttığı ortaya konulmuştur. Özetle, programın girici ruminasyonları ve kansere bağlı yorgunluğu azaltmada, amaçlı ruminasyonları ve psikolojik dayanıklılığı arttırmada etkili olduğu görülmüştür. Güçlendirme programının sonraki araştırmalarda ve uygulamalarda kullanılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, psikolojik sağlamlık, ruminasyon, yorgunluk.

ABSTRACT

Ocalan, S., The Effect of an Empowerment Program on Ruminative Thoughts, Fatigue and Psychological Resilience of Cancer Survivors, Hacettepe University Graduate School Health Sciences Psychiatric Nursing Department Doctor of Philosophy Thesis, Ankara, 2024. The research consists of two stages: to investigate the ruminative thoughts of cancer survivors and how they cope with these thoughts and to evaluate the program's effect by applying the developed empowerment program based on the data obtained from cancer survivors. In the first stage, descriptive qualitative research design was used. The research was completed with 21 cancer survivors. The data were collected with an introductory information form and a semi-structured interview form. The content analysis method was used to analyze the data. Three themes and 6 sub-themes related to these themes were emerged. The themes are 'Struggling with Cognitions', 'Coping' and 'Needs'. The results highlight that patients have many intrusive ruminative thoughts about cancer and need support to cope with these thoughts. The second phase of the research is a randomized controlled trial study with a pretest, posttest and follow-up design and a control group. This study was completed with a total of 57 individuals: 28 in the intervention group and 29 in the control group. Data were collected with an introductory information form, the Event Related Rumination Inventory, the Cancer Fatigue Scale and the Connor-Davidson Psychological Resilience Scale. Repeated measures analysis of variance, chi-square test, and t-test were used to analyze the data using the SPSS 26.0 software program. When the mean score of the intervention group's intrusive rumination and cancer-related fatigue were compared with the control group's post-program and follow-up measurements, it was revealed that intrusive rumination and cancer-related fatigue scores decreased statistically significantly, while the mean scores of deliberate rumination and psychological resilience increased significantly. In summary, the program was found to be effective in reducing intrusive ruminations and cancer-related fatigue and increasing deliberate ruminations and psychological resilience. It may be recommended that the empowerment program be used in future research and practices.

Key Words: Cancer, resilience, rumination, fatigue.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiii
ŞEKİLLER	xiv
TABLolar	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı ve Soruları	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Kanser Süreci	6
2.2. Kanser Sürecinde Ruminasyon	7
2.3. Kanser Sürecinde Kansere Bağlı Yorgunluk	9
2.4. Kanser Sürecinde Psikolojik Sağlamlık	12
2.5. Kanser Sürecinde Bireylere Sunulan Bakımda Konsültasyon Liyezon Psikiyatri (KLP) Hemşirelerinin Rolü	13
3. GEREÇ ve YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Şekli	17
3.2. Araştırmanın Birinci Aşaması	17
3.2.1. Araştırmanın Tasarımı	17
3.2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.2.2.1. Kanser Savaşçıları Derneği	18
3.2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.2.4. Veri Toplama Araçları	19
3.2.5. Verilerin Toplanması	20
3.2.6. Araştırma Ekibi	21
3.2.7. Verilerin Analizi	21

3.2.8. Verilerin Güvenirliği	21
3.2.9. Verilerin Gizliliği	22
3.2.10. Araştırmanın Etik Boyutu	22
3.2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları	23
3.3. Araştırmanın İkinci Aşaması	23
3.3.1. Araştırmanın Tasarımı	23
3.3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	23
3.3.2.1. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi	24
3.3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.3.4. Araştırmanın Randomizasyonu ve Yanlılığının Önlenmesi	26
3.3.5. Veri Toplama Araçları	28
3.3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması	30
3.3.7. Araştırmanın Uygulanması	30
3.3.8. Araştırma Ekibi	34
3.3.9. Verilerin Analizi	34
3.3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	35
3.3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları	35
4. BULGULAR	37
4.1. Araştırmanın Birinci Aşamasına Yönelik Bulgular	37
4.1.1. Remisyon Dönemindeki Kanser Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri	37
4.1.2. Temalar ve Alt Temalar	41
4.1.2.1. Tema 1. Bilişlerle Mücadele Etme	41
4.1.2.1.1. Alt Tema 1. Girici Ruminasyon	42
4.1.2.1.2. Alt Tema 2: Kapana Kısılmış Hissetme	44
4.1.2.2. Tema 2: Baş Etme	45
4.1.2.2.1. Alt Tema 1: Amaçlı Ruminasyon	45
4.1.2.2.2. Alt Tema 2: Bakış Açısının Değişmesi	46
4.1.2.3. Tema 3: Gerek Duyulan İhtiyaçlar	48
4.1.2.3.1. Alt Tema 1: Psikolojik Destek	48
4.1.2.3.2. Alt Tema 2: Empatik İlişki	50
4.2. Araştırmanın İkinci Aşamasına Yönelik Bulgular	50
4.2.1. Remisyon Dönemindeki Kanser Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri	50

4.2.2. Remisyon Dönemindeki Kanser Hastalarının Ön Test Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular	52
4.2.3. Uygulanan Güçlendirme Programının Ruminatif Düşünceler Üzerine Etkisi	54
4.2.4. Uygulanan Güçlendirme Programının Kansere Bağlı Yorgunluk Üzerine Etkisi	58
4.2.5. Uygulanan Güçlendirme Programının Psikolojik Sağlamlık Üzerine Etkisi	63
4.2.6. Remisyon Dönemindeki Kanser Hastalarının Ölçek Puanları Etki Büyüklüklerine İlişkin Bulgular	68
5. TARTIŞMA	71
5.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Tartışması	71
5.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Tartışması	75
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	82
6.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Sonucu	82
6.2. Araştırmanın Birinci Aşamasının Önerileri	83
6.3. Araştırmanın İkinci Aşamasının Sonucu	84
6.4. Araştırmanın İkinci Aşamasının Önerileri	85
7. KAYNAKLAR	86
8. EKLER	
EK-1: Araştırmanın Birinci Aşaması İçin Tanıtıcı Bilgi Formu	
EK-2: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	
EK-3: Derneklere Gönderilen Mail Örneği	
EK-4: Kanser Savaşçıları Derneği İzin Yazısı	
EK-5: Kanser Savaşçıları Derneğinin Facebook Sayfalarında Yapılan Paylaşım Örneği	
EK-6: Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Yazısı	
EK-7: Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İsim Değişikliği İzin Yazısı	
EK-8: Araştırmanın İkinci Aşaması İçin Tanıtıcı Bilgi Formu	
EK-9: Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri (OİRE)	

- EK-10:** Kanser Yorgunluk Skalası (KYS)
- EK-11:** Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CDPSÖ)
- EK-12:** Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri (OİRE) İzin Yazısı
- EK-13:** Kanser Yorgunluk Skalası (KYS) İzin Yazısı
- EK-14:** Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CDPSÖ) İzin Yazısı
- EK-15:** Güçlendirme Programının İçeriği
- EK-16:** İşlevsel Olmayan Otomatik Düşünceleri Yakalama Formu
- EK-17:** İşlevsel Olmayan Otomatik Düşünceleri Sorgulama Formu
- EK-18:** Düşünce Kayıt Formu
- EK-19:** Zorlayıcı (Girici) Düşünceler Çalışma Kâğıdı
- EK-20:** İstemli (Amaçlı) Düşünceler Çalışma Kâğıdı
- EK-21:** Kansere Bağlı Yorgunluk Çalışma Kâğıdı
- EK-22:** Kansere Bağlı Yorgunluğun Yönetimi
- EK-23:** Stresle Baş Etme Bilgilendirme Kâğıdı
- EK-24:** Stresle Baş Etme Çalışma Kâğıdı
- EK-25:** Düşünmenin Avantajları-Dezavantajları Çalışma Kâğıdı
- EK-26:** Kahve-Havuç-Yumurta Hikâyesi
- EK-27:** Hedef Belirleme Çalışma Kâğıdı
- EK-28:** Hacettepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı
- EK-29:** Feragat Formları
- EK-30:** Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi İzin Yazısı
- EK-31:** Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu
- EK-32:** Dijital Makbuz
- EK-33:** Orijinallik Raporu

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

%	Yüzde
Bkz.	Bakınız
CDPSÖ	Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
F	Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi
GG	Greenhouse-Geisser Serbestlik Derecesi
KGİ	Kapsam Geçerlik İndeksi
Kısmi η^2	Kısmi Eta Kare
KLP	Konsültasyon Liyezon Psikiyatri
KYS	Kanser Yorgunluk Skalası
Max.	Maksimum
Min.	Minimum
n	Örneklem sayısı
OİRE	Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri
p	Anlamlılık düzeyi
Sd	Serbestlik Derecesi
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Standart Sapma
t	Bağımsız Örneklem t Testi
TSB	Travma Sonrası Büyüme
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WL	Wilks Lambda Değeri
$\bar{X}$	Ortalama
χ^2	Ki-kare Testi

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1. Güç analizi	25
3.2. Araştırmanın CONSORT şeması	27
3.3. Grup oturumlarının akış şeması	33
4.1. Girici ve amaçlı ruminasyon puan ortalamalarının gruplara göre zaman içerisindeki değişimi	56
4.2. KYS ve alt boyutlarının puan ortalamalarının gruplara göre zaman içerisindeki değişimi	60
4.3. CDPSÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının gruplara göre zaman içerisindeki değişimi	65

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
4.1. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının tanıtıcı özellikleri	37
4.2. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının bireysel özelliklerinin kodlandıkları harflere göre dağılımı	40
4.3. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının ruminatif düşüncelerine ilişkin tema ve alt temalar	41
4.4. Müdahale ve kontrol gruplarında yer alan remisyon dönemindeki kanser hastalarının tanıtıcı özellikleri	51
4.5. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının ön-test ölçek puanlarının dağılımı	53
4.6. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının OİRE puanlarının grup, zaman, grup*zaman etkileşimleri	55
4.7. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının KYS puanlarının grup, zaman, grup*zaman etkileşimleri	59
4.8. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının CDPSÖ puanlarının grup, zaman, grup*zaman etkileşimleri	64
4.9. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının ölçek puanları etki büyüklükleri	69

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde görülme sıklığı gittikçe artan kanser, bireylerin hayatını hastalık öncesi ve sonrası olacak şekilde ikiye bölebilen ve yaşamlarında büyük değişikliklere yol açabilen bir hastalıktır (1). Bireyler tanı aldıkları andan itibaren şok, öfke, anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikososyal (2); ağrı, bulantı, saç dökülmesi, tat ve koku değişimleri, yorgunluk gibi fizyolojik sorunlar yaşayabilmektedir (1, 3). Bireyler bahsedilen sorunlarla mücadele ederken bazı tekrarlayıcı düşünceler de bu sorunlara eşlik edebilmektedir ve süreci daha da zorlaştırabilmektedir (4, 5). Bu düşünceler bireylerin zihinlerini kanser tanısı aldıkları dönemde, neden bu hastalığa sahip olduğu, nerede hata yaptığı, iyileşip iyileşemeyeceği, ne zaman tedavisinin biteceği (4, 6); remisyon döneminde ise, hastalığın tekrar edip etmeyeceğine ilişkin tekrarlayıcı şekilde meşgul edebilmektedir (5). Ruminasyon adı verilen, kontrol edilmekte zorlanılan bu tarz tekrarlayıcı düşünceler, kişilerin hastalığa, hayata, kendisine ve çevresine ilişkin duygu ve davranışlarında değişikliklere neden olabilmektedir (7).

Ruminasyon kavramının ilk olarak depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaşayan bireylerin düşünce sistemiyle ilişkili olduğu düşünüldüğü çalışmalara bu alanda yoğunlaşmıştır (8-10) Ancak daha sonra yapılan çalışmalarda bireylerin yaşadığı hemen her travmatik durumda, özellikle kanser gibi ölüm kavramı ile eşleştirilen kronik hastalık süreçlerinde benzer düşünce yapısının hakim olduğu fark edilmiştir (11, 12). Ruminasyon, bireylerde iki şekilde görülebilmektedir (13). Bunlardan birincisi, olaydan hemen sonra ortaya çıkan, bireyin kaygısını ve olayla ilişkili olumsuz düşünce biçimini tetikleyen girici (intrusive) ruminasyon iken, ikincisi olayı anlamaya ve varsayımsal inançları yeniden kurmaya çalışan amaçlı (deliberate) ruminasyondur. Girici ruminasyon; korku, üzüntü ve çaresizlik gibi duygusal sıkıntı ve inançların bozulmasıyla ilişkilendirilirken; amaçlı ruminasyon ise, bireyi yaşadığı sıkıntıyı kavrayabileceği bir anlayışa götürebilmektedir (13, 14). Girici ruminatif düşünceler, kanser hastalarının biyopsikososyal iyi oluş düzeylerini olumsuz etkileyebilmektedir (12). Kanser deneyimi olan bireylerle yapılan çalışmalarda, girici ruminatif düşünceler depresyon, TSSB ve anksiyete gelişimi (15, 16), duygusal distres, beden imajı bozukluğu endişesi (17) ve sağlık bakımı almanın ertelenmesi (18)

gibi süreçlerle ilişkili bulunmuştur. Ek olarak girici ruminatif düşüncelerin TSSB'na, amaçlı ruminatif düşüncelerin ise psikolojik sağlamlığa aracılık ettiği görülmüştür (19, 20). Girici ruminatif düşüncelerin tetikleyebileceği bir diğer alan ise, kansere bağlı yorgunluk olarak ele alınabilmektedir. Fizyopatolojisi net olarak bilinmeyen kansere bağlı yorgunluk kavramı; bilişsel, duygusal ve fiziksel alanları içermektedir ve bireyin düşünce içeriği bu alanların işlevselliğinden etkilenebilmektedir (19, 21). Bu etki özellikle ruminatif düşüncelerle bağlantılı olarak görülebilmekte ve etkinin yönü ruminasyonun türüne göre değişebilmektedir (12, 19).

Bilişsel, duygusal ve fiziksel alanları içeren kansere bağlı yorgunluk, hem tedavi süreci hem de sonrasındaki remisyon döneminde görülebilen, bireylerin yaptıkları aktiviteden bağımsız olarak ortaya çıkan, işlevselliğini engelleyen, subjektif ve rahatsız edici bir durum olarak tanımlanmaktadır (21). Bireyler fiziksel yorgunlukta, eskiden kolay yapabildiği işleri başlatırken ve sürdürürken güçlük çekebilmekte, sık aralıklarla dinlenmeye ihtiyaç duyabilmekte iken; duygusal yorgunlukta daha çökkün bir duygudurum içinde olabilmektedir. Öte yandan bilişsel yorgunlukta ise hafıza problemleri ve dikkatini bir şeye odaklamada zorlanma gibi sorunlar deneyimlemektedir (22). Bahsedilen kansere bağlı yorgunlukların ortaya çıkması ve şiddeti bireyden bireye değişebilmektedir. Yapılan çalışmalar, kanser hastalarında inflamasyonun, stresin, düşük yaşam kalitesinin, anksiyetenin ve depresyonun kansere bağlı yorgunluk için risk oluşturduğunu belirtmektedir (23, 24). Bunlara ek olarak sürecin anlamlandırılmasında ve değerlendirilmesinde etkisi olan ruminatif düşüncelerin de kansere bağlı yorgunluğu etkileme potansiyelinin bulunduğu bilinmektedir. Bu bağlamda yapılan bir çalışmada girici ruminatif düşüncelerin kansere bağlı yorgunlukla ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (19). Yine yorgunluk kanser sürecinde bireylerin gündelik işlevlerini dahi yerine getirmede güçlük çekmelerine, iş, aile ve sosyal hayatlarında yaşam kalitesinin düşmesine ve rollerini yerine getirirken zorlanmalarına neden olabilmektedir (25, 26). Bu zorlukların üstesinden gelme sürecinde, bireylerin baş edebilmesine olanak sağlayan psikolojik sağlamlık kavramı önem arz etmektedir. Çünkü psikolojik sağlamlık, geliştirilebilir olması sebebiyle kansere bağlı yorgunluk nedeniyle önceki yaşantısına geri dönmekte zorlanan bireylerin süreçle baş edebilmesini ve uyum sağlamasını kolaylaştırabilmektedir (27, 28).

Bireyin deneyimlediği stresli yaşam olayları sonrasında, mevcut stresörlerle baş edebilmesi, uyum sağlayabilmesi ve işlevselliğini yeniden kazanabilmesi olarak tanımlanan psikolojik sağlık, dinamik bir yapıya sahiptir (28). Bu sebeple geliştirilebilen özellik taşıyan psikolojik sağlık; bireylerin, pozitif duygudurumu, benlik saygısı, iyimserlik gibi kişisel; eğitim düzeyi, destek kaynakları, yaşam kalitesi, hastalık sürecine uyumu gibi psikososyal özelliklerinden oldukça etkilenmektedir (27, 29). Dolayısıyla, bireyler, kanser gibi stresli bir yaşam olayı deneyimlemesine rağmen süreçleri iyi yönetildiğinde, kişisel ve sosyal kaynakları güçlendirildiğinde, mevcut kaynakları aktive edilebildiğinde, etkili baş etme yöntemleri öğretildiğinde psikolojik sağlık geliştirilerek bu olumsuz süreçten büyüyerek çıkabilmektedir (30). Ayrıca yapılan çalışmalar, psikolojik sağlık düzeyi yüksek olan kanser hastalarında, anksiyete, bulantı, halsizlik, kansere bağlı yorgunluk, uykusuzluk gibi semptomların daha az deneyimlendiğini, işlevsellik düzeylerinin ise yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (31-33). Bu nedenlerle, daha önce sözü edilen girici ruminatif düşüncelerin ve kansere bağlı yorgunluğun azalmasında, psikolojik sağlamlığı destekleyici girişimlerin etkili olabileceği öngörülmektedir.

Kanser sürecinde ruminatif düşünce yapısı ve kansere bağlı yorgunluğun olumsuz etkileri ve bunların azaltılabilmesinde psikolojik sağlamlığın olası olumlu etkileri açıklanmıştır. Bu bağlamda, kanseri deneyimleyen bireylerin girici ruminatif düşüncelerinin ve kansere bağlı yorgunluğunun azalmasına, amaçlı ruminatif düşüncelerin ve psikolojik sağlık düzeylerinin gelişimine katkısı olacak programların geliştirilmesine ve bu programların etkisinin değerlendirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Literatür incelendiğinde çeşitli müdahalelerin sonucunda kanser hastalarında ruminatif düşünceler ile (34, 35) kansere bağlı yorgunluğun azaldığı (36, 37), psikolojik sağlamlığın geliştiği (38) çalışmalara rastlanmaktadır. Ancak hazırlanan bir güçlendirme programının ruminasyon, kansere bağlı yorgunluk ve psikolojik sağlık kavramlarının tamamı üzerine etkisini inceleyen bir müdahale çalışmasına rastlanmamıştır. Özellikle ruminatif düşüncelere yönelik yapılan müdahale çalışmalarının genellikle aktif tedavi dönemindeki hastalara yönelik yapıldığı, remisyon dönemindeki bireylere yönelik herhangi bir girişimin yapılmadığı görülmektedir (34, 35). Ancak yapılan çalışmalar bireylerin remisyon döneminde de girici ruminatif düşüncelerle mücadele ettiğini, kansere bağlı yorgunluk hissettiğini ve

psikolojik sağamlık geliştirmede zorlandığını ortaya koymaktadır (19, 39, 40). Güçlendirme programları, bireylerin hedef belirleme, problem çözme, stres yönetimi, başa çıkma, sosyal destek ve motivasyon konularında beceri ve kişisel farkındalık geliştirmelerine yardımcı olmakta ve bireylerin ihtiyaçlarına yanıt verecek şekilde programın amacı ve hedefleri açık ve net olarak yapılandırılmaktadır (41). Bu nedenle, bu çalışmada uygulanan güçlendirme programının yapılandırılmasında, öncelikle remisyon dönemindeki bireylerin ihtiyaç duyduğu desteğin belirlenebilmesi ve bu konuda bilgi sağlanması için ilk aşamada nitel bir araştırma yapılmıştır. Araştırmanın bu aşamasında ruminatif düşünceler üzerine nitel bir araştırma yapılmasının sebebi, ruminasyonun bu çalışmadaki ana kavram olmasından kaynaklanmaktadır. Yapılan nitel araştırma sayesinde, bireylerin ruminatif düşünceleri ve bu düşüncelerle baş etme yöntemleri incelenerek, gereksinilen yardıma ilişkin daha derinlemesine bilgi sahibi olunmuştur. Ardından güçlendirme programı hem nitel veriler hem de literatür ışığında geliştirilmiş, yapılandırılmış ve araştırmanın ikinci aşamasında remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı ve Soruları

Bu araştırmanın amacı, remisyon dönemindeki kanser hastalarının ruminatif düşünce yapılarının incelenerek bu düşüncelerle baş etme yöntemlerinin belirlenmesi ve elde edilen veriler ışığında güçlendirme programı oluşturularak bu programın bireylerin ruminatif düşüncelerinin, yorgunluklarının ve psikolojik sağamlıklarının üzerine etkisinin incelenmesidir. Araştırma iki aşamadan oluşmaktadır:

Araştırmanın birinci aşamasında şu sorulara cevap aranmıştır:

- Remisyon dönemindeki kanser hastalarının ruminatif düşünceleri nelerdir?
- Remisyon dönemindeki kanser hastaları ruminatif düşünceleriyle nasıl baş etmektedir?
- Remisyon dönemindeki kanser hastalarının ruminatif düşüncelerinin yönetiminde gereksinim duyduğu yardım nasıldır?

Araştırmanın ikinci aşamasında şu sorulara cevap aranmıştır:

- Remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının gruplar arasında ve zamana göre ruminatif düşünceler üzerine etkisi nasıldır?
- Remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının gruplar arasında ve zamana göre kansere bağlı yorgunluk üzerine etkisi nasıldır?
- Remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının gruplar arasında ve zamana göre psikolojik sağlamlık üzerine etkisi nedir?

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın ikinci aşamasında kurulan hipotezler şu şekildedir:

H₁₋₁: Remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programı sonunda ve izlem ölçümünde program öncesine ve kontrol grubuna göre ruminatif düşünce puanları arasında fark vardır.

H₁₋₂: Remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programı sonunda ve izlem ölçümünde program öncesine ve kontrol grubuna göre kansere bağlı yorgunluk puanları arasında fark vardır.

H₁₋₃: Remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programı sonunda ve izlem ölçümünde program öncesine ve kontrol grubuna göre psikolojik sağlamlık puanları arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Süreci

Kanser, ilk semptomlarını göstermeye başladığı tanı öncesi dönemden itibaren bireylerin hayatlarını etkileyebilen, geri dönüşümsüz izler bırakması dolayısıyla bireyler tarafından yaşamlarında milat kabul edilebilen bir hastalıktır. Daha başlangıç dönemindeyken bireyler, hastalık teşhisi için doktora giderken zorlanabilmekte ve sağlık bakımı almayı geciktirebilmektedir (42). Bu durumun nedenleri arasında belirti ve bulguları bilememek olabileceği gibi, belirti ve bulguları bilmesine rağmen mali kaygı hissetme, çalışma ya da okul hayatına sahip olma veya kanser gibi ölümle eşleştirilen bir hastalık teşhisi almaktan korkma da olabilmektedir (42, 43). Bireyler doğru teşhis için çok fazla tetkik ve girişime maruz kalabilmekte ve yoğun bir stres yaşayabilmektedir (43, 44). Teşhis alındığı andan itibaren ise şok, üzgünlük, öfke, utanç hissedebilmekte, ağlama krizleri yaşayabilmekte, neden kanser olduklarına ve bu hastalık nedeniyle öleceklerine ilişkin düşünceler ile meşgul olabilmektedir (45).

Tedavi sürecinde ise, tedavi seçenekleri, riskler, yan etkiler, alışılanın dışında cihazlar ve ortam bireyleri oldukça zorlayabilmektedir. Bir sürü yeni kavramla tanışan bireyler, seçenekler arasında kendilerine hangisinin neden uygun olduğunu anlamakta güçlük çekebilmekte ve bu konuda anksiyete yaşayabilmektedir (46). Bu sorunlar, dil, diş eti, cilt ve tırnaklarda koyulaşma, kilo alma, bulantı, kusma, saç dökülmesi, yorgunluk, erken menopoz, cinsel fonksiyonlarda bozulma, tat ve koku değişimleri, konsantrasyon ve hafıza problemleri şeklinde görülebilmektedir (45, 47). Yine tedavi sürecinin etkilerine bağlı olarak beden imajında değişim, yara izleri, ağrı, kıyafet seçiminde ve giyiminde zorlanma (45) ve bağışıklık sisteminin baskılanması dolayısıyla sosyal izolasyon gibi sorunlar deneyimlenebilmektedir (48). Bu süreç içerisinde çevresi tarafından ‘kanseri hastası’ olarak etiketlenen bireyler, yardıma ihtiyaç duyduğu için kendisini yük gibi hissedebilmekte, ailesi, partnerleri ya da arkadaşları tarafından anlaşılamadığını hissedebilmektedir (49, 50). Tüm bunların yanı sıra büyük belirsizliğe adım atan bireyler, aldıkları tedavinin etkili olup olmayacağına ilişkin kaygı yaşayabilmekte, iyileşemeyeceği ve öleceği ile ilgili düşüncelerle mücadele edebilmektedir (6). Bireyler, sürecin tüm zorluklarına rağmen tedavi almaya devam edebilmelerinde aile, arkadaş ve sağlık profesyonellerinden gördükleri desteğin

önemini vurgulamışlardır (51). Ek olarak, tedavi olan bireylerin sayısının gün geçtikçe artması da bireylere umut aşlamaktadır (52).

Günümüzde kanser hastalığına yönelik tedavi seçeneklerinin çoğalması ile birlikte bireylerin sağ kalım ve iyileşme oranları artmaktadır (53). Ancak bireyler tedavi süreci bitmesine rağmen daha önce sözü edilen sorunlarla karşılaşmaya edebilmektedir (54-57). Bireyler remisyon döneminde bahsedilen bu sorunlara yönelik bilgi eksikliğinden yakınmakta, duygusal ve fiziksel destek (fizyoterapi, peruk, protez vb.) ihtiyaçları konusunda ise yönlendirilmeye ihtiyaç duymaktadır (56). Yapılan araştırmalarda, remisyon dönemine kolay bir şekilde uyum sağlayan bireyler bu süreçte bilgi eksikliklerinin giderilmesinin, hekimiyle iyi bir iş birliği yapmasının, aile ve arkadaşlarının onları desteklemesinin ve kendileri gibi benzer deneyimi yaşamış bireylerle destek grupları içerisinde paylaşım yapmalarının faydalı olduğunu ifade etmektedir (52, 58). Öyle ki, sürece uyum sağlayan bireyler psikolojik olarak eskisinden daha güçlü hale gelebilmektedir. Bireyler kanser sürecinin kendilerine çok fazla şey öğrettiğini, hayatlarının anlamı hakkında düşündüklerini, anı yaşamayı öğrendiklerini, baş etme becerilerini geliştirdiklerini, sevdiklerine daha fazla zaman ayırdıklarını ve daha iyi bir insan olmak için çabaladıklarını belirtmektedir (59-61). Bu bağlamda, kanser deneyimi, bireylerin hayatını baştan sona etkileyen, oldukça zor, uzun ancak bir o kadar da öğretici bir yolculuk olabilmektedir.

2.2. Kanser Sürecinde Ruminasyon

İnsanlar erken dönem şemaları doğrultusunda yaygın olarak dünyanın güvenli ve adil bir yer olduğuna, iyi insanların başına iyi şeylerin geleceğine inanmaktadır (62). Aslında bu inanç, bireylerin kendilerini belirsizliklerden korumak için oluşturduğu bilişsel savunma mekanizmalarından birisidir (63). Gerçek hayatta ise bunun aksine her birey, farklı düzey ve türlerde stresörlerle ve travmalarla karşı karşıya kalmaktadır. Bireyler stresörle karşılaştıktan kısa bir süre sonra olayla ilgili ruminatif olarak düşünmeye ve inançlarını sorgulamaya başlamaktadır (64). Bir tür başa çıkma mekanizması olarak değerlendirilen ruminasyon, bireyin stresli yaşam deneyimleri ile baş etmek için aktif olarak çalışmak yerine, tekrar tekrar ve pasif bir şekilde bu deneyimin anlamını, nedenlerini ve sonuçlarını düşünmesi olarak tanımlanmaktadır (10, 65). Aslında bireyler problemi çözmek veya mevcut durumla

baş etmek için ruminasyon yaptıklarını ifade etseler de, yapılan araştırmalar katılımcıların bir süre sonra sorunlarını çözülemez ve bunaltıcı gördüklerini, daha az çözüm önerileri üretebildiklerini göstermektedir (66, 67). Çünkü bireyler ruminasyon sırasında genellikle çözümden çok, yaşanan deneyimin kendisindeki değerine, anlamına ve kayıp hissine odaklanmaktadır. Örneğin, gününün büyük bir kısmını oturarak ve uyuyarak harcayan bir birey kendisinin işe yaramaz olduğunu, bir şeyler yapabilmesi için ihtiyaç duyduğu motivasyonu kaybettiğini tekrarlayıcı bir şekilde düşünmekte ancak buna yönelik herhangi bir şey yapmamaktadır. Bu gibi durumlar olumsuz duyguların yoğunluğunu arttırarak, bireylerin harekete geçmesine ve problem çözmesine engel olabilmekte, depresif semptomları tetikleyebilmektedir (10, 68). Bu depresif semptomlar, bireylerin sorunu çözmeye olan inançları azaltabilmekte, çözümden çok olayın nedenlerine ve bireyde yarattığı duygulara odaklanmasını sağlayarak bir kısır döngüye yol açabilmektedir (67).

Stresli bir olay yaşandığında bireyler iki farklı ruminatif düşünce türü ile yanıt verebilmektedir. Bunlar, girici ve amaçlı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (13). Girici ruminasyonda bireyler, aklına getirmeyi kendisinin seçmediği, zihnini istila eden, istenmeyen düşüncelerle uzun süre vakit harcamakta, korku ve kaygı hissetmektedir (13, 64). Amaçlı ruminasyonda ise bireyler, yaşadıkları deneyimi bilinçli olarak aklına getirmekte, o deneyimdeki olumsuz duygularla yüzleşerek olayın kendisi için anlamını öğrenmeye çalışmakta ve böylece, uyumsuz inançlarını yeniden yapılandırmaktadır (64). Belirtildiği üzere ruminasyon, bireylerin travmatik deneyimleriyle baş etme mekanizmalarından birisidir. Dolayısıyla, girici ruminatif düşünceler üzerinde çalışıldığında, bireylerin travmatik deneyimlerini daha iyi anlamalarına ve adaptif olmayan inançları yeniden inşa etmelerine yardımcı olabilecek amaçlı ruminasyonlar harekete geçirebilir (13, 69).

Kanser, yaygın olarak travmatik bir deneyim olarak algılanmakta, bu nedenle bireylerin başa çıkma mekanizmalarını bozabilmekte ve temel inançlarını sorgulamalarına neden olabilmektedir (70, 71). Bireyler hastalığın nedenini, hayatın anlamını, yaşanan süreci, geleceğini, tedavinin ne zaman biteceğini, tedavi sonrası nüks olup olmayacağını tekrar tekrar düşünebilmektedir (4, 6, 72). Kanser tanısı aldıkları ilk dönemlerde bireyler, olası ölümlerini, tüm tedavi seçeneklerini ve olası sonuçlarını, neden hasta olduklarını düşündüklerini ve diğer kanser hastalarıyla kendi

durumlarını karşılaştırarak ne halde olduklarını belirlemeye çalıştıklarını ifade etmiştir (73). Tedavi döneminde ise, bireylerin ameliyat sonrası yara ve radyasyona bağlı oluşabilen yanık izleri, kemoterapi sonrası olabilen saç dökülmesi gibi problemler nedeniyle dış görünüşlerinin çekici olmadığına, herkesin onlara baktığına ilişkin tekrarlayıcı düşüncelere sahip oldukları ortaya konmuştur (73-75). Yine, remisyon döneminde yapılan çalışmalarda bireylerin süreç içerisinde yaşadıkları travmatik deneyimleri (doktorun teşhisi empatiden yoksun bir şekilde söylemesi, teşhisin geç konulması vb.) tekrarlayıcı şekilde düşündükleri bulunmuştur (73, 76). Tüm bunlara ek olarak, bireyler hem tedavi hem de remisyon döneminde en ufak bir ağrı hissettiklerinde hastalığın yeniden geldiğine ya da yayıldığına ilişkin düşüncelerin zihinlerine geldiğini vurgulanmaktadır (51). Kanseri deneyimi olan bireylerde de ruminasyon girici ve amaçlı olmasına göre bireylerin yaşam alanlarını etkilemektedir (19, 77). Yapılan araştırmalarda girici ruminatif düşüncelere sahip kanser deneyimi olan bireylerin yüksek düzeyde depresif semptom, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, yorgunluk, uyku bozukluğu ve ağrı bildirdikleri ortaya konulmaktadır (77-79). Amaçlı ruminatif düşüncelere sahip kanser deneyimi olan bireylerin ise farkındalık kazandığı, psikolojik sağlamlıklarının arttığı ve travma sonrası büyüme (TSB) deneyimleyebildikleri belirtilmektedir (19, 80).

Yine literatür incelendiğinde, kanser hastalarında ruminasyona ilişkin uygulanan müdahalelerin etkilerini değerlendiren sınırlı sayıda çalışma bulunduğu görülmektedir. İlgili araştırmalarda ise, kanser deneyimi olan bireylere uygulanan bilişsel ve farkındalık temelli müdahalelerin (farkında nefes alma, farkında yürüme, oturma meditasyonu, günlük tutma vb.) girici ruminasyonu azalttığı bildirilmektedir (34, 35, 81).

2.3. Kanseri Sürecinde Kansere Bağlı Yorgunluk

Kansere bağlı yorgunluk, kanser veya kanser tedavisiyle ilişkili, yakın zamanda yapılan aktiviteyle orantılı olmayan, işlevselliği azaltan, rahatsız edici, kalıcı, öznel fiziksel, duygusal ve/veya bilişsel yorgunluk olarak tanımlanmaktadır.(82). Yaygın olarak görülmesine ve bireylerin işlevselliğini çok fazla etkilemesine rağmen, kansere bağlı yorgunluğun altında yatan etiyoloji hala tam olarak anlaşılamamaktadır.

Kanıtlar, bir dizi fizyolojik, klinik ve psikolojik faktörle bağlantılı karmaşık çok faktörlü süreçlerin dahil edildiğini göstermektedir (83).

Fizyolojik faktörlerden bir tanesi, kanser ve/veya tedavilerinin, periferik proinflatuar sitokin ağını aktive etmesi nedeniyle merkezi sinir sisteminin sitokin sinyali yoluyla vücutta yorgunluk belirtilerini üretmesi şeklindedir (84, 85). Bir diğeri, kanser ve/veya tedavisi sonucunda merkezi sinir sistemine salınan sitokinlerin hipotalamik-hipofiz-adrenal eksenini uyarması ve bu uyarılmalara bağlı olarak oluşan kandaki kortizol düzeyi düzensizliğinin bireylerde yorgunluğa sebep olması ile açıklanmaktadır (86, 87). Bu bağlamda yapılan bir meta analiz çalışmasında kemoterapi alan kanser hastalarının yorgunlukları ile 20 farklı sitokin türü arasındaki ilişki incelenmiş ve antrasiklin bazlı kemoterapi alan hastalarda bazı sitokin türlerinin (interlökin-6 (IL-6), IL-1RA, dönüştürücü büyüme faktörü beta (TGF- β) ve çözünür tümör nekroz faktörü reseptörü 2 (sTNF-R2)) kansere bağlı yorgunlukla ilişkili olduğu bulunmuştur (88). Radyoterapi alan kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada da sitokinlerin (IL-1 β , IL-2, IL-6, and TNF- α) seviyeleri ile kansere bağlı yorgunluğun şiddeti arasında ilişki bulunmuştur (89). Farklı bir fizyolojik faktör ise, kanser tedavisi sonrası hücre hasarları nedeniyle, hücrelerin enerji metabolizmasının bozulması ve bunun bireylerde yorgunluğa yol açması olarak belirtilmektedir (86, 87). Klinik faktörler, anemi, kardiyak durumlar, diyabet gibi önceden var olan komorbid durumların yorgunluğun şiddetine katkıda bulunabileceğini ve tedavilerin bireylerde kümülatif bir yorgunluk bırakabileceğini ortaya koymaktadır (90, 91). Sözü edilen biyolojik faktörlerle birlikte çeşitli psikolojik faktörlerin varlığından da söz edilmektedir. Bunlar, bireyin önceki ve devam eden ruh sağlığı sorunları, bilişsel çarpıtmaları, hastalığa yükledikleri anlam ve psikolojik sağlık düzeyleri olarak değerlendirilebilmekte ve bu psikolojik faktörlerin de yorgunluğa neden olabileceği şeklinde belirtilmektedir (92, 93). Yapılan çalışmalar kanserle ilişkili semptomlara odaklanan ve durumu felaketleştiren bilişlerin, yorgunluğa neden olabildiğini ve/veya var olan yorgunluğun şiddetini arttırabildiğini göstermektedir (94, 95). Remisyon dönemindeki kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada, kanserle ilgili istemsizce akla gelen, korku ve kaygı hissetmelerine neden olan girici ruminatif düşüncelerin kansere bağlı yorgunlukla ilişkili olduğu bulunmuştur (19). Ayrıca yapılan araştırmalar, erken dönemden itibaren kümülatif bir şekilde yaşam streslerine maruz kalmanın, sosyal

destek kaynaklarının yoksunluğunun ve yalnızlığın kanser hastalarında yorgunluğa neden olabileceğini ortaya koymuştur (96-98). Etiyolojisi tam olarak açıklanamasa da ortaya çıkan yorgunluk hem tedavi sürecinde hem de remisyon döneminde bireylerin hayatlarını oldukça etkilemektedir (99, 100).

Kansere bağlı yorgunluk fiziksel, duygusal ve bilişsel alanda değerlendirilmektedir (22). Bireyler fiziksel yorgunlukta, eskiden kolaylıkla yapabildiği işleri yapmakta zorlanabilmekte, sık aralıklarla dinlenmeye ihtiyaç duyabilmekte iken; duygusal yorgunlukta daha çökkün bir duygudurum içinde olabilmektedir. Bilişsel yorgunlukta ise bilgiyi işleme, öğrenme, dikkatini bir alana odaklama ve hatırlama gibi alanlarda sorunlar yaşayabilmektedir (22). Literatürde kansere bağlı yorgunluk yaşayan bireyler bir şeyler okuma, yataktan kalkma, hareket etme, yürüme, merdiven çıkma, ev işlerini yapma, bir işe konsantre olma, çalışma ve sosyalleşme gibi bir çok alanda işlevselliklerinin azaldığından yakınmaktadır (39, 99). Ek olarak yapılan bir çalışmada kanserle ilgili ruminatif düşüncelerin de bireylerde kansere bağlı yorgunluğa neden olduğu ortaya konulmuştur. Bireyler, bu durumların kendilerinde güven kaybı yaşattığını, hayatının kontrolünü kaybeden ve değersizleşmiş biri gibi hissettirdiklerini bildirmektedir (99, 100). Ayrıca bireyler, tedavi bitmesine ve üzerinden yıllar geçmesine rağmen kansere bağlı yorgunluk yaşamalarının hayal kırıklığı hissettirdiğini, etrafındaki bireylere yorgunluğun nedenini açıklayamadıklarını, eski hallerine dönememelerinin üzüntüsünü yaşadıklarını belirtmektedir (39). Hatta kansere bağlı yorgunluk yaşadıklarında bu durumu kanserin geri dönmesi veya iyileşememeye yönelik bir işaret olarak kabul ettiklerini ve korktuklarını dile getirmektedir (39, 101).

Kansere bağlı yorgunluğun yönetiminde ise, farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler kullanılabilmektedir. Literatürde eritropoetinlerin, antidepresanların, metilfenidat gibi uyarıcıların farmakolojik (102, 103); egzersizler, bilişsel davranışçı terapi, farkındalık temelli müdahaleler gibi psikoterapötik ve uygun diyet ve takviye alımları gibi non-farmakolojik yöntemlerin tedavide kullanılabildiği belirtilmektedir (104-106). Yapılan araştırmalar, kansere bağlı yorgunluk yaşayan bireylerin süreci yönetmede genellikle non-farmakolojik yöntemleri kullandıklarını göstermektedir (99, 107). Bu anlamda bireyler mola verme, fiziksel olarak zorlayıcı aktivitelerden kaçınma, gün içindeki aktiviteleri önceliklendirme ve planlama, beslenmeyi

düzenleme, aktiviteleri dengeleme, egzersiz yapma, günlük tutma gibi baş etme yöntemlerine başvurmaktadır (99, 100, 107, 108).

2.4. Kanser Sürecinde Psikolojik Sağlamlık

İnsanlar yaşantılarının bir döneminde kendisi için oldukça zor ve travmatik deneyimlere maruz kalabilmektedir (28). Bu deneyimler karşısında bazı bireyler şiddetli sıkıntı yaşayarak süreçle baş etmekte güçlük çekebilirken, bazı bireyler ise sürecin getirdiği koşullara daha kolay uyum sağlayabilmekte ve daha iyi baş etme becerisi gösterebilmektedir (109). Bireylerin sürece uyum sağlamasında ve baş etmesinde önemli rol oynayan faktörlerden biri, sahip olduğu psikolojik sağlamlık düzeyidir (28, 110). Psikolojik sağlamlık, bireylerin stresli yaşam deneyimlerinde istikrarlı bir şekilde zihinsel ve fizyolojik işlevini sürdürebilmesi ve eski işlevselliğine geri dönebilmesi olarak tanımlanmaktadır (28). Bireylerde psikolojik sağlamlığın gelişmesinde birçok faktör rol oynamaktadır. Literatürde bu faktörler, özsaygı, dışadönüklük, umut, öz-yeterlik, iç kontrol odaklı olma gibi kişisel; nöral ağ yapısı, nörotransmitterler ve hormonlar gibi biyolojik ve sosyal destek, ebeveyn ile güvenli ilişki, aile birliği, kültür gibi çevresel olarak ifade edilmekte ve bireylerde psikolojik sağlamlığın gelişmesine katkı sunduğu belirtilmektedir (111-113). Bu bağlamda psikolojik sağlamlığın stresli yaşam olayları sonrasında geliştirilebilen ve öğrenilebilen bir dinamik yapıya sahip olması oldukça önem arz etmektedir (114).

Kanser ölümle eş değer tutulması, kontrol edilemez doğası, uzun ve yorucu tedavi süreci ile bireyler tarafından stresli ve travmatik bir yaşam deneyimi olarak görülebilmektedir (115). Bireyler, remisyon dönemine geçtiklerinde dahi, hala hastalıktan kalan çeşitli sorunlarla (nüks korkusu, cinsel işlev bozukluğu, menopoza, beden imajında bozulma, ekonomik problemler vb.) baş etmeye ve onlara uyum sağlamaya çalışmaya devam edebilmektedir (54-56). Tüm bunlara ek olarak böylesine zorlu bir süreçten geçen bireyler, hastalık öncesi ve sonrası hayatlarını gözden geçirmeye ve yaşadıkları hayatı bütüncül olarak değerlendirmeye başlayabilmektedir (116). Bu değerlendirme süreci içerisinde bazı bireyler hayatında yeni hedefler, anlamlar, güçlü ve geliştirilmeye açık yönler ve baş etme yolları bulabilirken bazı bireyler ise süreçle baş edememekte ve depresyon, anksiyete, uyku problemleri yaşayabilmektedir (30, 61, 117). Bahsedilen psikolojik sağlamlığın gelişmesi

bireylerin baş etme becerilerinin güçlenmesini sağlayarak kanser sürecinden anlam bulmasına, hayatlarında hedefler belirlemesine, kendilerini tanımalarına ve baş etme becerilerini güçlendirmesine katkı sağlamaktadır (38, 59). Literatür, psikolojik sağlamlığı yüksek olan kanser deneyimine sahip bireylerin daha az depresif semptom, stres ve kaygı yaşadıklarını, uyku kalitelerinin arttığını ve yaşamdan doyum aldıklarını ortaya koymaktadır (31, 118, 119). Ayrıca kanser süreci sonrasında psikolojik sağlamlık geliştiren bireyler, süreç sonrasında güçlü ve zayıf yönlerinin farkına vardıklarını, diğer insanlara sınır koymayı öğrendiklerini, empati ve yardım becerilerinin geliştiğini, ufak şeylerle mutlu olmayı başarabildiklerini belirtmiştir (61). Farklı çalışmalarda da remisyon dönemindeki bireyler, kanser deneyiminden sonra yaşamın her anına değer verdiklerini, hayatta kaldıkları her gün için şükran duyduklarını, yaşamdaki zorluklara karşı daha özgüvenli olduklarını ve her zorluğu aşabileceklerine inandıklarını ifade etmiştir (59, 120). Dolayısıyla bireylerde çeşitli müdahale ve desteklerle psikolojik sağlamlığın geliştirilmesi yaşam kalitelerinin artmasına fayda sağlayabilecektir (30).

Bireylerde psikolojik sağlamlığın gelişmesi için pozitif psikoloji, destekleyici grup terapisi, bilişsel davranışçı terapi ve farkındalık temelli müdahalelerin etkin olduğu ortaya konulmuştur (121). Farklı çalışmalar, hastalık, tedavi süreci, kaygı ve depresyon ile nasıl baş edeceğine ilişkin psikososyal eğitim müdahalelerinin, müzik ve dikkat odaklı uygulamaların bireylerde psikolojik sağlamlığı arttırdığını belirtmektedir (38, 122-125).

2.5. Kanser Sürecinde Bireylere Sunulan Bakımda Konsültasyon Liyezon Psikiyatri (KLP) Hemşirelerinin Rolü

Tanı alındığı ilk günden itibaren bireyleri uzun, zorlu ve yorucu bir yolculuğa çıkaran kanser, bireylerin hayatını fiziksel, psikolojik, sosyal yönlerden etkileyebilen bir hastalıktır (45). Süreç içerisinde bireyler zaman zaman yaşanan sorunlarla baş etmekte güçlük çekebilmekte ve desteğe ihtiyaç duymaktadır (6, 46). Bu bağlamda onlara kesintisiz hizmet veren ve bireylerin ihtiyaçlarını doğru saptayıp karşılayabilen hemşirelerin varlığı oldukça kıymetlidir.

Kanser tanısı konulduğu ilk andan itibaren bireyler korku, öfke, inkar gibi duygular hissedebilmekte, daha önce hiç duymadığı ve bilmediği ilaçların/yöntemlerin olduğu belirsizliklerle dolu tedavi sürecine geçiş yapabilmektedir (45, 46). Bu durum, bireyin hem hastalığa hem de tedavi sürecine uyumunu oldukça zorlaştırabilmekte, yaşadığı problemi çözemediği tekrarlayıcı düşünceler ile vaktini harcamasına neden olabilmektedir (6, 126). Bireyler bu dönemde aile ve sosyal destek kaynaklarının yanı sıra sağlık profesyonellerinin desteğine ihtiyaç duyduklarını vurgulamaktadır (126, 127). Bu bağlamda sürecin başından itibaren bireyin kansere ve beraberinde gelen tedavi sürecine psikolojik uyumunun sağlanmasında, bireye sunulan bakımın tıbbi ve psikolojik entegrasyonunu yaparak bütüncül bakım verebilen KLP hemşirelerinin varlığı oldukça önem arz etmektedir (128). KLP hemşireleri hastayı gözlemleyerek ve sorular sorarak ihtiyaç duyduğu bilgileri saptayabilir, hastanın bilgi ihtiyacını giderebilir ve bu sayede sürece uyumunu kolaylaştırabilir.

Tedavi sürecinde ve sonrasında bireyler, kilo alma, bulantı, kusma, saç dökülmesi, yorgunluk, erken menopoz, hafıza problemleri, yara izleri, beden imajında bozulma gibi birçok sorunla karşı karşıya kalabilmektedir (47, 55). Bireyler yaşadıkları bu sorunlarla baş ederken onların sorunlarına çözüm bulabilecek, destekleyebilecek ve gereken alanlarda uygun kaynaklara yönlendirebilecek sağlık profesyonellerine ihtiyaç duymaktadır (56). KLP hemşireleri bireylerde hastalığın yol açtığı söz konusu yaşam sorunlarının saptanmasında, ihtiyaç duyulan bilgilerin verilmesinde ve mevcut sorunlarla baş edebilecek güce gelmesi için başa çıkma yöntemleri geliştirilmesinde yol gösterebilecek donanıma sahip yegane sağlık profesyonelidir (128). Sahip oldukları hastalık, tedavi süreci, stresle baş etme becerileri, problem çözme ve terapötik iletişim teknikleri gibi alanlarda hastaya sağlayacağı bilgiler ile KLP hemşireleri, bireylerin süreçle baş etmesini kolaylaştırabilir.

Kanser deneyimine sahip bireylerin yaşam kalitesinin sağlanmasında ve geliştirilmesinde KLP hemşireliğinin önemli rolü bulunmaktadır. Bu alana yönelik atılması gereken önemli adımlardan biri KLP hemşirelerinin bireylerin süreçteki tekrarlayıcı düşünce türlerinin ve bireyler üzerindeki etkilerinin farkında olmasıdır (73). KLP hemşireleri bu bağlamda bireylere de yol göstererek onların düşüncelerini fark etmelerini sağlayabilir. Bireylerde farkındalık kazandırdıktan sonra ise, onlara

gevşeme, nefes egzersizi, alternatif düşüncenin bulunması, düşüncenin avantaj-dezavantajları gibi farklı baş etme yöntemleri öğretmek girici ruminatif düşüncelerinin amaçlı ruminatif düşüncelere dönüşmesine yardımcı olabilir. Ayrıca KLP hemşireleri bireylerin deneyimlediği yorgunluk türlerini (fiziksel, bilişsel, duygusal), bu yorgunluk türlerin hangi zamanlarda artıp azaldığını belirlemesinde bireye farkındalık sağlayabilir. Bireylerin yorgunluklarına göre uygun seçenekleri değerlendirerek bu yorgunlukların azalmasına yönelik çözüm önerileri (aktiviteleri önceliklendirme, beslenme düzenlenmesi, fiziksel egzersiz, gevşeme teknikleri vb.) sunabilir (73, 99). Bu sayede, bireyin girici ruminasyonun ve yorgunluğun azalması, amaçlı ruminasyonun artması sağlanabilir. Kansere, bireylerin hastalık öncesi ve sonrası hayatlarını gözden geçirmeye ve yaşadıkları hayatı değerlendirmeye neden olabilen, kişilerin kendilerini ölüme yakın hissedebildiği bir hastalıktır (56). Yaşanılan hayatı gözden geçirmek ve anlam bulmak bireyleri zorlayabilmektedir. Hatta bazı bireyler bu süreçle baş edememekte ve anksiyete, depresyon gibi ruh sağlığı problemleri yaşayabilmektedir (117). KLP hemşireleri bireylerin hastalık yaşantısından anlam bulmasına fayda sağlayabilmektedir (128). Bunu, bireyin yaşadığı deneyimden neler öğrendiğine, nasıl biri olmak istediğine, hayatının anlamına, hedeflerine ilişkin görüşmeler yaparak ve çeşitli psikososyal becerileri bakımına entegre ederek sağlayabilir. Tüm bunları yaparken de KLP hemşireleri, bireyin hayatında ulaşılabilir, somut hedefler belirlemesinde, geleceğe yönelik planlar yapmasında ve hayatında istediği değişiklikler için adım atması için gereken motivasyonu bulmasında aracı rol üstlenebilir.

KLP hemşirelerinin bir diğer önemli rolü ise, bakımın etkinliğini azaltan engelleri ortaya çıkartmak ve bunları ortadan kaldırmak ya da değişmesi için çaba harcamaktır (128). Kansere deneyimine sahip olan bireyler hastalıkları iyileşmesine rağmen zihinlerine gelen düşüncelerden rahatsız olduklarını, kendilerini hem fiziksel hem duygusal hem de bilişsel olarak yorgun hissettiklerini dile getirmektedir (4, 99, 129). Bu durum bireylerin verilen bakımdan yeterince yarar sağlayamamasına ve psikososyal gereksinimlerin yeterince karşılanamamasına yol açmaktadır (130). Dolayısıyla KLP hemşirelerinin, bireyleri oldukça etkileyen, bakımlarının kalitesini azaltan ruminatif düşüncelerini ve kansere bağlı yorgunluk alanlarını saptanması ve bu alanlara yönelik hasta ve yakınlarına eğitim ve danışmanlık hizmeti sunması

açısından değerli olacaktır. Bu anlamda Hemşirelik Yönetmeliği “Genel hastanedeki tedavi ekibi ile işbirliği içinde hasta/hasta ailesine yönelik eğitim ihtiyacını saptar, psikolojik eğitimi planlar, hastanın aktif katılımını teşvik eder, eğitimi uygular ve değerlendirir” maddesi de KLP hemşirelerinin bireylerin gereksindiği psikososyal, bakımı bütünlüyci yaklaşımları benimsemesi gerektiğine işaret etmektedir (128).

Kanser deneyimine sahip bireylerin ruminatif düşünceler, kansere bağlı yorgunluk ve psikolojik sağlamlık kavramlarına ilişkin bilgilendirilmeleri, girici ruminatif düşünceler ve yorgunluklarla baş etme becerilerini öğrenmeleri oldukça önemlidir (19). Ancak bunun için öncelikle hemşirelerin de bu konularda farkındalık ve bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık profesyonellerinin ruminatif düşünceler ve kansere bağlı yorgunluk hakkında bilgi eksikliklerinin olduğu, hastaları deneyimlenebilecek bu durumlar hakkında bilgilendirmedikleri ortaya konulmuştur (131-133). Bu bağlamda KLP hemşireleri hem kendi mesleki gelişiminin eğitim yoluyla devamlılığını sağlama hem de diğer hemşirelerin eğitimlere katılmalarını, öğrendiklerini uygulamaya aktarmalarını ve araştırmalar yapmalarını destekleme görevleri bulunmaları açısından kilit role sahiptir (128). KLP hemşirelerinin ruminasyon, kansere bağlı yorgunluk, psikolojik sağlamlık konuları hakkında mesleki eğitimler alması ve diğer hemşireleri bu alanlara yönelik eğitim ve araştırmalarda desteklemesi hasta bakımının sürekliliğini sağlayarak kalitesini arttırabilir.

Güçlendirme programları, geliştirilme amacına göre hedef grubunda yer alan bireylerin beceri ve kişisel farkındalık geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (41). Oturumlarda bireyler davranışlarını değerlendirmekte, kendilerine hedefler planlamakta, programdan ve programa katılan diğer bireylerden bilgi ve beceri edinmektedir (41). Dolayısıyla bu oturumların yürütülmesinde grup oturumunu yürütecek beceri ve donanıma sahip (128), bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda oturum içeriklerini yapılandırabilecek KLP hemşirelerinin varlığı önem arz etmektedir. KLP hemşireleri hastaya kesintisiz bakım sunmaları, iletişim ve gözlem yetenekleri ile bireylerin ihtiyaç duyduğu alanlara yönelik eğitim ve psikolojik desteği saptayabilmektedir (128). Bu alanlara yönelik güçlendirme oturumlarının geliştirilmesi bireylere sunulan bakım kalitesini arttırmada ve bireylerin iyi oluşluğunu yükseltmede fayda sağlayabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, remisyon dönemindeki kanser hastalarının ruminatif düşünceleri ve bu düşünceler ile baş etme biçimlerinin derinlemesine araştırılması ve elde edilen verilere dayalı olarak geliştirilen güçlendirme programının remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanarak programın etkisinin değerlendirilmesi amacıyla iki aşamadan oluşmaktadır. Araştırmanın birinci aşaması tanımlayıcı nitel araştırma deseni kullanılarak tasarlanmış iken; ikinci aşaması ön test, son test ve izlem desenli randomize kontrollü müdahale çalışması olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Birinci Aşaması

3.2.1. Araştırmanın Tasarımı

Araştırmanın bu aşaması tanımlayıcı nitel araştırma deseni kullanılarak tamamlanmıştır. Tanımlayıcı nitel araştırma deseni betimseldir. Betimsel araştırmalar, hakkında az bilgiye sahip durum/deneyim hakkında daha fazla bilgi edinmek için, olaylara/deneyimlere, kimlerin, nelerin dahil olduğuna ve olayların/deneyimlerin nerede, nasıl gerçekleştiğine ilişkin bilgiler sağlamaktadır (134). Araştırmanın bu aşamasında, remisyon dönemindeki kanser hastalarının ruminatif düşünceleri ve bu düşünceler ile baş etme biçimlerinin derinlemesine araştırılması amaçlanmıştır.

3.2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın Kanserle Dans Derneği, Kanserle Barış Derneği, Kansersiz Yaşam Derneği, Kanserle Yaşam ve Dayanışma Derneği, Lösemi Lenfoma Miyelom Derneği, Lösemi ve Kanser Hastaları Sağlık Eğitim Derneği (KANSERDER), Meme Sağlığı Derneği, Metastatik Meme Kanseri Derneği, Prostat Kanseri Derneği, Psiko-Onkoloji Derneği, Türk Akciğer Kanseri Derneği, Türk Üroonkoloji Derneği, Türk Kanser Derneği, Kanser Hastalarına Yardım Derneği, Kanser Savaşçıları Derneği, Pembe İzler Kadın Kanserleri Derneği, Kanser Savaşçıları Derneği, Pembe Hanım-Kanser Hasta ve Yakınlarıyla Dayanışma derneklerinde uygulanması planlanmış ve

derneklere izin dilekçesi, etik kurul izni, araştırma protokolü mail aracılığıyla gönderilmiştir. Ancak araştırmanın uygulanması için sadece Kanser Savaşçıları Derneği izin vermiş ve araştırma bu derneğe üye olan remisyon dönemindeki kanser hastaları ile yürütülmüştür.

3.2.2.1. Kanser Savaşçıları Derneği

2011 yılında sivil bir inisiyatif olarak başlamış, 2015 yılında dernekleşerek kurumsal bir kimlik kazanmıştır. Derneğin amacı, hasta ve hasta yakınlarına kanser tanısı, tedavisi ve sonraki süreçlerde karşılaşılabilecekleri güçlüklerle ilgili destek olmak, tedavi koşullarını iyileştirmek, yeni tedavilere erişim ve erken tanı imkanlarının yaygınlaştırılmasında toplumsal farkındalık oluşturmaya yönelik bilimsel ve sosyal aktiviteler düzenlemektir (135). Merkezi İstanbul'da bulunan dernek, Facebook, Twitter, Instagram gibi sosyal medya hesapları aracılığıyla üyelerine ulaşmakta, bilgi paylaşımı ve etkinlik planlamaktadır. Ayrıca üyeler de derneğin sosyal medya hesaplarından süreçte yaşadıkları deneyimlere ilişkin sorularını ve duygularını paylaşabilmekte, diğer üyelerin deneyim, tecrübelerinden ve desteklerinden yararlanabilmektedir. Derneğin Facebook sayfasında 27.000 takip eden üyesi bulunmaktadır. Ayrıca Facebook'ta derneğe ait Kan Kanserleri-Kanser Savaşçıları Derneği, Kemik ve Yumuşak Doku Kanserleri-Kanser Savaşçıları Derneği, Baş ve Boyun Kanserleri-Kanser Savaşçıları Derneği, Akciğer Kanseri-Kanser Savaşçıları Derneği isimleri ile derneğe ait farklı kanser çeşitlerine özgü 9 adet kapalı grup bulunmaktadır. Bu gruplarda ilgili kanser türüne özgü olarak bilgilendirmeler ve paylaşımlar yapılmaktadır.

3.2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Kanser Savaşçıları Derneği'ne üye olan, derneğin Facebook gruplarını (9 adet) takip eden remisyon dönemindeki kanser hastaları oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme ise, Ocak 2022 – Şubat 2022 tarihleri arasında ilgili dernek grupları aracılığı ile çevrimiçi olarak ulaşılan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma dahil edilme kriterlerine uygun olan remisyon dönemindeki kanser hastaları oluşturmuştur. Örneklem yöntemi olarak, yaş, hastalık tanısı ve remisyon süresi temel

alınarak maksimum varyasyon elde etmek için amaca yönelik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaca yönelik örneklemede, örneklem büyüklüğü, araştırılan konuya ilişkin araştırmacılarca belirlenen etkenler göz önünde bulundurularak belirlenmekte, görüşmelerden elde edilen veriler tekrarlanıp yeni veriler ortaya çıkmadığında (doygunluğa ulaştığında) örneklem sayısının yeterli olduğuna karar verilmektedir (136). Bu nedenle araştırmada örneklem sayısının belirlenmesinde verilerin doygunluğu esas alınmış, veriler kendini tekrar ettiğinde, veri doygunluğuna ulaşıldığına karar verilmiştir. Toplam 24 katılımcı araştırmacı ile iletişime geçmiştir. Bu katılımcılardan 3'ü, görüşme öncesinde gönderilen veri toplama formunda yer alan aktif tedavi sürecini tamamladıkları yıl sorusuna tedavilerinin devam ettiğini yazmaları nedeniyle araştırma dışında bırakılmıştır. On yedinci görüşmeden sonra araştırmacı, katılımcıların cevaplarında tekrarlar olduğu ve ruminatif düşünceler ve bu düşüncelerle baş etme yöntemlerine ilişkin yeni bir veri bulunmadığını fark etmiştir. Nitel araştırmalarda veri doygunluğunun sağlanmasında veriler tekrarlasa da ek olarak teyit görüşmelerinin yapılması önerilmektedir (137). Bu sebeple araştırmacı dört ek teyit görüşmesi gerçekleştirmiştir. Araştırma toplam 21 katılımcı ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- 18 yaş ve üzeri olmak
- En az bir yıldır remisyon döneminde olmak,
- Derneğe üye olmak
- Çevrimiçi teknik ekipmana (kamera, mikrofon, bilgisayar) ve kullanım bilgisine sahip olmak olarak belirlenmiştir.

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Araştırma sorularına 'evet' 'hayır' gibi açık olmayan kısa yanıtlar vermek olarak belirlenmiştir.

3.2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, remisyon dönemindeki kanser hastalarının tanıtıcı özelliklerinin öğrenilebilmesi amacıyla Tanıtıcı Bilgi Formu (Bkz. EK-1), derinlemesine bireysel görüşmelerde ise Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (Bkz. EK-2) kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1): Literatür (19, 73, 77, 79) incelenerek oluşturulan bu formda remisyon dönemindeki kanser hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, tanısı, ilk tanı alma tarihi gibi sosyodemografik özellikleri ile ilgili 12 soru yer almaktadır.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK-2): Remisyon dönemindeki kanser hastalarının ruminatif düşünceleri ve baş etme yöntemlerini keşfetmek amacıyla literatür (64, 73, 76, 129) incelenerek geliştirilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme formu 7 sorudan oluşmaktadır. Her bir soruya özgü olarak katılımcılardan gelen yanıtlar doğrultusunda, yanıtları detaylandırmaya ve derinlemesine öğrenmeye yönelik sonda soruları bulunmaktadır.

3.2.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulanabilmesi kanser hastalarının yer aldığı dernekler araştırılmış, ardından araştırmanın uygulanması için Aralık 2021 – Ocak 2022 tarihlerinde ilgili derneklere izin dilekçesi, etik kurul izni, araştırma protokolü e-posta ile gönderilmiştir (Bkz. EK-3). Araştırmanın uygulaması için sadece Kanser Savaşçıları Derneği'nden onay alınmıştır (Bkz. EK-4). Onayın ardından derneğin Facebook sayfalarına dernek yöneticilerinin onayı ile üye olunmuştur. Ocak 2022 – Şubat 2022 tarihleri arasında her hafta düzenli olarak derneğin Facebook sayfalarında araştırmanın amacı ve uygulanma şeklini kısaca açıklayan bir mesajla birlikte katılımcıların numara ya da e-posta adreslerini yazabilecekleri bir Google Form linki paylaşılmıştır (Bkz. EK-5). Katılımcılar, bu paylaşımlarda yer alan linke tıklayarak kendilerine ulaşılmasını istedikleri yolu (telefon ya da e-posta) araştırmacılara bildirmiştir. Ardından araştırmacı katılımcılar ile iletişim kurarak katılımcılara uygun gün ve zamanları belirlemiştir. Planlanan gün içerisinde görüşme öncesi katılımcının belirttiği iletişim yoluyla Tanıtıcı Bilgi Formu ve aydınlatılmış onam metni Google Form linki ile iletilmiştir. Görüşmeye başlamadan önce, araştırmacı katılımcılara çalışma hakkında daha fazla bilgi vermiş, çalışma hakkındaki sorularını yanıtlamış ve sözel olarak da onamlarını almıştır. Görüşmeler, Ocak 2022 – Mart 2022 tarihleri arasında Zoom platformu aracılığıyla gerçekleştirilmiş olup katılımcıların sadece ses

kayıtları alınmıştır. Görüşmelerin, gürültünün olmadığı, katılımcıların yalnız kalabildiği ve mahremiyetini sağlayabildiği bir odada olmasına dikkat edilmiştir. Görüşmeler, 45 – 80 dakika arasında (ortalama 60 dakika) sürmüştür.

3.2.6. Araştırma Ekibi

Tüm görüşmeler araştırmacılardan biri [SÖ] tarafından yürütülmüştür. Araştırmacı [YSÜÖ] kadındır ve psikiyatri hemşireliği alanında doktora derecesine sahip bir doçenttir. Araştırmacı [SÖ] kadındır ve psikiyatri hemşireliği alanında yüksek lisans derecesine sahip bir araştırma görevlisidir. Araştırmacıların nitel araştırma tasarlama ve yürütme konusunda deneyimleri bulunmaktadır.

3.2.7. Verilerin Analizi

Bireysel derinlemesine görüşmelere ilişkin veriler, her bir görüşmenin araştırmacılar tarafından transkript edilmesinin ardından MAXQDA 2018 programına aktarılmıştır. Graneheim ve Lundman'ın (138) önerdiği üzere içerik analizi yöntemi, hemşirelik araştırmalarında veri analizine rehberlik etmektedir ve güvenilirliği artırmaktadır. Bu anlamda, bu çalışmada da içerik analizi kullanılarak veriler analiz edilmiştir. İlk adımda, araştırmacılar tüm transkripsiyonları bağımsız olarak okumuştur. İkinci adımda veriler, ilgili cümleleri, kelimeleri veya paragrafları içerecek şekilde anlam birimlerine ayrılmıştır. Üçüncü adımda anlam birimlerine kodlar atanmış sonrasında ise kodlar kategorilere ayrılmıştır. Son olarak, araştırmacılar temalar ve alt temalar üzerinde fikir birliğine varana kadar kategorileri ve temaları tartışmış ve araştırma son haline getirilmiştir. Nicel verilerin analizinde ise, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programı ile yüzdelik ve sıklık analizleri yapılmıştır.

3.2.8. Verilerin Güvenirliği

Nitel araştırmalarda güvenirlilik, onaylanabilirlik (confirmability), inanılrlık (credibility), güvenilebilirlik (dependability) ve aktarılabilirlik (transferability) stratejileri kullanılarak sağlanabilmektedir (139). Bu çalışmada da güvenirliliği

sağlamada bu dört strateji (onaylanabilirlik, inanılrlık, güvenilebilirlik ve aktarılabirlik) kullanılmıştır. Onaylanabilirliği sağlamak için araştırmacılar birbirlerinden bağımsız olarak ortaya çıkardıkları kategori ve temaları fikir birliğine varana dek tartışmış ve son haline getirmiştir. Ek olarak, katılımcıların ifadeleri herhangi bir değişiklik, ekleme veya düzenleme yapmadan olduğu gibi sunulmuştur. İnanılrlığı sağlamak için, farklı yaş, cinsiyet ve kanser türlerinden katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir. Ayrıca katılımcılarla görüşme yapan araştırmacının psikiyatri alanında nitel araştırma deneyimleri bulunmaktadır. Güvenilebilirliği sağlamada, her iki araştırmacı da verilerin analizinde ve yorumlanmasında yer almıştır. Aktarılabirlik için ise, katılımcıların özellikleri, örnekleme yöntemi, dahil edilme ve dışlanma kriterleri, araştırma yöntemi ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ayrıntılı olarak yöntem kısmında açıklanmıştır.

3.2.9. Verilerin Gizliliği

Araştırmanın veri toplama aşamasında elde edilen yazılı dokümanlar ve kayıt cihazındaki veriler araştırmacılar dışında herhangi bir üçüncü şahısla paylaşılmamıştır. Ses kayıtları ve ham veri dökümleri, araştırmacıların kişisel bilgisayarlarında şifrelenmiş dosya halinde bulundurulmuş, veri transferi gerektiği durumlarda sadece araştırmacılar arasında şahsi USB bellek kullanılarak sağlanmıştır. Her bir araştırmacı ses kayıtlarının ve ham dökümlerinin yalnızca bir kopyasını bulundurmuş, verileri çoğaltmamıştır. Veriler araştırma dışında herhangi bir amaçla (ders, sunum vb.) kullanılmamıştır.

3.2.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik kurul izni Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (GO 21/1205) alınmıştır (Bkz. EK-6). Tez öneri sınavı doğrultusunda araştırmanın isminin değişmesi nedeniyle GO 21/1205 kayıt numarası ile etik kurula dilekçe yazılarak yeniden izin alınmıştır (Bkz. EK-7). Araştırmanın yapılmasının planlandığı derneklere araştırma bilgisinin yer aldığı izin dilekçesi, etik kurul izni, araştırma protokolü e-posta aracılığıyla gönderilmiştir (Bkz. EK-3). Bu araştırmanın uygulamasında Kanseri Savaşçıları Derneği'nden izin alınmıştır (Bkz.

EK-4). Derneğin Facebook grubunda araştırmanın amacı, kimlerle ne zaman ve nasıl yapılacağına ilişkin kısa bir bilgilendirme metni paylaşılmıştır (Bkz. EK-5). Görüşmelerden önce içerisinde Tanıtıcı Bilgi Formunun da bulunduğu aydınlatılmış onam formu katılımcılarla paylaşılmış ve onam kutucuğunu işaretleyip formu dolduran katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir. Yine nitel görüşmelere başlamadan önce katılımcıların sözlü onamları da alınmıştır.

3.2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları

Hem katılımcılar ile araştırmacının sağlığını korumak hem de COVID-19 salgını kısıtlamaları nedeniyle katılımcılara dernek aracılığıyla ulaşılmış ve araştırma çevrimiçi olarak Zoom platformu kullanılarak yürütülmüştür. Katılımcılar sadece derneğin Facebook gruplarına erişebilen bireyleri içermiş ve görüşmeler çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Çevrimiçi görüşmeler, katılımcıların bazı jest ve mimiklerini anlamada olası engeller oluşturmuştur. Ancak bunun aksine çevrimiçi görüşmeler aynı zamanda katılımcılara esneklik sağlamış ve katılımcılar herhangi bir baskı hissetmeden, istedikleri saat ve günde kendilerini daha rahat ve özgür bir şekilde ifade edebilmişlerdir.

3.3. Araştırmanın İkinci Aşaması

3.3.1. Araştırmanın Tasarımı

Ön test, son test ve izlem desenli tasarlanmış randomize kontrollü bir araştırmadır. Araştırmanın bu aşamasında, remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının bireylerin ruminatif düşüncelerinin, kansere bağlı yorgunluklarının ve psikolojik sağlamlıklarının üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

3.3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi'nde kontrol takipleri devam eden, kanser tedavisini tamamlamış ve en az 1 yıldır remisyon döneminde olan

yetişkin bireylerle, pandemi koşulları nedeniyle hem araştırmacıların hem de katılımcıların sağlıklarını korumak amacıyla çevrimiçi Zoom platformu kullanılarak yapılmıştır.

3.3.2.1. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi

Poliklinik binası 1993, klinikler binası ise 2005 yılında 120 yatak sayısı ile hizmete açılan Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi şu anda 160 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir (140). Hastaların tanı, tedavi ve takibinde profesyonel sağlık hizmeti sunmaktadır. Bünyesinde, Radyasyon Onkolojisi, Temel Onkoloji, Çocuk Onkoloji, Medikal Onkoloji, Kemik İliği Nakli Ünitesi, Prevanatif Onkoloji, Yoğun Bakım Ünitesi, Aferez Ünitesi ve Gündüz Tedavi Ünitesi gibi alanlar ile özelleşmiş laboratuvarlar (Biyokimya Sitogenetik, Tümör Patolojisi, Doku Tiplendirme vb.) bulunmaktadır. Yaklaşık olarak her yıl 80.000 hastaya yatarak ve ayaktan tedavi ve bakım hizmeti sunmaktadır. Araştırma polikliniğe kontrol ve takip amacıyla gelen, katılmaya gönüllü olan ve araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan bireyler ile yapılmıştır. Hastane içerisinde remisyon dönemindeki kanser hastalarının güçlenmesine yönelik herhangi bir psikososyal destek grubu hizmeti bulunmamaktadır.

3.3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi'nde kontrol takipleri devam eden, kanser tedavisini tamamlamış ve remisyon döneminde olan 18 yaş üstü yetişkin bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü G-Power programı yardımıyla hesaplanmıştır. Literatürde benzer bir çalışmaya rastlanılamaması nedeniyle Cohen'in (141) önerdiği 0,25 varyans analizi için orta düzey etki büyüklüğü temel alınarak 0,80 güç ve 0,05 yanılma düzeyi ile hesaplama yapılarak 28 kişi müdahale, 28 kişi kontrol grubunda olmak üzere örneklemin 56 kişiden oluşması gerektiği belirlenmiştir (Şekil 3.1). Ancak süreç içerisinde katılımcı kayıplarının olabileceği gözetilerek hesaplanan toplam sayıdan %10 (6 kişi) daha fazla kişiye ulaşılmış (142, 143) ve 31 müdahale, 31 Kontrol grubunda olmak üzere toplam

62 katılımcı araştırmaya dahil edilmiştir. Sonuç olarak araştırma 28 müdahale, 29 kontrol olmak üzere toplam 57 kişi ile tamamlanmıştır (Şekil 3.2).

The screenshot shows the G*Power software interface for a power analysis. The 'Test family' is set to 'F tests' and the 'Statistical test' is 'MANOVA: Repeated measures, within factors'. The 'Type of power analysis' is 'A priori: Compute required sample size - given α , power, and effect size'. The 'Input Parameters' section includes 'Determine =>', 'Effect size f' (0.25), ' α err prob' (0.05), 'Power (1 - β err prob)' (0.80), 'Number of groups' (2), 'Number of measurements' (3), and 'Corr among rep measures' (0). The 'Output Parameters' section shows 'Noncentrality parameter λ ' (10.5000000), 'Critical F' (3.1716259), 'Numerator df' (2.0000000), 'Denominator df' (53.0000000), 'Total sample size' (56), 'Actual power' (0.8120161), and 'Pillai V' (0.1578947).

Şekil 3.1. Güç analizi

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- 18-65 yaş aralığında olmak,
- Türkçe okuma yazma bilgisine sahip olmak,
- En az bir yıldır remisyon döneminde olmak,
- Çevrimiçi grup oturumuna katılabilecek teknik ekipmana (kamera, mikrofon, bilgisayar) ve kullanım bilgisine sahip olmak olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Son bir yıl içerisinde psikolojik destek almış olmak olarak belirlenmiştir.

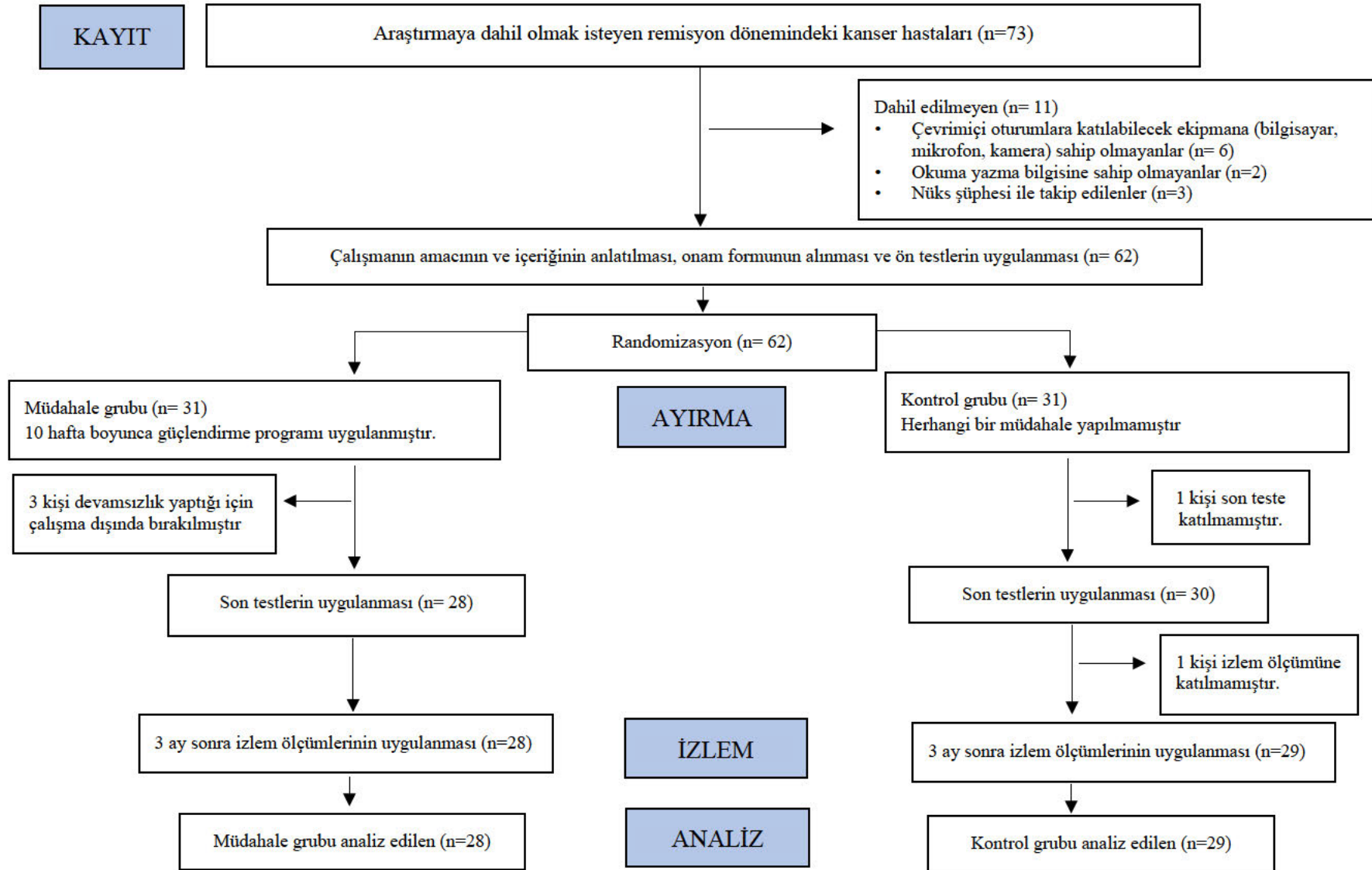
Araştırma Örnekleminden Çıkarılma Kriterleri

- Veri toplama formlarını eksik doldurmak,
- Oturumlara devamsızlık yapmak (en fazla 2 kez yapılabilir)
- Görüşmeler devam ederken nöks gerçekleşmesi ve yeniden tanı almak olarak belirlenmiştir.

3.3.4. Araştırmanın Randomizasyonu ve Yanlılığının Önlenmesi

Araştırmalarda yanlılığı önlemek amacıyla katılımcıların müdahale ve kontrol gruplarına atanmasından önce araştırmanın verilerinin körlenerek bağımsız bir istatistik uzmanına gönderilmesi önerilmektedir (142). Bu çalışmada yanlılığını önlemek amacıyla katılımcıların müdahale ve kontrol gruplarına atanmadan önce araştırmanın verilerinin körlenerek bağımsız bir istatistik uzmanına gönderilmiştir. İstatistik uzmanı basit rastgele randomizasyon yöntemi ile randomizasyon yapmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 62 katılımcı istatistik uzmanı tarafından öncelikle excel tablosunda numaralandırılmış, ardından <https://www.randomizer.org/> sitesinde yer alan veriler girilerek iki grup oluşturulmuştur. Excel tablosundaki numaralar ile sitede yer alan numaralar eşleştirilmiştir. Gruplardan biri ‘0’, diğeri ise ‘1’ olarak adlandırılmıştır. Gruplar, sosyodemografik özellikler bakımından homojen hale gelmiştir (Tablo 4.4). ‘0’ ve ‘1’ olarak gruplara rasgele sayı atanan katılımcılardan hangi grubun müdahale hangi grubun kontrol grubu olduğunun belirlenmesi için araştırma dışında araştırma ile ilgisi olmayan kişi yazı tura atmıştır. Araştırmacı katılımcıların gruplarının belirlenmesi sürecinde yer almamıştır.

Yapılan araştırmanın doktora tezi olması ve doğası gereği araştırmayı uygulayan kişinin deney ve kontrol gruplarını bilmesi, katılımcıların da araştırmayı uygulayan kişiyi bilmeleri körleme yapılmasına engel olmuştur. Ancak araştırmacılar raporlama yanlılığı ve saptama yanlılığını önlemek amacıyla çeşitli teknikler kullanmışlardır. Araştırmanın verileri istatistik uzmanına analiz amacıyla gönderilirken “0” ve “1” olarak kodlanmıştır. Deney ve kontrol grubunun hangi kodlara sahip olduğu çalışmada raporlama yanlılığını (reporting bias) kontrol etmek amacıyla analizler yapıp, raporu yazıldıktan sonra açıklanmıştır. Saptama yanlılığı (detection bias) ölçümleri yapan kişinin ölçüm yaptığı grubu beklenen etki yönünde değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır (142). Bu çalışmada istatistik uzmanına verilerin kodlanarak gönderilmesi sayesinde çalışmada saptama yanlılığı (detection bias) önlenmiştir. Ayrıca çalışmada Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) kullanılarak araştırmanın yanlılık riski değerlendirilmiştir (Bkz. Şekil 3.2.).



Şekil 3.2. Araştırmanın CONSORT şeması

3.3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin öğrenilebilmesi amacıyla Tanıtıcı Bilgi Formu (Bkz. EK-8), ruminatif düşüncelerini belirleyebilmek için Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri (Bkz. EK-9), kansere bağlı yorgunluklarını belirleyebilmek için Kanser Yorgunluk Skalası (Bkz. EK-10) ve psikolojik sağlamlık düzeylerini belirleyebilmek amacıyla Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (Bkz. EK-11) kullanılmıştır. Ölçeklerin araştırmada kullanılması için yazarlardan e-posta ile izin alınmıştır (Bkz. EK-12-EK-14).

Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-8): Literatür (31, 80, 118) gözden geçirilerek oluşturulan bu formda remisyon dönemindeki kanser hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, tanısı, ilk tanı alma tarihi gibi sosyodemografik özellikleri ile ilgili bazı sorular bulunmaktadır.

Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri (OİRE) (EK-9): Cann ve ark. (64) tarafından girici (intrusive) ve amaçlı (deliberate) iki ruminasyon biçimini değerlendirme amacıyla geliştirilen envanterin, Türk kültürüne uyarlama çalışması Haselden (144) tarafından yapılmıştır. 20 maddeden oluşan ölçek, girici (intrusive) ve amaçlı (deliberate) ruminasyon şeklinde iki alt ölçekten oluşmaktadır. Girici ruminasyon olaydan hemen sonra istemsizce ortaya çıkmakta, bireyde korku, üzüntü ve çaresizlik gibi duygusal sıkıntılara neden olmaktadır. Amaçlı ruminasyonda ise yaşanan olay istemli olarak düşünülmekte, birey olaydaki olumsuz duygularla yüzleşerek olayın kendisi için anlamını öğrenmekte ve varsayımsal inançlarını yeniden kurmaktadır (13, 64). İlk on madde girici ruminasyonu, ikinci on madde amaçlı ruminasyonu ölçmektedir. Ölçekte yer alan her madde, 4'lü likert tipte olup, 0= hiç, 3= sıklıkla şeklinde puanlanmaktadır. Bu ölçekte toplam puan bulunmamaktadır. Her bir alt ölçekteki puanlar 0 ile 30 arasında değişmektedir. Ölçeğin her bir alt boyutundaki puan artışı, söz konusu boyuta yönelik ruminatif bir düşünce eğiliminin artışı ortaya koymaktadır. Ölçeğin orijinal halinin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları girici ruminasyon için 0,94 iken, amaçlı ruminasyon için 0,88 olarak hesaplanmıştır (64). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik yapılmış halinin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları girici ruminasyon için 0,96, amaçlı ruminasyon için 0,91 olarak ortaya konulmuştur (144). Bu çalışmada ise, girici ve amaçlı ruminasyon için Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları sırasıyla 0,95 ve 0,91 olarak bulunmuştur.

Kanser Yorgunluk Skalası (KYS) (EK-10): Okuyama ve ark. (145) tarafından 2000 yılında kanser hastalarında yorgunluğu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş skalanın, Türk kültürüne geçerlik ve güvenirlik çalışması Şahin ve ark. (146) tarafından yapılmıştır. 15 maddeden oluşan ölçek, ‘hayır’ (1) ve ‘çok fazla’ (5) arasında değişen 5’li likert tipine sahiptir. Fiziksel (1,2,3,6,9,12,15 numaralı maddeler), duygusal (5,8,11,14 numaralı maddeler) ve bilişsel (4,7,10,13 numaralı maddeler) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından alınacak puan aralıkları fiziksel yorgunluk için 0 ile 28, duygusal ve bilişsel yorgunluk için 0 ile 16 arasındadır. Toplam yorgunluk, alt ölçek puanlarının toplamı olan 0 ile 60 puan arasındadır. Ölçekten ve alt boyutlarından alınan puanın artışı, yorgunluğun artışına işaret etmektedir. Okuyama ve ark. (145) tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0,84 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik yapılmış halinin ise Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0,74 olarak ortaya konulmuştur (146). Bu çalışmada ise Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları toplam yorgunlukta 0,89, fiziksel yorgunlukta 0,97, duygusal yorgunlukta 0,61, bilişsel yorgunlukta ise 0,83 olarak bulunmuştur.

Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CDPSÖ) (EK-11): Connor ve Davidson (114) tarafından kişilerde psikolojik sağlamlığı ölçmek amacıyla geliştirilmiş, ölçeğin Türk kültürüne uyarlama çalışması Kararırmak (147) tarafından yapılmıştır. 25 maddeden oluşan ölçek ‘hiç doğru değil’ (0) ve ‘her zaman doğru’ (4) şeklinde 5’li likert yapıdadır. Ölçek azim ve kişisel yetkinlik (1, 5, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25 numaralı maddeler), negatif olaylara tolerans (4, 6, 7, 8, 13, 14 numaralı maddeler) ve manevi eğilim (2, 3, 9, 20 numaralı maddeler) olarak üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. En düşük ve en yüksek değer 0-100 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artışı bireyin daha fazla psikolojik sağlamlığının artışını belirtmektedir. Connor ve Davidson (114) tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0,89 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik yapılmış halinin ise Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı ise 0,92 olarak ortaya konulmuştur (147). Bu çalışmada ise Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları toplam psikolojik sağlamlıkla 0,95, azim ve kişisel yetkinlikte 0,95, negatif olaylara toleransta 0,88, manevi eğilimde ise 0,62 olarak bulunmuştur.

3.3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmada geliştirilen program içeriğine ilişkin anlam ve yapı problemlerinin tespiti için araştırmaya dâhil etme kriterlerini karşılayan 5 (toplamda çalışma yapılması planlanan katılımcı sayısının %10'u) katılımcı ile grup oturumlarının tamamının bir ön uygulaması yapılmıştır (148). Aralık 2022 – Mart 2023 tarihleri arasında yapılan bu ön uygulamaya katılan bireyler ana araştırmaya ve analizlere dahil edilmemiştir. Araştırmanın ön uygulaması esnasında ikinci oturum (Kanser Deneyimi ve Etkileri) sonunda katılımcılar kanser deneyimleri hakkında konuştukları için kendilerini iyi hissetmediklerini ve stres yaşadıklarını belirtmiştir. Araştırmacı, tez danışmanı ve tez izleme komitesi jürilerine bu durumu iletmış, ikinci oturumun sonuna gevşeme egzersizi (ışık hüzmeleri tekniği) eklenmesine karar verilmiştir.

3.3.7. Araştırmanın Uygulanması

Bu araştırmada uygulanan güçlendirme programı, araştırmacıların ilk aşamasında yapmış olduğu nitel araştırma sonuçları doğrultusunda ve literatür (10, 64, 149-157) bilgilerinden yararlanılarak oluşturulmuştur. Kanser deneyiminin bireyleri fiziksel, bilişsel ve duygusal olarak etkileyerek bilgiyi işleme mekanizmalarını değiştirdiği, an'da kalmayı zorlaştırdığı bilinmektedir (73, 129). Bu nedenle müdahale programının kavramsal çerçevesinin yapılandırılmasında; bilişsel davranışçı kuramdan, kabul ve kararlılık terapisinin, psikodramanın ve farkındalık temelli müdahalelerin tekniklerinden faydalanılmıştır (64, 149, 157). Oluşturulan güçlendirme programının kapsam geçerliğinin sağlanması için oturumların içeriği ve işlenme biçimi 5 uzmana gönderilmiştir. Uzmanlar psikiyatri hemşireliği alanında uzman öğretim üyelerinden (1 profesör, 3 doçent, 1 doktor öğretim üyesi) oluşmuştur. Güçlendirme oturumunun kapsam geçerliğinin değerlendirilmesinde Waltz ve Bausel (158) tarafından geliştirilmiş Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) kullanılmıştır. Bu amaçla her bir ifadenin ölçüm değeri ile ilgili olarak; 1=Uygun değil, 2=Uygun hale getirilmesi gerekiyor, 3=Uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4= Çok uygun şeklindedir. KGI'nin 0,80'den büyük olması kapsam geçerliği açısından yeterli olduğunu göstermektedir (159). Oturumların içeriklerine yönelik tüm maddeler için uzman formlarındaki 3=Uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4= Çok uygun'ların

toplamı, toplam uzman sayısına bölünerek KGİ elde edilmiştir. Oturumların KGİ'si 1,00 çıkmış olup içeriğinde ve işleyişinde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ancak ön uygulama sırasında katılımcılardan alınan geribildirimler ve tez izleme komitesinin önerileri doğrultusunda ikinci oturumun içeriğine gevşeme egzersizi (ışık hüzmesi tekniği) eklenmiştir. Programın oturum başlıkları şu şekildedir:

- 1.Oturum: Tanışma ve Oryantasyon
- 2.Oturum: Kanser Deneyimi ve Etkileri
- 3.Oturum: Olay-Düşünce-Duygu-Davranış
4. Oturum: Girici Ruminasyonlar
5. Oturum: Amaçlı Ruminasyonlar
- 6.Oturum: Kansere Bağlı Yorgunluk
- 7.Oturum: Farkındalık ve Stresle Baş Etme
- 8.Oturum: Girici Ruminasyonlar ile Baş Etme
- 9.Oturum: Psikolojik sağlık
- 10.Oturum: Sonlandırma

Oturum içeriklerine ilişkin akış şeması Şekil 3.3'te, ayrıntılı bilgi EK-15-EK-27'de, araştırmanın uygulama şeması ise Şekil 3.2.'de sunulmuştur.

Araştırma için gerekli izinlerin alınmasının ardından, onkoloji hastanesindeki hekimlere araştırma hakkında kısa bir sunum yapılmış, polikliniklerde çalışan tüm hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilerek iş birliği sağlanmıştır. Katılımcılara ulaşana dek araştırmacı, hafta içi her gün hastanenin polikliniklerinde hazır olarak bulunmuştur. Araştırmacı, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan bireylere araştırma hakkında bilgi vermiş, gönüllü olan bireylere ön testleri vererek katılımcıların doldurmasını beklemiştir. Ardından, belirtilen güçlendirme programının uygulanacağı gün ve saatlerin belirlenebilmesi için bireylerin iletişim bilgilerini almıştır. Araştırmacı 73 katılımcıya ulaşmıştır. Bunlardan 6'sı Zoom platformuna katılabilecek uygun ekipmana (bilgisayar, mikrofon, kamera) sahip olmadığı, 2'si okuma yazma bilmediği, 3'ü ise nüks şüphesi ile takip edildiği için araştırmaya dahil edilmemiştir. Geriye kalan 62 katılımcının random ataması için araştırmacı verileri körleyerek istatistik alanında uzman bir kişiye göndermiş, grupların belirlenmesinin ardından müdahale ve kontrol grubundaki katılımcılara bilgi verilmiştir. Kontrol grubundaki bireylere son test ve izlem tarihleri belirtilerek kendileri ile tekrar iletişime

geçileceği bilgisi verilmiştir. Müdahale grubundaki bireylerin uygunluklarına göre grup oturumlarının saat ve tarihleri planlanmıştır. Grup etkileşimi ve gelişimi göz önünde bulundurularak (160), grup dinamiklerinin verimliliğinin sağlanması ve korunması amacıyla müdahale grubundaki bireyler 3 gruba ayrılmıştır. Grupların bir tanesi 11 kişiden, iki tanesi ise 10 kişiden oluşmuştur.

Müdahale grubunda (n=31) yer alan bireylerden 3'ü oturumlara ikiden fazla devamsızlık yaptığı için araştırma örnekleminde çıkarılmıştır. Kontrol grubunda (n=31) yer alan bireylerden 1'i son testi doldurmadığı için araştırma dışında bırakılmıştır. İzlem ölçümlerinin yapılması sırasında müdahale grubundan 28 ve kontrol grubundan 1'er kişiyi katılmaması sonucu 29 kişi olmak üzere toplam 57 kişiyle araştırma tamamlanmıştır. Randomizasyona ilişkin ayrıntılı bilgi Şekil 3.2.'de yer almaktadır.

Grup oturumları 10 Mayıs – 14 Temmuz 2023 tarihleri arasında 10 hafta boyunca haftada bir oturum olacak şekilde yapılmış, oturumlar ortalama 90 dakika sürmüştür. Oturumlar boyunca herhangi bir mola verilmemiştir. Oturum içerisinde verilen ödevler katılımcılara isteklerine göre e-posta veya WhatsApp üzerinden gönderilmiştir. Her oturum sonrasında araştırmacılar [SÖ ve YSÜÖ] kendi aralarında kısa toplantılar yaparak, oturuma ilişkin değerlendirmede bulunmuşlardır. Müdahale ve kontrol grubunun son ölçümleri müdahale grubunun son oturumun bitiminin hemen ardından 14 Temmuz – 21 Temmuz 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Ölçekler Google Form linki olarak katılımcıların isteğine göre e-posta veya WhatsApp üzerinden gönderilmiş ve veriler toplanmıştır. Oturumların sonlanmasından üç ay sonra 14 Ekim – 21 Ekim 2023 tarihleri arasında ise izlem ölçümleri uygulanmıştır. İzlem ölçümünde de son teste benzer şekilde ölçekler katılımcılara çevrimiçi Google Form linki şeklinde e-posta veya WhatsApp aracılığıyla iletilerek toplanmıştır. Kontrol grubundaki bireylere ölçümlere bitene kadar herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Bu süreçte bireyler rutin kontrollerine devam etmiştir. İzlem ölçümleri tamamlandıktan ve araştırma sona erdikten sonra ise, kontrol grubundaki bireylerin katılım istekleri doğrultusunda uygun zaman belirlenerek isteyen katılımcılara grup oturumları uygulanmıştır.



Şekil 3.3. Grup oturumlarının akış şeması

3.3.8. Araştırma Ekibi

Araştırmacı ve doktora tez öğrencisi [SÖ] kadındır ve psikiyatri hemşireliği alanında yüksek lisans derecesine sahip bir araştırma görevlisidir. Araştırmacı [YSÜÖ] kadındır, psikiyatri hemşireliği alanında doktora derecesine sahip bir doçenttir ve bu çalışmada araştırmacı SÖ'nün tez danışmanıdır. Araştırmacı [ÖD] erkektir ve uzmanlık eğitimi iç hastalıklarında, yan dal uzmanlık eğitimi ise iç hastalıkları anabilim dalı tıbbi onkoloji bölümünde olan bir profesör hekimdir. Araştırmacı [ŞCG] erkektir ve ruh sağlığı ve hastalıkları alanında uzman bir doçent hekimdir. Araştırmacılar ÖD ve ŞCG, araştırmanın ikinci aşamasına dahil olmuşlardır.

3.3.9. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 26 yazılım programı kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri “müdahale ya da kontrol grubunda olmak” iken, bağımlı değişkenleri ise “Olay ilişkili Ruminasyon Envanteri, Kanser Yorgunluk Skalası ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği” puanlarıdır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları çarpıklık basıklık katsayıları ile incelenmiş ve katsayıların $\pm 1,5$ aralığında olduğu görülmüştür. Ayrıca normallik varsayımları için değişkenlerin Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmesi de önerilmektedir (161-163). Bu çalışmada da Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirme yapılmıştır. Çıkan sonuçlar doğrultusunda normal dağılım olduğu için çalışmada parametrik olan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır. İki bağımsız kategorik değişken arasındaki ilişkiler Ki Kare analizi ile incelenmiştir. Ki Kare Analizinde beklenen değer varsayımı saplanmadığı durumlarda Fisher's Exact test sonuçları kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasındaki farklılıklar Bağımsız Örneklem t Testi ile incelenmiştir. Ölçümlerin zamana göre değişimde tekrarlı ölçümler varyans analizi kullanılmıştır. Farklılık çıkması durumunda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Bonferroni düzeltilmeli sonuçlar kullanılmıştır.

Analizlerde istatistiksel anlamlılık 0,05 düzeyinden yorumlanmıştır. Bağımsız değişken sayısı birden fazla ise etki büyüklüklerinin hesaplanmasında kısmi eta-kare kullanılmaktadır (164). Dolayısıyla bu araştırmada “Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, Kanser Yorgunluk Skalası ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği” bağımlı değişkenlerin zaman ve gruplara göre etki büyüklüklerinin hesaplanmasında kısmi eta-kareden yararlanılmıştır.

3.3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik kurul izni Hacettepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (KA-22037) alınmıştır (Bkz. EK-28). Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda sorumlu araştırmacının hekim olması istenmektedir. Bu sebeple etik kurul onayında araştırmanın bu aşamasının sorumlu araştırmacısı Prof. Dr. Ömer Dizdar'dır. Gelen revizyonlar doğrultusunda bir psikiyatri hekiminin de araştırmaya eklenmesinin istenmesi sebebiyle araştırmanın bu aşamasına Doç. Dr. Şeref Can Gürel de dahil edilmiştir. Etik kurul onay sayfasında isimleri belirtilmese de Doç. Dr. Yeter Sinem Üzar Özçetin'in ve Doç. Dr. Şeref Can Gürel'in isimleri etik kurula teslim edilen belgelerde yer almaktadır. Prof. Dr. Ömer Dizdar ve Doç. Dr. Şeref Can Gürel bu araştırmanın tez danışmanının Doç. Dr. Yeter Sinem Üzar Özçetin olduğunu ve bu doktora tezi üzerindeki haklarından feragat ettiklerini beyan eden bir belge imzalamışlardır (Bkz. EK-29). Etik kurul onayının ardından, araştırmanın uygulaması için Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi'ne başvurulmuş ve uygulama izni alınmıştır (Bkz. EK-30). Araştırmacı katılımcılarla yüz yüze görüşerek bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu (Bkz. EK-31) paylaşılmış ve katılımcılar onam verdikten sonra araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın ClinicalTrials kaydı yapılmıştır. ID numarası NCT05768984'tür.

3.3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları

COVID-19 salgını nedeniyle hem katılımcıların hem de araştırmacının sağlığını korumak amacıyla araştırma çevrimiçi Zoom platformu ile yürütülmüştür. Araştırmaya katılmak isteyen ancak grup oturumuna katılabilecek teknik ekipmana (kamera, mikrofon, bilgisayar) ve kullanım bilgisine sahip olmayan bireyler araştırma

dışında bırakılmıştır. Çevrimiçi yürütülen oturumlar, katılımcıların bazı jest ve mimiklerini anlamada olası engeller oluşturmuştur. Bir diğer sınırlılık ise ön testin aksine araştırmanın son test ve izlem testleri katılımcılara çevrimiçi uygulanmasıdır. Araştırmanın güçlü yönlerine bakıldığında, oturumların çevrimiçi olması farklı şehirlerden kontrole gelen birçok katılımcının araştırmaya katılabilmesi ve bir araya gelmesine olanak sağlamıştır. Çünkü Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesine birçok şehirden birey, tedavi ve kontrole gelmektedir. Bu durum oturumlarda çeşitliliği sağlamıştır. Oturumların saatleri bireylere göre ayarlanarak hem gündüz hem de akşam saatlerinde yapılmış olup hem evde bulunan hem de çalışan bireylerin tamamının katılabilmelerine olanak sağlanmıştır. Ek olarak, bu araştırmada ön uygulamanın yapılması güçlendirme programının içeriğinin test edilebilmesine ve geliştirilebilmesine olanak sağlamış ve grup oturumlarının işleyişi ve içeriği hakkında araştırmacıya yol gösterici olarak ikinci oturumun içeriğini zenginleştirmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları iki aşamada sunulmuştur. İlk olarak, araştırmanın birinci aşaması olan remisyon dönemindeki kanser hastalarının ruminatif düşünceleri ve bu düşünceler ile baş etme biçimlerini anlamaya yönelik yürütülen nitel araştırma verileri sunulmuştur. İkinci olarak ise, remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının bireylerin ruminatif düşüncelerinin, yorgunluklarının ve psikolojik sağlamlıklarının üzerine etkisinin incelendiği nicel araştırma bulgularına yer verilmiştir.

4.1. Araştırmanın Birinci Aşamasına Yönelik Bulgular

4.1.1. Remisyon Dönemindeki Kanser Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri

Remisyon dönemindeki kanser hastalarının tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının tanıtıcı özellikleri (n=21)

	n	%	$\bar{X}$	SS	Min - Max
Yaş			49,09	8,0	32-59
Teşhisten Bu Yana Geçen Süre (yıl)			5,1	3,2	1-13
Remisyon Süresi (yıl)			3,7	2,6	1-9
Cinsiyet					
Kadın	16	76,2			
Erkek	5	23,8			
Medeni Durum					
Evli	11	52,4			
Bekar	10	47,6			
Eğitim Durumu					
Yüksek Lisans/Doktora Mezunu	1	4,8			
Üniversite Mezunu	9	42,8			
Lise Mezunu	6	28,6			
Ortaokul Mezunu	1	4,8			
İlkokul Mezunu	4	19,0			
Çalışma Durumu					
Evet	8	38,1			
Hayır	13	61,9			

Tablo 4.1. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının tanıtıcı özellikleri (Devamı)
(n=21)

	n	%
Ekonomik Durum		
İyi	4	19,0
Orta	10	47,6
Kötü	7	33,4
Tanı		
Meme kanseri	9	42,8
Multiple Miyelom	3	14,2
Cilt (deri) kanseri	3	14,2
Kolon kanseri	1	4,8
Kondrosarkom	1	4,8
Akciğer kanseri	1	4,8
Yumurtalık kanseri	1	4,8
Serviks kanseri	1	4,8
Tükürük bezi kanseri	1	4,8
Metastaz Deneyimi		
Var	5	23,8
Yok	16	76,2
Nüks Deneyimi		
Var	3	14,3
Yok	18	85,7
Tedavi Sürecinde Destek Veren Biri		
Var	16	76,2
Yok	5	23,8
Tedavi Sürecinde Destek Veren Kişi/Kişiler*		
Eş	8	38,1
Anne/baba	7	33,4
Erkek/Kız kardeş	6	28,6
Çocuklar	3	14,2
Partner/Sevgili	2	9,5
Yeğen	1	4,8
Teyze	1	4,8
Kuzen	1	4,8

̄X: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, %: Yüzde,

Min.: Minimum değer, Max.: Maksimum değer,

*n katlanmıştır.

Bu çalışmaya katılan remisyon dönemindeki kanser hastalarının yaş ortalamalarının $49,09 \pm 8,0$ olduğu, teşhisten bu yana geçen sürenin $5,1 \pm 3,2$ yıl, remisyon süresinin ise $3,7 \pm 2,6$ yıl olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %76,2'si kadın, %52,4'ü evli, %42,8'i üniversite mezunu, %61,9'u çalışmamakta, %47,6'sı ekonomik durumunu orta olarak değerlendirmektedir. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının %42,8'i meme kanseri tanısı almışken, %14,2'si multiple miyelom,

%14,2'si cilt (deri) kanseri, %4,8'i kolon kanseri, %4,8'i kondrosarkom, %4,8'i akciğer kanseri, %4,8'i yumurtalık kanseri, %4,8'i serviks kanseri, %4,8'i tükürük bezi kanseri tanısı aldığını belirtmiştir. Katılımcılardan %23,8'inin metastaz deneyimi, %14,3'ünün de nüks deneyimi bulunmaktadır. Örnekleme yer alan remisyon dönemindeki kanser hastalarının %76,2'si tedavi sürecinde kendilerine destek olan birinin var olduğunu belirtmiştir. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının tedavi süresince destek veren kişi/kişilerin çoğunluğu sırasıyla %38,1 eş, %33,4 anne/baba, %28,6 erkek/kız kardeş olarak belirlenmiştir.



Tablo 4.2. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının bireysel özelliklerinin kodlandıkları harflere göre dağılımı (n=21)

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Medeni Durum	Çalışma Durumu	Ekonomik Durum	Kanser Tanısı	Tanı Aldığı Yıl	Kanser Tedavisinin Bittiği Yıl	Metastaz Deneyimi	Nüks Deneyimi	Tedavi sürecini destekleyen birinin varlığı (kimler oldukları)
K1	45	Kadın	Üniversite Mezunu	Bekar	Çalışmıyor	Kötü	Serviks kanseri	2014	2015	Yok	Var	Var (anne, kız kardeş, teyze ve kuzen)
K2	51	Kadın	Lise Mezunu	Evli	Çalışmıyor	Orta	Meme kanseri	2017	2018	Yok	Yok	Yok
K3	43	Kadın	Üniversite Mezunu	Evli	Çalışıyor	Orta	Cilt (Deri) Kanseri	2014	2015	Var	Yok	Var (eş)
K4	47	Erkek	Üniversite Mezunu	Evli	Çalışmıyor	İyi	Cilt (Deri) Kanseri	2009	2019	Var	Var	Var (eş)
K5	59	Kadın	İlkokul Mezunu	Bekar	Çalışmıyor	Kötü	Multipl miyelom	2019	2020	Var	Yok	Yok
K6	47	Kadın	Lise Mezunu	Evli	Çalışmıyor	İyi	Meme kanseri	2020	2021	Yok	Yok	Var (eş)
K7	42	Kadın	Lise Mezunu	Evli	Çalışıyor	Orta	Cilt (Deri) Kanseri	2016	2017	Yok	Yok	Var (anne ve yeğen)
K8	57	Kadın	Üniversite Mezunu	Bekar	Çalışıyor	İyi	Meme kanseri	2019	2020	Yok	Yok	Var (partner/sevgili)
K9	59	Kadın	İlkokul Mezunu	Evli	Çalışmıyor	Orta	Meme kanseri	2015	2016	Yok	Yok	Var (eş, kız kardeş)
K10	47	Kadın	Lise Mezunu	Bekar	Çalışmıyor	Orta	Yumurtalık kanseri	2018	2021	Yok	Yok	Var (anne, çocuk ve eş)
K11	58	Erkek	Orta okul Mezunu	Bekar	Çalışmıyor	Kötü	Kolon kanseri	2015	2017	Yok	Yok	Yok
K12	38	Erkek	İlkokul Mezunu	Evli	Çalışmıyor	Kötü	Multipl miyelom	2019	2021	Yok	Yok	Yok
K13	57	Erkek	Üniversite Mezunu	Evli	Çalışıyor	Orta	Multipl miyelom	2021	2021	Yok	Yok	Var (eş)
K14	37	Kadın	Doktora/ Yüksek Lisans Mezunu	Bekar	Çalışıyor	Orta	Tükürük bezi kanseri	2014	2015	Yok	Yok	Var (anne)
K15	59	Kadın	Üniversite Mezunu	Bekar	Çalışmıyor	Orta	Meme kanseri	2015	2015	Var	Var	Yok
K16	47	Kadın	Lise Mezunu	Bekar	Çalışmıyor	Kötü	Meme kanseri	2021	2021	Yok	Yok	Var (kız kardeş ve partner)
K17	58	Kadın	İlkokul Mezunu	Bekar	Çalışmıyor	Kötü	Akciğer kanseri	2016	2017	Yok	Yok	Var (çocuklar)
K18	50	Kadın	Üniversite Mezunu	Evli	Çalışıyor	İyi	Meme kanseri	2019	2021	Yok	Yok	Var (eş, anne, kız kardeş ve kızı)
K19	46	Kadın	Üniversite Mezunu	Evli	Çalışıyor	Orta	Meme kanseri	2019	2021	Var	Yok	Var (kız kardeş)
K20	52	Kadın	Lise Mezunu	Evli	Çalışmıyor	Kötü	Meme kanseri	2012	2013	Yok	Yok	Var (anne ve eş)
K21	32	Erkek	Üniversite Mezunu	Bekar	Çalışıyor	Orta	Kondrosarkom	2021	2021	Yok	Yok	Var (erkek kardeş, anne ve baba)

Tablo 4.2’de katılımcıların bireysel özelliklerinin kodlandıkları harflere göre dağılımı verilmiştir. Katılımcıların kimliklerini gizli tutmak için alıntılarda katılımcı kelimesinin baş harfi olan “K” kısaltması kullanılmıştır.

4.1.2. Temalar ve Alt Temalar

Remisyon dönemindeki kanser hastalarının ruminatif düşünceleri ve bu düşünceler ile baş etme biçimlerini ortaya koymak amacıyla yapılan bu araştırmanın, *Bilişlerle Mücadele Etme*, *Baş Etme* ve *Gerek Duyulan İhtiyaçlar* olmak üzere 3 tema ve bu temalarla ilişkili 6 alt temadan oluştuğu ortaya konulmuştur. Ortaya çıkan tema, alt temalar Tablo 4.3’te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının ruminatif düşüncelerine ilişkin tema ve alt temalar

<i>Bilişlerle Mücadele Etme</i>	<i>Girici Ruminasyon</i>
	<i>Kapana Kısılmış Hissetme</i>
<i>Baş Etme</i>	<i>Amaçlı Ruminasyon</i>
	<i>Bakış Açısının Değişmesi</i>
<i>Gerek Duyulan İhtiyaçlar</i>	<i>Psikolojik Destek</i>
	<i>Empatik İlişki</i>

4.1.2.1. Tema 1. Bilişlerle Mücadele Etme

Katılımcılar remisyon döneminde olmalarına rağmen günlük işlevselliklerini aksatan çeşitli türde ruminatif düşüncelere sahip olduklarını belirtmişlerdir. Bu tema, *Girici Ruminasyon* ve *Kapana kısılmış hissetme* olmak üzere iki alt temadan oluşmaktadır.

4.1.2.1.1. Alt Tema 1. Girici Ruminasyon

Katılımcılar, tedavi edilmelerine ve remisyon döneminde olmalarına rağmen kanserle ilgili düşüncelerinin tanı konulduğu andan itibaren hayatlarına eşlik ettiğini vurgulamışlardır. Kanser sürecini unutulmaz ve kaçınılmaz olarak nitelendirerek, yaşadıkları deneyimleri ve geleceğe ilişkin olası senaryoları tekrar tekrar düşündürdüklerini ifade etmişlerdir.

“Hiç çıkmıyor hastalığınız aklınızdan. Yani, asla onu unutmuyorsunuz. Bununla yaşıyorsunuz ve hep kafanızın bir yanında duruyor. Anlatabiliyor muyum? Aklınızdan bir dakika olsun çıkmıyor. Ben kendi adıma konuşuyorum. Benim aklımdan hiçbir zaman çıkmıyor. Hep kafamın bir tarafında o var. O yaşadığım süreç... Tekrarlama korkusu... Bu tür şeyleri hep kafanızda canlı tutuyorsunuz. Ufacık bir yeriniz bile ağrısa acaba bir şey olur mu korkusuyla yaşıyorsunuz. Bu korku ile bu tedirginlikle yaşıyorsunuz. Asla bitmiyor bu. İlk başlardaki duygusal halimle şimdiki duygusal halim aynı değil tabii ki. İlk başlarda çok ağlıyordum. Şimdi artık o ağlamalar bitti. Daha olgunum ama hastalığı unutmuyorsunuz. Bununla yaşıyorsunuz.” (K20)

“Hiç aklımdan çıkmıyor ki... Dikkat etmem gerek. O benimle beraber yatıyor. Benimle beraber kalkıyor. Benimle beraber besleniyor. O benimle beraber... 24 saat benim yanımdaki ikiz kardeşim gibi. Bunu hiç unutmamalıyım. Çünkü hocalarım da aynısını söylüyor: ‘Dikkat etmen gerektiğini hiç unutmayacaksın. Çok dikkat edeceksin.’ Yanımda bir ikiz kardeş taşıyorum. Bu düşünceyi sürekli taşıyorum. Benimle beraber yaşıyor bu düşünce. Hiç unutmuyorum.” (K10)

Katılımcılar, doktor kontrollerinin büyük stres yarattığını ve olumsuz düşüncelerini tetiklerini belirtmişlerdir. O süreçte özellikle nüks korkusu yaşadıklarını, istenmeyen test sonuçları, ileri tetkikler gibi durumların endişelerini arttırdıklarını ifade etmişlerdir. Test sonuçları çıkana kadar ne yaparlarsa yapsınlar, kanserle ilgili akıllarına gelen düşünceleri zihinlerinden atamadıklarını söylemişlerdir.

“Bizim hayatımız 6 aylık dönemlere kesilmiş, dilimlenmiş gibi. ‘6 ay daha ölmedin. Bir 6 ay daha yaşıyorsun. Bir 6 ay daha iyisin. Bak yırttın! Bir 6 ay daha kurtardın!’” (K1)

“Film çektirirken insan strese giriyor. ‘Acaba bir şey var mı?’ diye korkuyorsun. ‘Sil baştan tekrar mı başlayacağım?’ diye düşünüyorsun.” (K4)

“‘Acaba ne olacak? Endoskopide bir şey olacak mı? Uyutacaklar mı? Hissedecek miyim? Endoskopinin sonucunda aksi bir şey çıkacak mı?’ Bunlar beynimde hastaneye gitmeye yakın dolanan düşünceler... Elimde olmayan bir şekilde, kendimi ne kadar rahat hissetsem de o sürece yakın huzursuzluk yaşıyorum. Geceleri özellikle birden uyanıyorum. Birden gözlerim açılıyor. ‘Of, 2 gün kaldı’ diyorum. ‘3 gün kaldı’ diyorum. Atlattıktan sonra ‘Oh be! Çok şükür bitti.’ diyorum.” (K10)

“Zaten o stres doktor randevusunu aldığım zaman başlıyor. 15 gün öncesinden randevu alamıyoruz. Tomografi için randevu alıyorum. MR için randevu alıyorum. Bazen ultrason çekiliyor, ona randevu alıyorum. Başka doktorlarla görüşmem gerekiyor, onlara randevu alıyorum. İşte bu randevuları testleri toparlayıp doktorlarla görüşünceye kadar aşağı yukarı bir ay, bir buçuk ay düşünceler benim kafamı kurcalıyor. ‘Ya orada bir şey çıkarsa ya burada bir şey çıkarsa?’ diye düşünüyorum. Bu süreç de beni yoruyor.” (K17)

Katılımcıların büyük çoğunluğu kanserle ilgili ruminatif düşünceleri açığa çıkaran belirli tetikleyicilerden bahsetmişlerdir. Bu tetikleyicilerin en belirgin olanları, yara izleri, sürece bağlı yaşanan kayıplar (örneğin, mastektomi), yorgunluk ve ağrıydı.

“Böyle beyn b köşes de duruyor o sürekli ‘Acaba metastaz mı oldu? Acaba b yerden m çıktı?’ Mesela boğazım ağrıyor. ‘Boğazımdak lenfler ne m sıçradı?’ böyle b korkularım oluyor devamlı.” (K9)

“Valla hiç aklımdan çıkmıyor. Her sabah kalktığımda kendimi biraz kötü hissediyorum. Kolostomi torbam var. İster istemez kendimi kötü hissediyorum. Onu da atlatmaya çalışıyorum. ‘Böyle daha rahatsın, boş ver’ diyorum geçiştiriyorum ama, insanın ister istemez gücüne gidiyor.” (K11)

“Aslında fizyolojik hatırlatıcılar var. Mesela, aynaya bakmak. Uyandığınızda saatlerce ağzınız, çeneniz kapalı kaldığından büyük bir ağrı ile uyanıyorsunuz. Tekrar onu fizyoterapi yaparak açmak, hiç duş almak istemediğiniz halde sıcak su kaslarınızı gevşetiyor diye suya girmek düşünceleri de beraberinde getiriyor. Bedenimde yapılan tetiklere göre, raporlar kanserli hücrenin olmadığını söylese de ben gündelik yaşamımda kanserin benle yaşadığını az önce söylediğim örnekler gibi çokça görüyor ve hissediyorum. O yüzden düşünceler de fiziksel olarak maraz kaldığı için geliyor.” (K14)

“Bir bayanın vücudunda görüntü olarak en önemli organı meme. Gün aşırı aklına geliyor. Giyindiğin zaman aklına geliyor. İnsanlara göstermemeye çalışıyorsun ama kafanda mutlaka bir soru işaretiyle yaşıyorsun.” (K16)

4.1.2.1.2. Alt Tema 2: Kapana Kısılmış Hissetme

Katılımcılar, kanser nedeniyle eskisi gibi hayatlarına devam edemediklerini akıllarının bir köşesinde hep hastalığı tuttuklarını vurgulamışlardır. Bu durum kendilerini kısıtlanmış hissetmelerine yol açmıştır. Çünkü katılımcılar, kansere ilişkin düşünceler nedeniyle yakın gelecek için bile plan yapamadıklarını, nükse dair düşüncelerin buna engel olduğunu dile getirmişlerdir.

“Aile içinde konuşurken ‘şöyle yapalım’ derken aklıma hastalık geliyor. Ondan sonra değiştirip planlarımı yapmıyorum. Bazen kendime ‘Boş zamanlarımda şöyle yapayım’ diyorum ama ondan sonra hastalık falan olursa diye o düşüncelerimden vazgeçiyorum.” (K4)

“Neşeli görünmeye çalışıyorum. Herkes diyor: ‘Maşallah çok güzelsin, şöylesin böylesin.’ ama benim içimde çok şey var. Hiçbir zaman geleceğe ait plan yapmıyorum. Mesela ev, araba, şunu ya da bunu alayım gibi hiçbir planım yok. Çünkü 10 yıl sonra nüks olanları da duyuyorum.” (K19)

Ayrıca katılımcılar tedavi ve kontrol süreçlerinin maliyeti, hastalık sonrasında sağlıklı bir ilişki kurup kuramayacakları, bağışıklık sisteminin düşük olması gibi hayatlarına sınırlama getiren diğer sorunlarla da hem fiziksel hem de zihinsel olarak mücadele ettiklerini ifade etmişlerdir.

“Mesela ikili ilişki olarak erkek arkadaşım yok şu anda. Onun sınavını vermedim henüz. Böyle bir durumda bu nasıl anlatılır, ne beklenir, ekstra bir dramım olacak mı onu bilmiyorum. Çözmediğim bir konu...” (K1)

“Bu hastalığın benim hayatımı sınırlandırılmış olmasından biraz rahatsızım. Normal insanlar gibi her şeyi yapamamaktan rahatsızım. Her şeyden korkmaktan rahatsızım. Çünkü bizde bağışıklık çok önemli. Bağışıklık sistemi bir an çökse zaten kronik hastalığımız var ve günümüzde Covid-19 gibi farklı hastalıklar bizi ele geçirebiliyor.” (K10)

“3-4 ayda bir kontrole gittiğimde hekimler çeşitli görüntülemelerde, isteklerde bulunuyor. Bunların hayatımda çok ciddi ekonomik yükü var. Özel sağlık sigortası ödüyorum çok yüksek primlerle. Hastalığın fiziksel olarak bedenimde bıraktığı izler, ağrılar, deformasyonlar var. Ancak bundan başka sosyolojik ve aslında ekonomik boyutuyla da bir yükü var. Bununla mücadele etmek bazen beni yıpratıyor. Kendime karşı toleransım daha düşük olabiliyor. Bir noktada hastalığı bir yere kilitleyip orada kalmasını istiyorum. 1000 TL görüntüleme bedeli için katkı payı vermek, doktor vizitelerine gitmek, başka bir şey ödemek, ayda 4500 TL prim ödemek... Bunlar çok yüksek giderler... Tüm bunlar aslında hastalığı yaşatmaya devam eden, unutturmayan, aslında unutmak istesem de fiziksel götürüleri ile hastalığı bana sürekli fısıldayan şeyler...” (K14)

4.1.2.2. Tema 2: Baş Etme

Katılımcılar bu temada girici ruminatif düşüncelerle nasıl başa çıktıklarını anlatmışlardır. Bu tema, *Amaçlı Ruminasyon* ve *Bakış Açısının Değişmesi* olmak üzere iki alt temadan oluşmaktadır.

4.1.2.2.1. Alt Tema 1: Amaçlı Ruminasyon

Katılımcılar kanser sürecini ve bu sürecin kendilerine öğretilerini daha iyi anlayabilmek için yaşadıkları deneyimi bilinçli olarak düşündüklerini belirtmişlerdir. Nüks etmesi durumunda tüm süreçleri tekrar baştan yaşamak zorunda kalsalar ne yapacaklarını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Girici ruminasyonun kısır döngüsünden kurtulabilmek için onları bastırmanın ve kaçmanın iyi bir yol olmadığını, düşüncelerin gelip geçici olduğunun farkında olduklarını söylemişlerdir. Bu durum katılımcıların ifadesine göre, eskisi kadar hastalığın akıllarına gelmemesine neden olmuştur.

“Bazen geçirdiğim çok zor şartları ne kadar rahat ve güçlü olarak atlattığımı düşünüyorum bazen de ‘Yeniden beni bulursa ne yaparım? Tekrar böyle bir şeyle karşılaşırsam mücadele edecek gücüm var mı?’ diye düşünüyorum.” (K2)

“Bu benim için bir tecrübeydi. Hiç beklemediğim bir hastalıktı. Sürpriz oldu ve ben onunla barıştım. Hastalığımla yüzleştim. Yüzleşmeyi tercih ettim.” (K5)

“Düşünüyorum. Öyle çok hızlı kafamı dağıtmıyorum. Yaşadıklarımı düşünüyorum. ‘Tekrar yaşarsam ne yaparım?’ diye düşünüyorum.” (K7)

“Düşüncelerden kurtulmak için bir şey yapmıyorum. Düşünceler gelip geçiyor.” (K8)

“İlk senelerde hiç aklımdan çıkmıyordu. Şimdi daha seyrek, haftada 1 gibi.” (K15)

“Artık gelmiyor. İlk zamanlar en az haftada bir gelirdi. Pardon, haftada üç kere gelirdi.” (K21)

Katılımcılar, kanser deneyimlerini bilinçli olarak düşündüklerinde anlam bulduklarını, ders çıkardıklarını, güçlendiklerini ve büyü olduklarını fark ettiklerini belirtmişlerdir.

“Evet aklıma geliyor tabii ama kötü bir süreç olarak gelmiyor. Aslında beni hayata karşı daha güçlü daha sorunların karşısında çabucak pes etmeyen bir kişi haline getirdiği için minnet duyuyorum diyebilirim.” (K3)

“Hayatın güzelliği ortaya çıktı. Bende hayat hastalıktan sonra anlam kazandı. Önceler amaçsızca, sonunu düşünmeden yaşıyordum dedim. Hala sonunu düşünmüyoruz. Her şey söz vardır ‘Sonunu düşünen kahraman olamaz’ diye. Yaşadığınız her anın farkına varıyorsunuz. Belki bir sene belki iki sene sonra ben normal insanlar kadar şanslı olamayabilirsiniz diyorlar. Bulunduğunuz ortamda bulunduğunuz insanlarla daha başarılı ve kaliteli vakit geçirmeye çalışıyorsunuz.” (K10)

“Aslında o günler çok fazla unutmamak gerekiyor. Çünkü insan kafasından eğer o dönem tamamen sarsılacaksa gene aynı hataları yapar. Mesela ben de öyle yaptım. Eğer ben o çektim, yaşadığım acıyı tamamen sarsarsam tekrar sarsmaya başlayabilirim. Özlem duyduğum şey değildi, kötü bir örnek olduğu şey söylemek istiyordum.” (K15)

4.1.2.2.2. Alt Tema 2: Bakış Açısının Değişmesi

Katılımcılar kanser deneyimi sonrasında hayata bakış açılarının değiştiğini vurgulamışlardır. Değişen bakış açılarından bazılarının hayatlarına dair iyimserliği beraberinde getirdiğini belirtmişlerdir. Katılımcılar kendi ihtiyaçlarına ve rahatlıklarına öncelik verdiklerini, küçük şeylerle mutlu olduklarını, sevdiklerinin

kıymetini anladıklarını, ertelememeyi öğrendiklerini ve sağlıksız ilişkileri sonlandırdıklarını ifade etmişlerdir.

“Mesela elalem ne der artık umurumda değil. Canım istediğinde birine baş sağlığı dilemek ya da geçmiş olsun demek için arıyorum. Kendimi ne zaman hazır hissedersen o zaman arıyorum. Konuşmak istemediğim kişilerle konuşmuyorum.” (K2)

“Daha farklı yönden hayata bakıyorum. Daha pozitif, daha küçük şeylerle mutlu olan... Yaşamın ne zaman sona ereceği belli değil, aslında her an sona erebileceği düşüncesinde tamamen oturdu.” (K3)

“Teşhis konulduktan, bu sıkıntılı süreçleri yaşadktan sonra zamanın, ailenin ne kadar değerli ve kıymetli olduğunu anladım. İnsanlara, aileye bakış açısı değişti. Bazı şeylerin daha değerli ve kıymetli olduğunu anladım.” (K12)

“Keşke önceden de böyle olsaydım diyorum. Şimdi daha rahatım. Önceden pestilim çıkıyordu süpürge yapacağım, vileda yapacağım, toz alacağım, hiç mola vermeyeceğim diye. Etrafa da bağırıp çağırıyordum. Keşke ben hasta olmadan önce de böyle olsaymışım diyorum.” (K19)

“Çok şey ertelemiyim. Artık anında yapmaya çalışıyorum, ertelemiyorum. Mesela dışarıda eşimle yiyecek yemek, kahkadeh rakı içti sohbet etmek istiyorsam, hemen hayata geçiyorum. Ertelemiyorum. Dışarıda yiyecek param yoksa ben evde yapmaya çalışıyorum aklımdaki” (K20)

Öte yandan katılımcılar kanser sırasında ve sonrasında hayatlarındaki bakış açısı değişikliklerinin farklı zorlukları da beraberinde getirdiğinden bahsetmişlerdir. Bazı durumlarda ne kadar yalnız olduklarını, çevresindeki insanların azaldığını ve yalnızlığa bakış açılarının değiştiğini belirtmişlerdir. Katılımcılar yalnız kalmaktan rahatsız değilken, zamanında insanlara gösterdikleri fazla hoşgörü ve tahammülden rahatsız olduklarını ifade etmişlerdir.

“Önceden birisi bana bir şey yapsa ‘Olabilir, insanlık hali’ gibi hep böyle pozitif, Polyanna gibi düşünürdüm. Zaten bana herkes der: ‘Ay sen çok iyisin. Çok safsın. Kötülük düşünmüyorsun.’ Düşünsem de insanlara belli edemiyorum zaten. Şu an düşünce yapım değişti. Önceden birisi bana kırıldığında içim parçalanırdı. Kimse bana küsmesin, kırılmasın isterdim. Şimdi bu önemli değil. İsteyen küssün, isteyen konuşsun. Çok umurumda değil.” (K6)

“Etrafımda insan kalmadı. Herkes kaçıyor. Ver ver ver! Vermeyince sen kötü oluyorsun. Keşke zamanında yapmasaydım diyorum. Gerçekten o kadar koşturuyordum ki ama artık yok.” (K9)

“Biraz tahammül sınıırım azaldı insanlara karşı ama iyiyim. Sadece eski hoşgörümde biraz azalma oldu.” (K18)

4.1.2.3. Tema 3: Gerek Duyulan İhtiyaçlar

Katılımcılar remisyon döneminde ruminatif düşüncelerle baş etmek için gereksinimlerinin neler olduğunu anlatmışlardır. Bu tema, *Psikolojik Destek* ve *Empatik İlişki* olmak üzere iki alt temadan oluşmaktadır.

4.1.2.3.1. Alt Tema 1: Psikolojik Destek

Katılımcıların en sık dile getirdiği ihtiyaç, psikolojik destek olmuştur. Yaşadıkları tüm bu süreçte katılımcılar, bazı sorunları karşısında kendilerini yalnız hissettiklerini ve çevresindeki insanlarla konuşamadıklarını vurgulamışlardır. Özellikle de kanserle ilgili yaşadıkları travmaları, endişeleri ve kayıpları hakkında uzmanlarla konuşmaya istekli olduklarını ifade etmişlerdir.

“Rahim ağzı kanseriydim. Rahim ve yumurtalıklarım alındı 37 yaşındayken. Kadın olmak konusu ile ilgili biraz desteğe ihtiyacım olabilir. Bununla ilgili bakış açımı geliştirmem, biraz irdelemem lazım. Bu konu ile ilgili çok fazla bir şey deneyimlemedim. Konu biraz askıda kaldı.” (K1)

“Belki terapist iyi gelebilir bizlere. Bana iyi gelebilir. Ben konuştuğum zaman, arkadaş çevreme bir şeyler anlatmak istediğim zaman, bir bakıyorum onlar bana anlatıyor. Ben onların dinleyicisi oluveriyorum. Benim derdimi anlatacak kimsem pek olmuyor.” (K2)

“Aynaya bakıyorum ve hastalık benle yaşıyor. Demek ki hâlâ manevî olarak desteğe ihtiyacım var. Bu desteği ve anlayışı ailemden, arkadaşımdan ya da dışarıdaki dünyeden alamıyorum. Çünkü benîmedkiler ve uzman olmadıkları bir şey. Aksine almamakla beraber körükleyip sürü şey var karşılaştığım.” (K14)

“Meme konusunda konuşmak istirdim. Görüntü olarak her ne kadar çevremdekilerle umursamadığımı göstersem de yine de umursuyorum. Onu konuşmak istirdim.” (K16)

Katılımcıların diğer önemli ihtiyaçlarından biri de karamsar duyguları ve girici ruminatif düşünceleriyle nasıl başa çıkacaklarını öğrenmek istemeleriydi. Bu konuda bilgilerinin eksik olduğunu ve uzmanlardan baş etme teknikleri öğrenmek istediklerini belirtmişlerdir.

“Yüz yüze süreci anlatıp konuşmak isterim. Onun [Uzmanın] ne yapmam gerektiğini ne düşünmem gerektiğini, nasıl davranmam gerektiğini ya da bana izlemem gereken yolu göstermesini isterdim. Nasıl başa çıkabileceğimi... Bununla nasıl başa çıkabileceğini öğrenmek isterdim.” (K10)

“İçimdeki sorunlarımı birisiyle paylaşmak istiyorum. Demek istiyorum ki ‘Hocam ben bu dertten mustaribim. Ben bunalıma giriyorum ama bunu kimseyle paylaşamıyorum. En azından beni bir dinleyin. Bana bir akıl verin. Ben kendimi nasıl yönlendirebilirim veya nasıl rahatlayabilirim? Kafamdaki düşüncelerden nasıl kurtulabilirim?’ Bunu konuşmak isterim.” (K11)

“Olumsuz düşünceler nasıl bertaraf edileceği de bence bence teknik, bence şeyler olabilmem varsa bence bana bu konuyu yardımcı olabilmem diye düşünüyorsun. Böyle bence teknik, yöntem var mı diye düşünüyorsun.” (K13)

Katılımcılar verilecek destek konusunda bir uzmanın yönetiminde gerçekleştirilen grup oturumlarının kendilerine faydalı olabileceğini belirtmişlerdir.

“Bir uzmanın yöneteceği ortam... Uzmanın söz hakkı vereceği ya da sorular soracağı bir ortam olarak düşünüyorum. Böyle yuvarlak oturma düzeni ya da işte nasıl isteniyorsa, insanlar nasıl rahat edecekse... Bireylere söz hakkı verilerek ‘Siz bu süreci ne zaman yaşadınız? Neler hissediyorsunuz? Sonrasında ne oldu? Şimdi neler hissediyorsunuz?’ gibi soruların yöneltildiği bir terapi seansı...” (K3)

“Şu anki pandemi koşulunu bilmiyorum ama uzaktan, çevrimiçi, koşulların elverdiği şekilde haftalık bir seans şeklinde oturumlar olabilir. Bu bir grup terapisi olabilir. Bu çok daha sağaltıcı.” (K14)

4.1.2.3.2. Alt Tema 2: Empatik İlişki

Katılımcılar psikolojik destek ihtiyaçlarını vurgularken onları dinleyen insanlardan beklentilerinin de olduğunu dile getirmişlerdir. Katılımcılar, konuştukları kişilerin kanser hastalığını ve sürecini bilen, empati sahibi bireyler olması gerektiğini vurgulamışlardır.

“Benim hastalığımda hastaları, hastalık süreçlerini bilen birinin desteği psikoloğunkinden çok daha önemli. Çünkü kanseri tanımayan, hastalığı bilmeyen bir psikoloğun dediğine güvenemem.” (K1)

“Uzman beni empati ile dinlemeli. Yaklaşımı samimi olmalı. Yapmacık olmasın. Beni dinlesin. Bu bana kendimi rahat ve sakin hissettirirdi.” (K2)

“Kanser hastalarıyla ilgili araştırmalar yapmış bir profesyonel, derin deneyimi ve yeterliliği ile bizi anlayabilir. Böylece bizle iletişim kurarken öncelikli olması gereken empatiyi sağlayabilir.” (K3)

Ayrıca katılımcılar daha önce benzer deneyimi yaşamış kişilerin onları daha iyi anlayabileceğini, onlardan da destek almaları gerektiğini belirtmişlerdir.

“Ailemden birileri gelip bana ‘Merak etme, geçer. İyi olur.’ diyorlar. O laflar hiçbir zaman etkili olmuyor ki! Konuşacağım kişi bu hastalığı daha önceden yaşamış biri olmalı.” (K1)

“Benimle aynı acıyı yaşamayan birisi benim halimden anlamaz ki! Beni anlayamaz! Beni ancak benim durumumda olan birisi anlar. Ben ancak benim durumumdaki bir insanla dertleşebilirim. Ben ‘A’ desem onlar benim ne demek istediğimi anlar.” (K10)

4.2. Araştırmanın İkinci Aşamasına Yönelik Bulgular

4.2.1. Remisyon Dönemindeki Kanser Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan remisyon dönemindeki kanser hastalarının tanıtıcı özelliklerinin yer aldığı veriler Tablo 4.4’te sunulmaktadır.

Tablo 4.4. Müdahale ve kontrol gruplarında yer alan remisyon dönemindeki kanser hastalarının tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Müdahale Grubu (n=28)		Kontrol Grubu (n=29)		İstatistiksel Analiz	
	$\bar{X} \pm SS$	Min.-Max.	$\bar{X} \pm SS$	Min.-Max.	t	p
Yaş (yıl)	49,00±9,00	27-65	49,27±9,41	25-62	-0,113	0,910
İlk tanıdan sonra geçen süre (yıl)	7,96±5,16	2-22	6,90±4,92	2-20	0,799	0,428
Aktif tedavinin bitmesinden sonra geçen süre (yıl)	6,60±5,21	1-21	5,24±4,64	1-20	1,043	0,302
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın	27	96,4	28	96,6	$\chi^2=0,001^{**}$	
Erkek	1	3,6	1	3,4	p=0,746	
Medeni Durum						
Bekar	9	32,1	9	31,0	$\chi^2=0,008^*$	
Evli	19	67,9	20	69,0	p=0,577	
Eğitim Durumu						
İlkokul	1	3,6	2	6,9		
Ortaokul	3	10,7	0	0,0	$\chi^2=4,559^{**}$	
Lise	6	21,4	11	37,9	p=0,205	
Üniversite	18	64,3	16	55,2		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	14	50,0	11	37,9	$\chi^2=0,843^*$	
Çalışmıyor	14	50,0	18	62,1	p=0,429	
Ekonomik Durum						
Kötü	3	10,7	1	3,4	$\chi^2=1,029^{**}$	
Orta	19	67,9	21	72,5	p=0,685	
İyi	6	21,4	7	24,1		
Hastalık Tanısı						
Meme Kanseri	19	67,9	20	69,0	$\chi^2=0,008^*$	
Diğer ^a	9	32,1	9	31,0	p=0,577	
İlk Tanı Aldığı Dönem						
Hastalığının Evresi						
Evre 1	6	21,4	8	27,6	$\chi^2=5,614^*$	
Evre 2	17	60,7	9	31,0	p=0,061	
Evre 3	5	17,9	12	41,4		
Metastaz öyküsü						
Evet	1	3,6	6	20,7	$\chi^2=3,875^{**}$	
Hayır	27	96,4	23	79,3	p=0,102	
Nüks öyküsü						
Evet	0	0,0	3	10,3	$\chi^2=3,057^{**}$	
Hayır	28	100,0	26	89,7	p=0,237	
Sürekli Destek Olan Kişinin Varlığı						
Evet	24	85,7	28	96,6	$\chi^2=0,956^{**}$	
Hayır	4	14,3	1	3,4	p=0,194	
Sürekli Destek Olan Kişi^{***}						
Eş/Partner	14	50,0	19	65,5	$\chi^2=0,506^*$	
					p=0,568	
Çocuk	6	21,4	12	41,4	$\chi^2=1,821^*$	
					p=0,245	
Anne-Baba	9	32,1	11	37,9	$\chi^2=0,017^*$	
					p=0,562	
Kardeş	5	17,9	8	27,6	$\chi^2=0,413^*$	
					p=0,749	
Arkadaş	2	7,1	6	20,0	$\chi^2=0,845^{**}$	
					p=0,262	

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, %: Yüzde,

Min.: Minimum değer, Max.: Maksimum değer,

t: Bağımsız örneklem t testi (Independent samples t test), p<0,05

*Pearson Ki-Kare testi, **Fisher Exact Ki-Kare Testi, ***birden fazla cevap işaretlenmiştir

^aDiğer = Rahim Kanseri, Rektum Kanseri, Kolon Kanseri, Tiroid Kanseri, Lenfoma, Malign Melanom, Yumurtalık Kanseri, Yumuşak Doku Kanseri

Tablo 4.4'te müdahale ve kontrol gruplarının tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Müdahale grubunda yer alan katılımcıların yaş ortalaması $49,00 \pm 9,00$ yıl, ilk tanı almalarından sonra geçen süre $7,96 \pm 5,16$ yıl, aktif tedavilerinin bitmesinden sonra geçen süre ise $6,60 \pm 5,21$ yıldır. Bu gruptaki bireylerin %96,4'ü kadın, %67,9'u evli, %64,3'ü üniversite mezunu, yarısı çalışmakta, %67,9'u ekonomik durumunu orta olarak değerlendirmekte, %67,9'u meme kanseri tanısına sahiptir. Bireylerin %60,7'si ilk tanı aldığı anda hastalığının evre 2 olarak saptandığını belirtmiştir. Gruptaki bireylerin %3,6'sında metastaz öyküsü bulunmakta, nüks öyküsü ise hiçbirinde bulunmamaktadır. Bireylerin %85,7'si tedavi süreci boyunca kendilerine destek olan bir kişinin var olduğunu belirtmekte, bu destek kaynaklarının yarısını bireylerin eşleri/partnerleri oluşturmaktadır.

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaş ortalaması $49,27 \pm 9,41$ yıl, ilk tanı almalarından sonra geçen süre $6,90 \pm 4,92$ yıl, aktif tedavilerinin bitmesinden sonra geçen süre ise $5,024 \pm 4,64$ yıldır. Bu gruptaki bireylerin %96,6'sı kadın, %69'u evli, yarısından fazlası (%55,2) üniversite mezunu, %62,1'i çalışmakta, %72,5'i ekonomik durumunu orta olarak değerlendirmekte, %69'u meme kanseri tanısına sahiptir. Bireylerin %41,4'ü ilk tanı aldığı anda hastalığının evre 3 olarak saptandığını belirtmiştir. Gruptaki bireylerin %20,7'sinde metastaz öyküsü, %10,3'ünde nüks öyküsü bulunmakta, %96,6'sı tedavi süreci boyunca kendilerine destek olan bir kişinin var olduğunu belirtmekte, bu destek kaynaklarının %65,5'ini bireylerin eşleri/partnerleri oluşturmaktadır.

Müdahale ve kontrol gruplarının tanıtıcı özelliklerine göre yapılan bağımsız örneklem t testi ve ki-kare testleri sonucuna göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Buna göre müdahale ve kontrol grupları tanıtıcı özellikler açısından benzerdir.

4.2.2. Remisyon Dönemindeki Kanser Hastalarının Ön Test Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmada yer alan katılımcıların ön test ölçek puanlarına ilişkin bulgular yer almaktadır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının ön-test ölçek puanlarının dağılımı

Değişkenler ve Alt Grupları	Müdahale Grubu (n=28)		Kontrol Grubu (n=29)		İstatistiksel Analiz	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	t	p
OİRE						
Girici Ruminasyon	16,17	8,34	16,51	9,10	-0,147	0,884
Amaçlı Ruminasyon	15,75	7,89	18,48	7,66	-1,326	0,190
KYS Toplam	28,25	12,83	26,82	9,79	0,471	0,639
Fiziksel Yorgunluk	13,64	8,39	12,37	7,31	0,605	0,548
Duygusal Yorgunluk	8,14	2,54	7,75	3,05	0,516	0,608
Bilişsel Yorgunluk	6,46	4,64	6,68	3,51	-0,207	0,837
CDPSÖ Toplam	63,14	18,83	62,75	18,47	0,078	0,938
Azim ve Kişisel Yetkinlik	39,71	12,61	40,51	11,49	-0,251	0,803
Negatif Olaylara Tolerans	13,14	5,94	12,65	5,23	0,328	0,744
Manevi Eğilim	10,28	2,53	9,58	3,54	0,860	0,394

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma,
t: Bağımsız örneklem t testi (Independent samples t test)
p<0,05
OİRE: Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri
KYS: Kanser Yorgunluk Skalası
CDPSÖ: Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Araştırmada yer alan katılımcıların ön test ölçek puanlarının dağılımı tablo 4.5'te yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların girici ruminasyon, amaçlı ruminasyon, KYS ve alt boyutlarının, CDPSÖ ve alt boyutlarının tamamının ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre müdahale ve kontrol gruplarının ön test ölçek puanları benzerdir.

4.2.3. Uygulanan Güçlendirme Programının Ruminatif Düşünceler Üzerine Etkisi

Remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının ruminatif düşünceler üzerine etkisine ilişkin bulgular Tablo 4.6 ve Şekil 4.1’de sunulmaktadır.



Tablo 4.6. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının OİRE puanlarının grup, zaman, grup*zaman etkileşimleri

Ölçek ve Alt Boyutları	Müdahale Grubu (n=28)			Kontrol Grubu (n=29)			Faktörler						
	Ön-test ^a	Son-test ^b	İzlem ^c	Ön-test	Son-test	İzlem	Grup	Zaman	Grup*Zaman				
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$							
OİRE													
Girici Ruminasyon	16,17±8,34	10,18±6,25	9,79±5,41	16,51±9,10	16,48±7,36	15,72±5,92	F: 7,111 Sd=1,00	p=0,010	F: 8,546 1,837 ^{GG} a>b,c	p=0,001	F: 6,414 1,837 ^{GG}	p=0,003	
Amaçlı Ruminasyon	15,75±7,89	20,00±5,55	18,96±4,86	18,48±7,66	16,59±5,73	14,48±5,67	F: 1,633 Sd=1,00	p=0,207	F: 1,776 1,850 ^{GG}	p=0,177	F: 10,089 1,850 ^{GG}	p<0,001	

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma

Grup içi farkın hangi tekrarlardan kaynaklandığı, Bonferroni test istatistiği ile hesaplanmıştır.

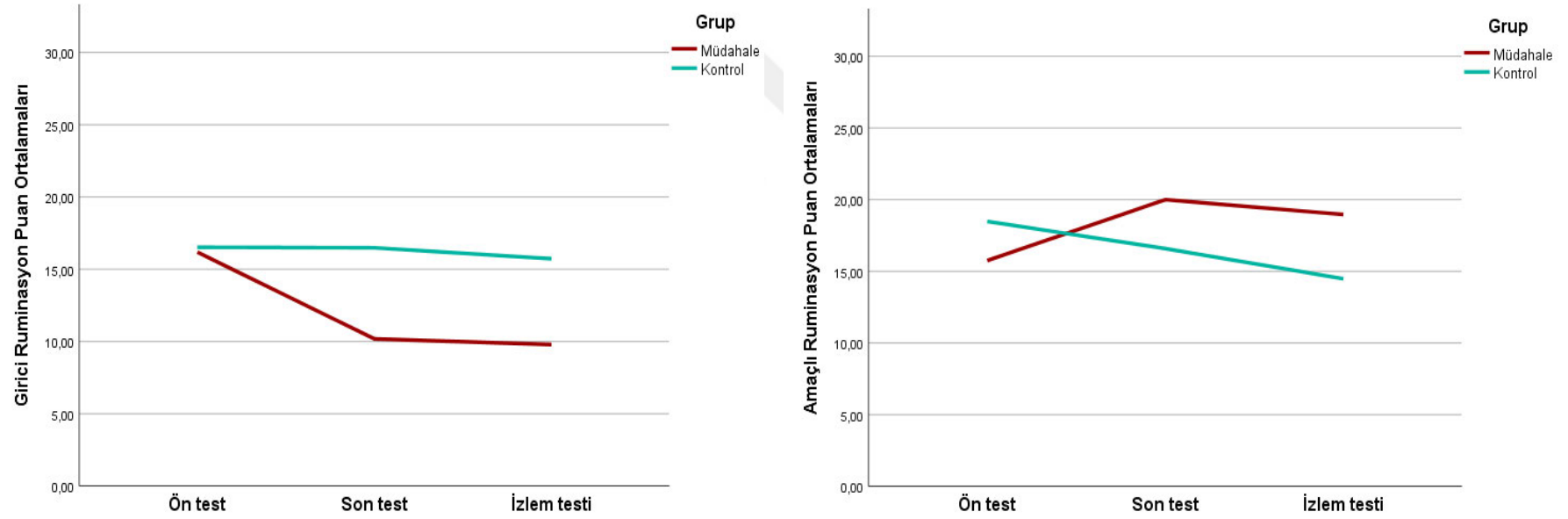
^{a,b,c}: Aralarında fark olan zamanların gösterimi: a (ön-test), b (son-test), c (izlem)

F: Tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi (Repeated Measures Two way ANOVA),

p<0,05

OİRE: Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri

^{GG}:Greenhouse-Geisser Serbestlik Derecesi, ^{WL}:Wilks Lambda, Sd: Serbestlik derecesi



Şekil 4.1. Girici ve amaçlı ruminasyon puan ortalamalarının gruplara göre zaman içerisindeki değişimi

Remisyon dönemindeki kanser hastalarının girici ve amaçlı ruminasyon puanlarının grup, zaman, grup*zaman etkileşimleri Tablo 4.6’da verilmiştir. Buna göre, girici ruminasyon puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları arasında karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (F:7,111, p=0,010). Müdahale grubunda girici ruminasyon puan ortalamaları incelendiğinde, güçlendirme programı sonrasında (10,18±6,25) ve izlem ölçümlerinde (9,79±5,41); program öncesi (16,17±8,34) ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı azalma olduğu görülmektedir (F:8,546, p=0,001). Müdahale grubundaki bu farklılığın ön test ile son test, ön test ile izlem testlerinden alınan puanlar arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Müdahale grubunun girici ruminasyon puan ortalamalarında müdahale sonrası ve izlem ölçümlerinde görülen bu azalma kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, kontrol grubunun müdahale sonrası (16,48±7,36) ve izlem (15,72±5,92) ölçüm puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu, grupların puanları arasında zaman içinde görülen istatistiksel farkın ise anlamlı olduğu bulunmuştur (F:6,414, p=0,003). Şekil 4.1’e bakıldığında, girici ruminasyon puan ortalamalarında güçlendirme programının uygulandığı müdahale grubunda zamanla bir azalma olduğu gözlenmiştir. Programın uygulanmadığı kontrol grubunda da zamanla kısmen azalma olduğu bulunmuştur (Şekil 4.1).

Tablo 4.6’da sunulduğu üzere, müdahale ve kontrol grupları arasında amaçlı ruminasyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (F:1,633, p=0,207). Müdahale grubunda amaçlı ruminasyon puan ortalamaları incelendiğinde, güçlendirme programı sonrasında (20,00±5,55) ve izlem ölçümlerinde (18,96±4,86); program öncesi (15,75±7,89) ölçümlere göre artma olmasına karşın, istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir (F:1,776, p=0,177). Müdahale grubunun amaçlı ruminasyon puan ortalamaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, kontrol grubunun program sonrası (16,59±5,73) ve izlem (14,48±5,67) ölçüm puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdiği saptanmıştır (F:10,089, p<0,001). Şekil 4.1 incelendiğinde, amaçlı ruminasyon puan ortalamalarının müdahale grubunda son test ölçümünde arttığı, izlem testinde ise kısmen azaldığı saptanmıştır. Kontrol grubunda ise, zamanla azaldığı gözlemlenmektedir (Şekil 4.1).

4.2.4. Uygulanan Güçlendirme Programının Kansere Bağlı Yorgunluk Üzerine Etkisi

Remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının kansere bağlı yorgunluk üzerine etkisi ilişkin bulgular Tablo 4.7’de ve Şekil 4.2’de sunulmaktadır.



Tablo 4.7. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının KYS puanlarının grup, zaman, grup*zaman etkileşimleri

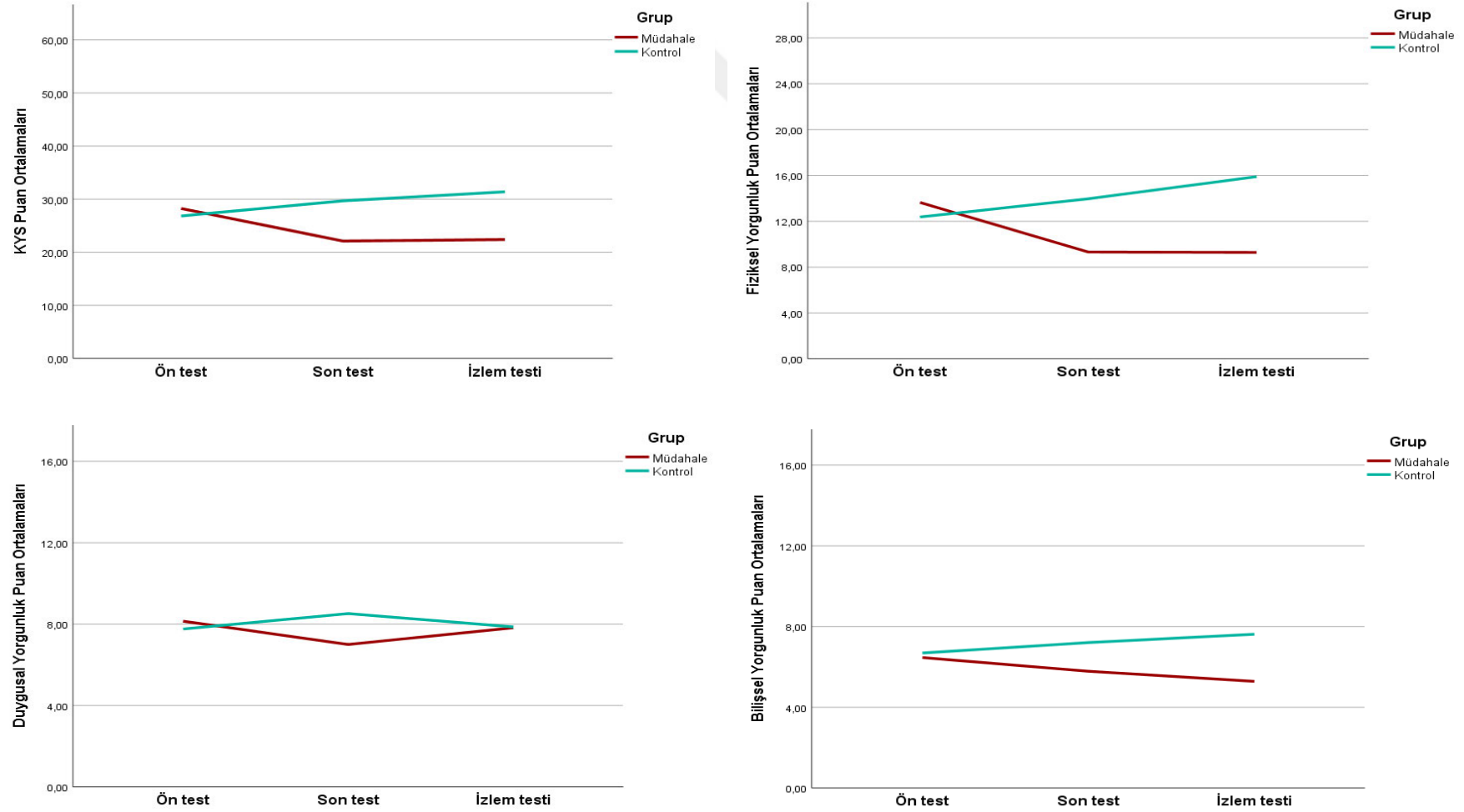
Ölçek ve Alt Boyutları	Müdahale Grubu (n=28)			Kontrol Grubu (n=29)			Faktörler					
	Ön-test	Son-test	İzlem	Ön-test	Son-test	İzlem	Grup	Zaman	Grup*Zaman			
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$						
KYS Toplam	28,25±12,83	22,11±8,89	22,39±8,65	26,82±9,79	29,69±10,49	31,38±9,76	F: 5,359 Sd=1,00	p=0,024	F: 0,842 0,970 ^{WL}	p=0,436	F: 6,362 0,809 ^{WL}	p=0,003
Fiziksel Yorgunluk	13,64±8,39	9,32±5,66	9,29±5,35	12,37±7,31	13,97±6,31	15,90±6,26	F: 5,260 Sd=1,00	p=0,026	F: 1,753 0,939 ^{WL}	p=0,183	F: 8,025 0,771 ^{WL}	p=0,001
Duygusal Yorgunluk	8,14±2,54	7,00±2,68	7,82±2,60	7,75±3,05	8,52±2,48	7,86±2,45	F: 0,497 Sd=1,00	p=0,484	F: 0,135 1,831 ^{GG}	p=0,874	F: 3,629 1,831 ^{GG}	p=0,034
Bilişsel Yorgunluk	6,46±4,64	5,79±4,09	5,29±4,05	6,68±3,51	7,21±3,66	7,62±3,31	F: 2,364 Sd=1,00	p=0,130	F: 0,023 0,999 ^{WL}	p=0,968	F: 1,585 0,945 ^{WL}	p=0,214

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma

F: Tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi (Repeated Measures Two way ANOVA),
p<0,05

KYS: Kanser Yorgunluk Skalası

^{GG}:Greenhouse-Geisser Serbestlik Derecesi, ^{WL}:Wilks Lambda, Sd: Serbestlik derecesi



Şekil 4.2. KYS ve alt boyutlarının puan ortalamalarının gruplara göre zaman içerisindeki değişimi

Remisyon dönemindeki kanser hastalarının KYS puanlarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimleri Tablo 4.7’de verilmiştir. Kansere bağlı yorgunluk toplam puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları arasında karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F:5,359$, $p=0,024$). Müdahale grubunda kansere bağlı yorgunluk toplam puan ortalamaları incelendiğinde, güçlendirme programı sonrasında ($22,11 \pm 8,89$) ve izlem ölçümlerinde ($22,39 \pm 8,65$); program öncesi ($28,25 \pm 12,83$) ölçümlere göre azalış olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($F:0,842$, $p=0,436$). Müdahale grubunun kansere bağlı yorgunluk toplam puan ortalamaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, kontrol grubunun program sonrası ($29,69 \pm 10,49$) ve izlem ($31,38 \pm 9,76$) ölçüm puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı saptanmıştır ($F:6,362$, $p=0,003$). Şekil 4.2 incelendiğinde, KYS puan ortalamalarının ön test sonuçları müdahale ve kontrol gruplarında birbirine yakınken (Sırasıyla $28,25 \pm 12,83$; $26,82 \pm 9,79$), son test (Sırasıyla $22,11 \pm 8,89$; $29,69 \pm 10,49$) ve izlem (Sırasıyla $22,39 \pm 8,65$; $31,38 \pm 9,76$) ölçümlerinde aradaki farkın giderek arttığı gözlenmiştir. KYS puan ortalamaları müdahale grubunda zamanla azalırken, güçlendirme programının uygulanmadığı kontrol grubunda artmaktadır (Şekil 4.2).

Tablo 4.7’te sunulduğu üzere, KYS alt boyutlarından biri olan fiziksel yorgunluk puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları arasında karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ($F: 5,260$, $p=0,026$). Zamana göre müdahale grubunda bu alt boyutun puan ortalamaları incelendiğinde, güçlendirme programı sonrasında ($9,32 \pm 5,66$) ve izlem ölçümlerinde ($9,29 \pm 5,35$); program öncesi ($13,64 \pm 8,39$) ölçümlere göre azalma olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F:1,753$, $p=0,183$). Müdahale grubunun fiziksel yorgunluk alt boyut puan ortalamalarında zaman içerisinde anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen, puan ortalamaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, kontrol grubunun müdahale sonrası ($13,97 \pm 6,31$) ve izlem ($15,90 \pm 6,26$) ölçüm puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu, grupların puanları arasında zaman içinde görülen istatistiksel farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($F:8,025$, $p=0,001$). Şekil 4.2’de, fiziksel yorgunluk puan ortalamalarının güçlendirme programının uygulandığı müdahale grubunda zamanla azaldığı, programın uygulanmadığı kontrol grubunda ise arttığı gözlemlenmektedir.

Tablo 4.7 incelendiğinde, KYS'nin diğer alt boyutu olan duygusal yorgunluk puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları arasında karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (F:0,497, p=0,484). Duygusal yorgunluk alt boyutunda müdahale grubunda güçlendirme programı sonrasında (7,00±2,68) ve izlem ölçümlerinde (7,82±2,60); program öncesi (8,14±2,54) ölçümlerine göre zaman içerisinde bir azalış olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F:0,135, p=0,874). Müdahale grubunun duygusal yorgunluk alt boyut puan ortalamaları kontrol grubunun program sonrası (8,52±2,48) ve izlem (7,86±2,45) ölçüm puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır (F:3,629, p=0,034). Şekil 4.2 incelendiğinde, duygusal yorgunluk puan ortalamalarının programın uygulandığı müdahale grubunda ön test ölçümüne (8,14±2,54) göre son test ölçümünde (7,00±2,68) azaldığı, izlem testinde (7,82±2,60) ise kısmen arttığı saptanmıştır. Kontrol grubunda ise son test ölçümünde (8,52±2,48) arttığı, izlem testinde (7,86±2,45) ise kısmen azaldığı belirlenmiştir.

KYS'nin bir diğer alt boyutu olan bilişsel yorgunluk puan ortalamaları Tablo 4.7'de sunulduğu üzere, gruplar arasında karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadığı ortaya konulmuştur (F:2,364, p=0,130). Zaman içerisinde müdahale grubunda bilişsel yorgunluk alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, güçlendirme programı sonrasında (5,79±4,09) ve izlem ölçümlerinde (5,29±4,05); program öncesi (6,46±4,64) ölçümlere göre azalış olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F:0,023, p=0,968). Bu alt boyutta puan ortalamaları gruplar arasında karşılaştırıldığında, müdahale grubunun puan ortalamaları, kontrol grubunun müdahale sonrası (7,21±3,66) ve izlem (7,62±3,31) puan ortalamalarına göre daha düşük olmasına karşın, grupların puanları arasında zaman içinde görülen değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (F:1,585, p=0,214). Şekil 4.2 incelendiğinde, bilişsel yorgunluk puan ortalamalarının güçlendirme programının uygulandığı müdahale grubunda zamanla azaldığı, programın uygulanmadığı kontrol grubunda ise arttığı gözlemlenmektedir.

4.2.5. Uygulanan Güçlendirme Programının Psikolojik Sağlamlık Üzerine Etkisi

Tablo 4.8’de ve Şekil 4.3’te remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının psikolojik sağlamlık üzerine etkisi ilişkin bulgular sunulmaktadır.



Tablo 4.8. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının CDPSÖ puanlarının grup, zaman, grup*zaman etkileşimleri

Ölçek ve Alt Boyutları	Müdahale Grubu (n=28)			Kontrol Grubu (n=29)			Faktörler					
	Ön-test ^a	Son-test ^b	İzlem ^c	Ön-test	Son-test	İzlem	Grup	Zaman	Grup*Zaman			
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$						
CDPSÖ Toplam	63,14±18,83	72,04±11,34	73,54±10,53	62,75±18,47	63,38±12,94	62,14±13,65	F: 4,191 Sd=1,00	p=0,045	F: 3,818 0,876 ^{WL} a<b	p=0,028	F: 3,749 0,878 ^{WL}	p=0,030
Azim ve Kişisel Yetkinlik	39,71±12,61	44,36±6,71	45,57±6,37	40,51±11,49	40,03±9,05	39,38±9,38	F: 2,155 Sd=1,00	p=0,148	F: 1,872 0,935 ^{WL}	p=0,164	F: 3,705 0,879 ^{WL}	p=0,031
Negatif Olaylara Tolerans	13,14±5,94	15,18±3,90	15,75±3,80	12,65±5,23	13,55±3,28	12,52±3,91	F: 3,419 Sd=1,00	p=0,070	F: 3,283 0,892 ^{WL} a<b	p=0,045	F: 2,195 0,925 ^{WL}	p=0,121
Manevi Eğilim	10,28±2,53	12,50±1,97	12,21±2,04	9,58±3,54	9,79±3,09	10,24±3,00	F: 8,274 Sd=1,00	p=0,005	F: 8,281 1,990 ^{GG} a<b,c	p<0,001	F: 4,080 1,990 ^{GG}	p=0,020

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma

Grup içi farkın hangi tekrarlarından kaynaklandığı, Bonferroni test istatistiği ile hesaplanmıştır.

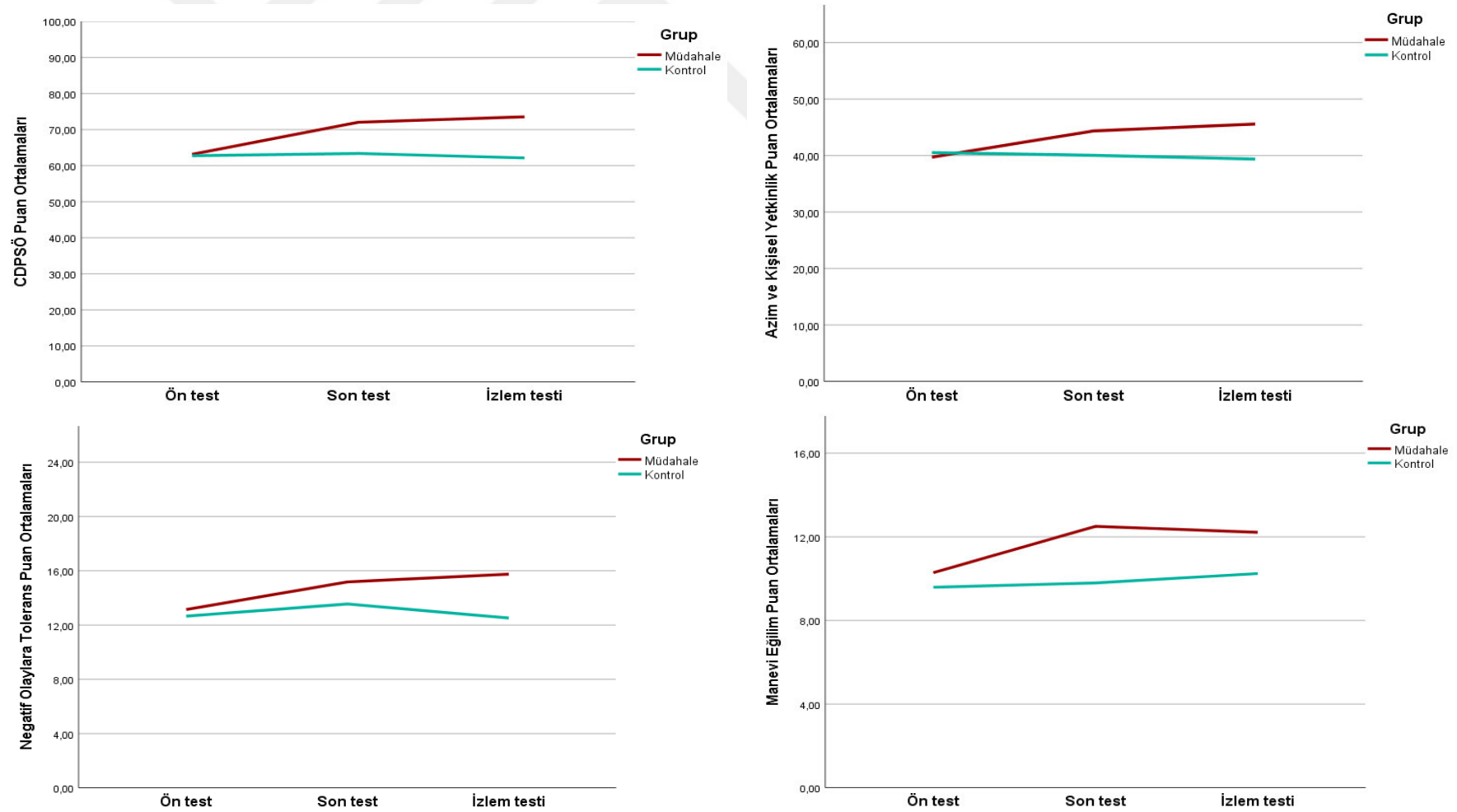
^{a,b,c}: Aralarında fark olan zamanların gösterimi: a (ön-test), b (son-test), c (izlem)

F: Tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi (Repeated Measures Two way ANOVA),

p<0,05

CDPSÖ: Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

^{GG}:Greenhouse-Geisser Serbestlik Derecesi, ^{WL}:Wilks Lambda, Sd: Serbestlik derecesi



Şekil 4.3. CDPSÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının gruplara göre zaman içerisindeki değişimi

Tablo 4.8’de remisyon dönemindeki kanser hastalarının psikolojik sağlamlık puanlarının grup, zaman, grup*zaman etkileşimleri sunulmuştur. Connor-Davidson psikolojik sağlamlık toplam puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları arasında karşılaştırıldığında ise, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F:4,191$, $p=0,045$). Zamana göre psikolojik sağlamlık toplam puan ortalamalarının değişimi incelendiğinde, müdahale grubunda güçlendirme programı sonrasında ($72,04 \pm 11,34$) ve izlem ölçümlerinde ($73,54 \pm 10,53$); program öncesi ($63,14 \pm 18,83$) ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu görülmektedir ($F:3,818$, $p=0,028$). Müdahale grubundaki bu farklılığın ön test ile son testlerde alınan puan değişiminden kaynaklandığı saptanmıştır. Müdahale grubunun psikolojik sağlamlık toplam puan ortalamalarının zaman içerisindeki değişimi kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, kontrol grubunun program sonrası ($63,38 \pm 12,94$) ve izlem ($62,14 \pm 13,65$) ölçüm puan ortalamalarının müdahale grubuna göre daha düşük olduğu, grupların puanları arasında zaman içinde görülen istatistiksel farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($F:3,749$, $p=0,030$). Şekil 4.3 incelendiğinde, CDPSÖ puan ortalamalarının ön test sonuçları müdahale ve kontrol gruplarında birbirine yakınken, son test ve izlem ölçümlerinde aradaki farkın giderek arttığı gözlenmiştir. CDPSÖ puan ortalamaları müdahale grubunda zamanla artarken, güçlendirme programının uygulanmadığı kontrol grubunda azalmaktadır (Şekil 4.3).

Tablo 4.8’de sunulduğu üzere, CDPSÖ’nün alt boyutlarından biri olan azim ve kişisel yetkinlik puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları arasında karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır ($F:2,155$, $p=0,148$). Müdahale grubunda azim ve kişisel yetkinlik alt boyutunun puan ortalamaları, güçlendirme programı öncesi ($39,71 \pm 12,61$) ölçümlere göre, program sonrası ($44,36 \pm 6,71$) ve izlem ölçümlerinde ($45,57 \pm 6,37$) zamanla artmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($F:1,872$, $p=0,164$). Bu alt boyutta, müdahale grubu puan ortalamaları kontrol grubunun program sonrası ($40,03 \pm 9,05$) ve izlem ($39,38 \pm 9,38$) ölçüm puanlarıyla karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde arttığı bulunmuştur ($F:3,705$, $p=0,031$). Şekil 4.3 incelendiğinde, azim ve kişisel yetkinlik puan ortalamalarının güçlendirme programının uygulandığı müdahale grubunda zamanla arttığı, programın uygulanmadığı kontrol grubunda ise kısmen azaldığı saptanmıştır.

Tablo 4.8 incelendiğinde, CDPSÖ'nün diğer alt boyutu olan negatif olaylara toleransın puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($F:3,419$, $p=0,070$). Bu alt boyutun zamana göre değişimi incelendiğinde müdahale grubunun güçlendirme programı sonrasında ($15,18 \pm 3,90$) ve izlem ölçümlerinde ($15,75 \pm 3,80$); program öncesi ($13,14 \pm 5,94$) ölçümlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu görülmektedir ($F:3,283$, $p=0,045$). Müdahale grubundaki ortaya çıkan bu farklılığın ön test ile son testlerde alınan puan değişiminden kaynaklandığı saptanmıştır. Müdahale grubunun negatif olaylara tolerans alt boyut puan ortalamaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, kontrol grubunun program sonrası ($13,55 \pm 3,28$) ve izlem ($12,52 \pm 3,91$) ölçüm puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak grupların puanları arasında zaman içinde görülen bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F:2,195$, $p=0,121$). Şekil 4.3'te, negatif olaylara tolerans puan ortalamalarının programın uygulandığı müdahale grubunda son test ve izlem ölçümlerinde giderek arttığı, kontrol grubunda ise son testte kısmen artma olmasına karşın izlem testinde azaldığı gözlenmiştir.

Tablo 4.8'de sunulduğu üzere, CDPSÖ'nün bir diğer alt boyutu olan manevi eğilim puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F: 8,274$, $p=0,005$). Müdahale grubunun manevi eğilim alt boyutunun zaman içerisinde değişimi incelendiğinde, program sonrası ($12,50 \pm 1,97$) ve izlem ($12,21 \pm 2,04$) ölçüm puan ortalamalarının program öncesine ($10,28 \pm 2,53$) göre istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde arttığı bulunmuştur ($F: 8,281$, $p<0,001$). Müdahale grubundaki bu farklılığın ön test ile son test ve ön test ile izlem testlerinden alınan puanlardaki değişimden kaynaklandığı saptanmıştır. Müdahale grubunun manevi eğilim alt boyut puan ortalamaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, kontrol grubunun program sonrası ($9,79 \pm 3,09$) ve izlem ($10,24 \pm 3,00$) ölçüm puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur ($F:4,080$, $p=0,020$). Şekil 4.3'te, manevi eğilim puan ortalamalarının programın uygulandığı müdahale grubunda son test ölçümünde arttığı, izlem testinde ise kısmen azaldığı saptanırken, kontrol grubunda ise zamana göre kısmen de olsa arttığı gözlenmiştir.

4.2.6. Remisyon Dönemindeki Kansere Hastalarının Ölçek Puanları Etki Büyüklüklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.9’da güçlendirme programına katılan remisyon dönemindeki kanser hastalarının ölçek puanları etki büyüklüklerine ilişkin bulgular sunulmaktadır.



Tablo 4.9. Remisyon dönemindeki kanser hastalarının ölçek puanları etki büyüklükleri

Ölçekler ve Alt Boyutları	Müdahale Grubu (n=28)				Kontrol Grubu (n=29)			
	Ön-test	Son-test	İzlem	Etki Büyüklüğü	Ön-test	Son-test	İzlem	Etki Büyüklüğü
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	Kısmi η^2	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	Kısmi η^2
OİRE								
Girici Ruminasyon	16,17±8,34	10,18±6,25	9,79±5,41	0,374	16,51±9,10	16,48±7,36	15,72±5,92	0,008
Amaçlı Ruminasyon	15,75±7,89	20,00±5,55	18,96±4,86	0,158	18,48±7,66	16,59±5,73	14,48±5,67	0,207
KYS Toplam	28,25±12,83	22,11±8,89	22,39±8,65	0,234	26,82±9,79	29,69±10,49	31,38±9,76	0,154
Fiziksel Yorgunluk	13,64±8,39	9,32±5,66	9,29±5,35	0,313	12,37±7,31	13,97±6,31	15,90±6,26	0,169
Duygusal Yorgunluk	8,14±2,54	7,00±2,68	7,82±2,60	0,082	7,75±3,05	8,52±2,48	7,86±2,45	0,044
Bilişsel Yorgunluk	6,46±4,64	5,79±4,09	5,29±4,05	0,059	6,68±3,51	7,21±3,66	7,62±3,31	0,054
CDPSÖ Toplam	63,14±18,83	72,04±11,34	73,54±10,53	0,345	62,75±18,47	63,38±12,94	62,14±13,65	0,023
Azim ve Kişisel Yetkinlik	39,71±12,61	44,36±6,71	45,57±6,37	0,235	40,51±11,49	40,03±9,05	39,38±9,38	0,030
Negatif Olaylara Tolerans	13,14±5,94	15,18±3,90	15,75±3,80	0,217	12,65±5,23	13,55±3,28	12,52±3,91	0,126
Manevi Eğilim	10,28±2,53	12,50±1,97	12,21±2,04	0,272	9,58±3,54	9,79±3,09	10,24±3,00	0,035

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma

Kısmi η^2 : Kısmi Eta Kare (Partial Eta Squared)

Kısmi Eta Kare değeri etki büyüklükleri hesaplamasında kullanılmıştır. Bu değere göre; 0,01 küçük etki, 0,06 orta etki, 0,14 ve üzeri ise büyük etki düzeyleri olarak yorumlanmaktadır.

OİRE: Olay ilişkili Ruminasyon Envanteri

KYS: Kanser Yorgunluk Skalası

CDPSÖ: Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Katılımcılara uygulanan ölçekler ve alt boyutlarının puanlarına ait etki büyüklükleri tablo 4.9’da yer almaktadır. Buna göre, müdahale grubunda yer alan katılımcıların girici ruminasyon, amaçlı ruminasyon, KYS ve CDPSÖ puanlarının ön test, son test ve izlem ölçümlerinde etki büyüklükleri büyük düzey olarak bulunmuştur (sırasıyla Kısmi $\eta^2=0,374$, Kısmi $\eta^2=0,158$, Kısmi $\eta^2=0,234$ Kısmi $\eta^2=0,345$). Bu katılımcıların tüm zamanlarda KYS’nin alt boyut puanlarının etki büyüklüklerine bakıldığında ise, fiziksel yorgunluk alt boyutu büyük (Kısmi $\eta^2=0,313$), duygusal yorgunluk alt boyutu orta (Kısmi $\eta^2=0,082$), bilişsel yorgunluk alt boyutu küçük (Kısmi $\eta^2=0,059$) düzey etki büyüklüğüne sahiptir. CDPSÖ alt boyut (azim ve kişisel yetkinlik, negatif olaylara tolerans, manevi eğilim) puanları ise tüm zamanlarda büyük düzeyde etki büyüklüğüne sahip bulunmuştur (sırasıyla Kısmi $\eta^2=0,235$, Kısmi $\eta^2=0,217$, Kısmi $\eta^2=0,272$).

Tablo 4.9’da sunulduğu üzere, kontrol grubunda yer alan katılımcıların ölçek puanlarının ön test, son test ve izlem ölçümlerinde etki büyüklükleri girici ruminasyon için küçük (Kısmi $\eta^2=0,082$), amaçlı ruminasyon için büyük (Kısmi $\eta^2=0,082$), KYS için büyük (Kısmi $\eta^2=0,082$) ve CDPSÖ için küçük (Kısmi $\eta^2=0,082$) düzey olarak saptanmıştır. Bu grupta bulunan katılımcıların tüm zaman noktalarında KYS’nin alt boyut puanlarının etki büyüklüklerine bakıldığında, fiziksel yorgunluk alt boyutu büyük (Kısmi $\eta^2=0,169$), duygusal yorgunluk ve bilişsel yorgunluk alt boyutları ise, küçük (sırasıyla Kısmi $\eta^2=0,044$, Kısmi $\eta^2=0,054$) düzey etki büyüklüğüne sahiptir. Tüm zamanlarda CDPSÖ’nün alt boyut puanlarının etki büyüklüklerine bakıldığında, azim ve kişisel yetkinlik ile manevi eğilim alt boyutu küçük (sırasıyla Kısmi $\eta^2=0,030$, Kısmi $\eta^2=0,035$), negatif olaylara tolerans alt boyutu orta (Kısmi $\eta^2=0,0126$) düzeyde etkiye sahip bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Araştırmanın tartışması iki aşamada sunulmuştur. İlk olarak, araştırmanın birinci aşaması olan remisyon dönemindeki kanser hastalarının ruminatif düşünceleri ve bu düşünceler ile baş etme biçimlerine yönelik tartışma sunulmuştur. İkinci olarak ise, remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının bireylerin ruminatif düşüncelerinin, yorgunluklarının ve psikolojik sağlamlıklarının üzerine etkisinin incelendiği tartışmaya yer verilmiştir.

5.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Tartışması

Kanser, zorlayıcı tedavi süreci ve doğası gereği, bireylerde ruminatif düşüncelere neden olabilen bir travma olarak değerlendirilebilmektedir (7). Tedavi dönemi bitip remisyon dönemi başladıktan sonra bile bireyler, daha önce yaşadıkları travmatik olayların etkilerinden mustarip olabilmektedir. Çünkü bireyler, hala hayatlarında kansere ilişkin hatırlatıcılara (yara/ameliyat izleri, doktor kontrolleri, uzuv kaybı, yorgunluk, menapoz vb.) sahip olabilmektedir (54, 55). Bahsedilen hatırlatıcılar, bireylerin hastalığı yeniden yaşamaktan korkmasına neden olabilmekte (54), hem geçmişte yaşanan deneyim hem de ileride olası bir hastalık senaryosu üzerinde müdahaleci bir şekilde düşünmeye neden olabilmekte ve bu şekilde bireyleri savunmasız hale getirebilmektedir (5, 7). Bu bağlamda, çalışmanın bu aşamasında, remisyon dönemindeki kanser hastalarının kanserle ilgili ruminasyonları ve bu ruminasyonlarla nasıl başa çıktıklarının incelenmesi amaçlamıştır.

Kanser gibi travmatik deneyimlerden sonra yaşanan deneyimle ilgili düşünceler bireyleri istemsiz bir şekilde rahatsız edebilmektedir. Bu tür girici ruminasyonlar sadece geçmiş veya o anda devam eden konuları değil aynı zamanda geleceğe yönelik olası endişeleri içerebilmektedir (12). Bu aşamanın en önemli bulgularından biri, katılımcıların girici ruminasyonlarının ortaya konulmasıdır. Katılımcılar yaşadıkları deneyimin unutulmaz olduğunu vurgulamış ve bu deneyimi tekrar tekrar düşündüklerini belirtmiştir. Benzer şekilde, farklı çalışmalarda remisyon dönemindeki bireyler, kansere ilişkin istemsiz bir şekilde akıllarına gelen, rahatsız edici, kaygı verici düşüncelere sahip olduklarını belirtmişlerdir (61, 129). Yapılan bir başka çalışmada, remisyon dönemindeki katılımcılar, kanserin tekrarlamasına ilişkin

düşüncelerden dolayı zihinlerini dolu hissettiklerini hatta bu sebeple de geceleri uyku problemleri yaşadıklarını ifade etmişlerdir (165). Bu araştırmada, katılımcılar çeşitli hatırlatıcılar nedeniyle hastalıklarına ait düşüncelerin gündelik yaşantılarında onları rahatsız etmeye devam ettiğini vurgulamıştır. Öne çıkan hatırlatıcılardan biri olan kontrol dönemleri, yaklaştığı andan itibaren katılımcıların stres yaşadığı, test sonuçları çıkana kadar akıllarına gelen düşünceleri durdurmakta güçlük çektiği bir dönem olarak belirtilmiştir. Benzer şekilde farklı çalışmalarda da, remisyon dönemindeki kanser hastaları hastane randevuları, kan tahlilleri, tarama testleri nedeniyle hastalığı sık sık hatırladıklarını, sonuçlar çıkana dek kaygılarının devam ettiğini, zihinlerinde sürekli olarak kendi sağlıklarının nasıl olduğuna ilişkin değerlendirmeler yaptıklarını belirtmişlerdir (166, 167). Katılımcıların belirttiği diğer hatırlatıcılar ise, kanser nedeniyle hayatlarında var olan yara izleri, yorgunluk, ağrı gibi durumlardır. Literatürdeki çalışmalarda remisyon dönemindeki kanser hastaları, ostomi, yara izi, yorgunluk, ağrı, lenfödem, nöropati gibi hastalık süreci geçmesine rağmen bireylerde görülebilen durumların, hastalığı gündelik yaşamlarında da hatırlattığını belirtmektedir (165, 168-170). Dolayısıyla bireyler remisyon döneminde olsalar dahi hastalığa ilişkin fiziksel, duygusal ve ruhsal izler varlığını sürdürmekte ve süreci kendilerine sık sık hatırlatmaktadır. Ayrıca katılımcılar hastalığa ilişkin düşünceler akıllarına geldikçe geleceğe ilişkin plan kuramadıklarını, hayatlarında oluşan sınırlılıklar (mali problemler, bağışıklıklarının düşük olması vb.) sebebiyle kendilerini sıkışmış gibi hissettiklerini ifade etmişlerdir. Literatürde de remisyon dönemindeki kanser hastaları, kanser sonucu ölmek, aynı kanser sürecini tekrar yaşamak gibi düşünceler nedeniyle gündelik hayatlarını sürdüremediklerini ifade etmişlerdir (171, 172). Farklı bir çalışmada, remisyon dönemindeki kanser hastaları, hastalığın getirmiş oldukları fiziksel ve bilişsel kısıtlamalar nedeniyle hayatlarında kontrol kaybı yaşadıklarını belirtmişlerdir (173). Görüldüğü üzere, kanserin zorlu doğası, remisyon döneminde de bireyleri oldukça etkileyebilmekte, hastalığa ait travmatik deneyimler ve nüks korkusu bireylerin zihnini meşgul etmeye devam edebilmektedir. Hastalık süreci bitse de bireylerde kalan hatırlatıcılar hastalığı tamamen unutmalarına engel olabilmekte ve gündelik yaşamlarını kısıtlayabilmektedir.

Çalışmanın bir diğer önemli bulgusu, katılımcıların kanserle ilgili ruminatif düşüncelerinin üstesinden gelmek için geliştirdikleri başa çıkma stratejileridir. Bu

stratejilerden biri, kanser deneyimleri hakkında gönüllü ve bilinçli olarak düşünmeyi içeren amaçlı ruminasyondur. Cann ve ark. (64) yaptığı çalışmaya göre amaçlı ruminasyon, bireylerin sorunlarını anlamalarına katkıda bulunmakta ve travmatik yaşam olaylarından sonra kişisel gelişimi sağlamaktadır. Bu çalışmada da benzer şekilde katılımcılar, yaşama devam edebilmenin bir yolunu bulmak için bilinçli olarak deneyimleri hakkında düşündüklerini belirtmişlerdir. Bu anlamda remisyon dönemindeki kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada, amaçlı ruminasyonun psikolojik sağlamlığa anlamlı ve pozitif aracılık ettiği, bireylerde amaçlı ruminasyon arttıkça psikolojik sağlamlığın da artacağı ortaya koyulmuştur (19). Çünkü travmadan kaçmadan yaşanan deneyimi düşünmek, bireylerin hayattan anlam bulmalarına ve kendilerini eskisinden güçlü hissetmelerine katkı sağlamaktadır (14). Bu araştırmada katılımcılar, amaçlı ruminasyonlarına bağlı olarak anlam bulduklarını, güçlenip büyüdüklarını ve hastalıkla ilgili düşüncelerin eskisi kadar zihinlerine gelmediğini ifade etmişlerdir. Benzer şekilde literatürde de remisyon dönemindeki kanser hastaları, kanser sebebiyle oluşan birçok zorluğu aştıktan sonra yaşadıkları dönemi düşündüklerinde güçlü ve zayıf yönlerini öğrendiklerini, kendilerini daha olgun ve büyümüş hissettiklerini ifade etmişlerdir (61, 174). Ek olarak, bu araştırmada katılımcılar ruminatif düşüncelerle baş edebilmelerinin bir diğer nedenini yaşam perspektiflerinin değişmesine bağlamışlardır. Çünkü katılımcılar, kanser deneyimi sonrası hayata ve insanlara bakış açılarının değiştiğini ve bu durumun iyilik hallerine olumlu katkıda bulunduğunu vurgulamışlardır. Başkalarına öncelik vermek yerine kendilerini önceliklendirmeyi öğrendiklerini, aileleriyle daha fazla vakit geçirdiklerini, an'ı yaşamaya çalıştıklarını belirtmişlerdir. Benzer şekilde literatürde, remisyon dönemindeki kanser hastaları, kanser süreci sonrası yeni değerler edindiklerini, diğer insanlara karşı daha empatik ve yardımsever olduklarını, zamanı daha etkin kullanmayı öğrendiklerini ve önceliklerini değiştirdiklerini belirtmişlerdir (61, 120, 174). Bunun olası açıklaması, varoluşsal kaygılar sonucu varoluşun sorgulanması ve çeşitli çıkarımlar yapılması olabilir. Yapılan araştırmalar, bireylerin ölümlülük ve varoluşsal kırılğanlıklarla karşı karşıya kaldıklarında bakış açılarının değiştiğini ve hayata her zamankinden daha sıkı sarıldıklarını göstermektedir (58, 120). Bu çalışmada katılımcıların bakış açısı değişiklikleri sonrası yaşadıkları bir diğer şey ise, yalnız hissettiklerini dile getirmeleridir. Hauken ve ark. (61) tarafından yapılan

bir çalışmada, remisyon dönemindeki kanser hastaları yaşadıkları süreçten sonra yakın çevresi konusunda daha seçici olduklarını, ilişkilerini yeniden değerlendirdiklerini belirtmiştir. Bu durum katılımcıların bakış açılarındaki değişikliklerin insan ilişkilerine bir yansıması olarak geliştirilen bir baş etme biçimi olarak değerlendirilebilir. Böylece bireyler kendilerini üzebilecek olası durumlardan ve insanlardan korumak istemeleri yalnız kalmalarının nedeni olabilir.

Bu çalışmada dikkat çeken bir diğer bulgu ise, katılımcıların psikolojik destek ve empatik ilişki ihtiyaçlarını vurgulamalarıdır. Kanser, bireylerin gündelik yaşamında bazı değişiklikleri beraberinde getirebilmekte, dolayısıyla bireyler hayata tutunabilmeleri ve iyilik hallerini oluşturup sürdürebilmeleri için yaşamlarının çoğu alanında yardıma ihtiyaç duyabilmektedir (175). Remisyon dönemindeki bireyler, televizyon izleme, müzik dinleme, egzersiz yapma, kitap okuma, remisyon dönemindeki diğer bireylerle tanışma gibi yolları kullanarak kendilerini desteklemeye çalışmaktadır (52, 176). Bazı bireyler ise, psikolojik destek ihtiyaçlarını, yaşadıkları deneyimlerini aile, arkadaşlar ve eşleriyle paylaşarak gidermeye çalışmaktadır (52, 177). Ancak bu çalışmanın sonuçlarından da anlaşılacağı üzere bireyler psikolojik iyi oluşlarını geliştirebilmek için özellikle profesyonel bir yardıma ihtiyaç duymaktadır. Bulgular, katılımcıların süreçlerini objektif olarak değerlendirebilen, kanser hastalığı ve kanserin yaşam üzerindeki etkileri hakkında bilgi sahibi olan sağlık profesyonellerinden destek almaya istekli olduklarının altını çizmektedir. Benzer şekilde farklı bir çalışmada katılımcılar nereden yardım alabileceklerini netleştirmek için dahi profesyonel yardıma ihtiyaç duyduklarını, sağlık profesyonellerinden hem hastalık sürecinde hem de remisyon döneminde destek beklediklerini belirtmektedir (178). Katılımcıların özellikle profesyonellerden yardım bekleme nedenleri yakın çevreleriyle kanser hakkında açıkça konuşamamaları, kendilerini yalnız hissetmeleri olabilir. Buna ilişkin literatürde, remisyon dönemindeki kanser hastalarının, yakın çevresindeki bireylerle, kanser hakkında rahat bir şekilde duygu ve düşünceleri hakkında konuşamadıklarını, çoğu zaman konuşmaktan kaçındıklarını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (179, 180). Katılımcıların uzman bireylerle konuşmak istemesinin bir diğer nedeni ise, başa çıkma yöntemi olarak amaçlı ruminasyonların aktive edilememesi ve profesyonel desteğe duyulan ihtiyaç olabilir. Yapılan çalışmalar, sağlık profesyonellerinin remisyon dönemindeki kanser hastalarına çeşitli

baş etme teknikleri öğreterek onları strese karşı baş edebilen, zorluklara hızlı adapte olabilen bireyler haline getirebileceklerini vurgulamaktadır (176, 181). Ayrıca katılımcılar, ihtiyaç duydukları desteğin grup oturumları şeklinde de verilebileceğini belirtmiştir. Yapılan çalışmalar, grup oturumlarında bireylerin kendilerini rahatça ifade edebildiklerini ve uzman sayesinde yeni bilgi ve beceriler öğrenerek hayatlarına katabildiklerini göstermektedir (38, 182). Bu araştırmada katılımcılar, psikolojik destek ihtiyaçlarından bahsederken, kendilerini dinleyen kişilerin kanser süreci hakkında bilgisi olan, empatik yardım becerilerine sahip bireyler olmaları gerektiğini vurgulamıştır. Benzer şekilde yapılan bir sistematik derlemede de kanser deneyimi sonrası bireylerin yaşı kaç olursa olsun iletişimde empatik ve güvenilir bir yaklaşımı istedikleri belirtilmiştir (183). Burney (184) tarafından yapılan bir çalışmada, remisyon dönemindeki kanser hastalarının onkoloji alanında uzman ruh sağlığı profesyonelleri tarafından desteklenmesinin onların bakım kalitelerini artıracığı vurgulanmıştır. Katılımcılar kanser hastalığı ve sürecine ilişkin uzman bireylere ek olarak benzer deneyimi yaşamış kişilerin kendilerini anlayabileceklerini ve empati kurabileceğini belirtmiştir. Benzer bir çalışma, kanserin türü önemli olmaksızın benzer süreci yaşayan bireyleriyle konuşmanın bireylere çok şey kazandırdığını, kendilerini rahat hissettirdiğini ortaya koymaktadır (185). Ljungman ve ark. (178) ise, benzer tanılı bireylerle tanışmanın, tedavi sonrası ortak sorunlar yaşanmasının fark edilmesi açısından çok destek olduğunu, kişilerin kendisini yalnız hissetmemesini sağladığının altını çizmektedir.

5.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Tartışması

Kanser, ölümcül olarak nitelendirilmesi ve zorlayıcı tedavi süreci nedeniyle bireyleri oldukça etkileyebilen ve süreçteki zorluklarla baş etmesinde psikolojik destek alma ihtiyacı hissetmesine neden olabilen bir hastalıktır (6, 56). Araştırmanın birinci aşamasında da katılımcılar bu ihtiyaçlarını dile getirmiştir. Söz konusu psikolojik destek gereksinimi, literatürde de görüldüğü üzere remisyon döneminde hastalığın tekrarlamasına ve daha önce yaşadıkları olumsuz deneyimlere ilişkin tekrarlayıcı düşüncelerle baş edememe kaynaklı olabilmekte ve bireylerin fiziksel, duygusal, bilişsel yorgunluk hissetmelerine yol açabilmektedir (39, 73, 76). Yine, bireylerin hayata dair anlam, hedef ve amaç oluşturmakta zorlandığı, bu durumla baş edemediği

ve psikolojik sağlamlık geliştiremediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (61, 117). Bu bağlamda, araştırmanın bu aşamasında remisyon dönemi kanser hastalarına ilk aşamada elde edilen bulgulara temellendirilerek oluşturulan güçlendirme programı uygulanmıştır ve bu programın bireylerin ruminatif düşüncelerinin, yorgunluklarının ve psikolojik sağlamlıklarının üzerine etkisi değerlendirilmiştir.

Çalışmada, müdahale grubunda yer alan bireylerin güçlendirme programı sonrasında girici ve amaçlı ruminasyon, kansere bağlı yorgunluk ve psikolojik sağlamlık toplam puan ortalamaları kontrol grubu ile zamana bağlı olarak karşılaştırıldığında, anlamlı değerisimler olduğu ortaya koyulmuştur. Bu sonuçlar, uygulanan güçlendirme programının bireylerin girici ruminatif düşüncelerini ve kansere bağlı yorgunluklarını azaltmada; amaçlı ruminatif düşüncelerini ve psikolojik sağlamlıklarını artırmada etkili olduğunu göstermesi açısından önem arz etmektedir. Literatürde çeşitli müdahale çalışmalarının ruminasyon, yorgunluk ve psikolojik sağlamlık üzerine etkisini ayrı ayrı veya dolaylı olarak ölçen çalışmalar (38, 186-188) bulunmasına karşın, bir güçlendirme programının bu üç değerisken üzerine etkisinin ölçüldüğü bir çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda yürütülen bu aşamadan elde edilen verilerin ileride planlanacak araştırmalara katkı sunacağı öngörülmektedir.

Çalışmada, müdahale grubunda yer alan bireylerin güçlendirme programı sonrasında girici ruminasyon düzeylerinde anlamlı bir azalma olduğu görülmektedir. Müdahale grubunun amaçlı ruminasyon düzeylerinin ise kontrol grubuyla karşılaştırıldığında program sonrası ve izlem ölçümlerine göre anlamlı olarak arttığı saptanmıştır. Bu değerisim, uygulanan güçlendirme programının, bireylerin girici ruminatif düşüncelerini azaltmasında ve amaçlı ruminatif düşüncelerini arttırmasında etkili olduğunu göstermesi açısından önem arz etmektedir. Bireyler ruminasyon yaparken yaşadıkları stresli olayları tekrarlı şekilde düşünerek mevcut durumla baş etmeye çalışmaktadır (10). Bahsedilen stresli deneyimler geçmişte yaşandığı için girici ruminatif düşüncelerle mücadele ederken bireyler an'ı yaşayamamakta ve kontrol edemeyeceği bir zamana müdahale etmeye çalışmaktadır (66). Dolayısıyla girici ruminatif düşüncelerle mücadelede bireylerin an'ı yaşamasına odaklanan, vücut ve beden değerisimlerini fark etmesini ve rahatlamasını sağlayan farkındalık temelli müdahaleler önem taşımaktadır (189, 190). Kanser deneyimine sahip bireylerin ruminatif düşüncelerine yönelik yapılan müdahale araştırmalarında farkındalık temelli

müdahalelerin ruminatif düşünceleri azalttığı bilinmektedir (187, 191, 192). Benzer şekilde, ruminatif düşünceleri azaltmada bilişsel davranışçı terapi içerisinde yer alan tekniklerden de faydalanılmaktadır (186, 193). Literatürde kanser deneyime sahip bireylerin ruminatif düşüncelerine yönelik bilişsel davranışçı terapi yönteminin kullanıldığı bir müdahale araştırma bulunmamaktadır. Ancak kronik ağrıya sahip bireylerin, depresyon hastalarının ve sağlıklı üniversite öğrencilerinin ruminatif düşüncelerine yönelik yapılan birbirinden farklı müdahale araştırmalarında bilişsel davranışçı terapi yöntemlerinin (ruminasyonu fark etme, ruminatif düşüncenin avantajı ve dezavantajını çalışma, alternatif düşünce bulma) bireylerin ruminatif düşüncelerini azalttığı belirtilmektedir (186, 193, 194). Bu çalışmada uygulanan güçlendirme programında farkındalık temelli müdahale uygulamalarından (gevşeme ve nefes egzersizleri) ve bilişsel davranışçı tedavi yöntemlerinden (düşünceyi fark etme, düşüncenin avantajı-dezavantajı, alternatif düşünce bulma) faydalanılmıştır. Kullanılan bu teknikler bireylerde girici ruminasyonun azalmasına katkı sağlamış olabilir. Aynı zamanda amaçlı ruminasyonu desteklemeye yönelik müdahaleler de bireylerin süreçle baş etmelerini desteklemiş olabilir. Amaçlı ruminasyonda bireyler, yaşadıkları deneyimi bilinçli olarak düşünmekte, o deneyimdeki olumsuz duygularla yüzleşerek olayın kendisi ve hayatı için anlamını öğrenmektedir (64). Bireylerde travma sonrası büyümeyi sağlayan amaçlı ruminasyonun gelişimine yönelik yapılan herhangi bir müdahale çalışması literatürde bulunmamaktadır. Ancak, çalışmanın bu aşamasında amaçlı ruminasyonun gelişmesi için, güçlendirme programı içerisinde bireylere amaçlı ruminasyon anlatılmış, kanser deneyimiyle ilişkisi kurulmuş ve bireylere olan etkisi üzerine tartışılmıştır. Ayrıca, yine programda yer alan farkındalık temelli müdahaleler (gevşeme ve nefes egzersizleri) kanser deneyimini bilinçli olarak düşünürken hissettikleri stresi azaltmaları için kullanılabilmelerini sağlamıştır. Dolayısıyla, bu müdahaleler, bireylerin amaçlı ruminasyonlarının artmasında etkili olmuş olabilir.

Çalışmadaki bir diğer önemli bulgu kansere bağlı yorgunluğun müdahale ve kontrol gruplarında anlamlı olarak farklı olması ve müdahale grubundaki bireylerin yorgunluk düzeylerinde kontrol grubu ile zamana bağlı olarak karşılaştırıldığında anlamlı bir azalma bulunmasıdır. Fiziksel yorgunluk alt boyutunda, müdahale ve kontrol grupları arasında da anlamlı farkın olduğu ortaya konulmuştur ve müdahale

grubunda fiziksel yorgunluğun azaldığı bulunmuştur. Literatürde kansere bağlı yorgunluk toplam puan üzerinden değerlendirilmiş olup, bilişsel davranışçı terapi yöntemlerinin (kansere ve kansere bağlı yorgunlukla ilgili işlevsel olmayan düşüncelerle çalışma, aktiviteleri önceliklendirme, uyku hijyeni sağlama vb.), farkındalık temelli müdahalelerin (nefese odaklanma, beden taraması, farkında yoga, farkında yürüme vb.) ve egzersiz programlarının yorgunluğu azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (188, 195-197). Bahsedildiği üzere bu çalışmada da bilişsel davranışçı terapi, farkındalık temelli müdahaleler kullanılmış ve kansere bağlı yorgunluğun tanımı, nedenleri ve baş etmede kullanılabilecek yöntemler oturumlarda ele alınmıştır. Tüm bu müdahalelerin genel olarak kansere bağlı yorgunluğu azaltmada etkili olduğu söylenebilir. Bireyler kansere bağlı yorgunluğun fiziksel alt boyutunda işleri başlatma ve sürdürmede zorlanma, dinlenmeye ihtiyaç duyma gibi şikayetlerden yakınmaktadır (22). Yapılan çalışmalarda düzenli egzersiz programları ve aktivite planlama ile bireylerde hızlı bir şekilde fiziksel yorgunlukta azalma olduğu ortaya konulmaktadır (188, 198). Bu çalışmada müdahale programında fiziksel yorgunluğun azalmasının nedeni, bireylerin program içerisinde ele alınan gevşeme egzersizleri, aktivite planlama ve düzenli egzersiz gibi önerileri hayatlarına hızlı bir şekilde adapte etmeleri olabilir. Kansere bağlı yorgunluğun bir diğer alt boyutu olan duygusal yorgunlukta ise, bireyler çökkün bir halde, hiçbir şey yapmak istemeyen bir duygudurumda olabilmektedir (22). Bu bağlamda bireylerin kansere bağlı yorgunlukla ilgili ortaya çıkan düşüncelerini çalışmak, an'da olmalarını sağlayan farkındalık temelli müdahaleleri öğretmek onların duygularını da etkilemekte ve depresif duygudurumlarını azaltmaktadır (188, 196, 199). Bu çalışmada bireylerin öğrendiği alternatif düşünce bulma yöntemi ve gevşeme egzersizleri duygusal yorgunluklarıyla baş etmelerinde fayda sağlamış olabilir. Bir diğer alt boyut olan bilişsel yorgunlukta ise, bireyler hafıza problemleri, dikkatini uğraş verdiği işe odaklamada zorlanma gibi sorunlardan yakınmaktadır (22). Kansere bağlı yorgunluğun etiyolojisi tam olarak açıklanamasa da fizyolojik ve klinik birçok nedene bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir. Bireylerde bilişsel yorgunluğun nedenleri arasında ise, kemoterapi ve radyoterapi tedavileri sonrasında ortaya çıkan geri dönüşsüz hücrel hasarların da rolü olduğu düşünülmektedir (83, 86). Öyle ki, bireyler bilişsel yorgunluğa yönelik eritropoetinlerin, antidepresanların, metilfenidat gibi uyarıcıların içinde bulunduğu bir

farmakolojik desteğe ihtiyaç duyabilmektedir (102, 103). Dolayısıyla bu çalışmada, bireylerde bilişsel yorgunluğun zamanla azalmasına rağmen anlamlı bir istatistiksel farkın ortaya konulamamasının bir diğer açıklaması da bireylerin ek farmakolojik tedaviye ve öğrendikleri bilgileri uzun süre boyunca pratik yapma ihtiyaçları olabilir. Ek olarak, bu bulgunun bireylerin uzun soluklu kanser sürecinde yıllar boyunca deneyimlediği bilişsel yıpranmalarına bağlı olabileceği düşünülmüş ve müdahalelerin de daha uzun soluklu olması ile bilişsel yorgunluğun azalabileceği düşünülmüştür. Bu açıdan ileride planlanacak çalışmaların bilişsel yorgunluğu derinlemesine incelemesi ve daha etkin planlamaların uygulamalara entegre edilmesi önerilebilir.

Çalışmada yer alan bir diğer önemli bulgu ise psikolojik sağlık puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu ortaya konulmuştur. Müdahale grubunun zamana göre değişimi incelendiğinde de program sonrası ve izlem ölçümlerinde, program öncesine göre istatistiksel artış olduğu bulunmuştur. Ayrıca müdahale grubundaki bireylerin psikolojik sağlamlıkları kontrol grubu ile zamana bağlı olarak karşılaştırıldığında anlamlı bir artış görülmüştür. Psikolojik sağlamlığın alt boyutlarına bakıldığında ise, azim ve kişisel yetkinlikte gruplar arasında zamana bağlı anlamlı bir azalma varken, negatif olaylara toleransta müdahale grubunun zamana bağlı değişimi anlamlıdır. Yine manevi eğilim alt boyutunda ise hem müdahale ve kontrol grupları arasında hem müdahale grubunun zamana bağlı değişiminde hem de müdahale ve kontrol grupları arasında zamana bağlı olarak anlamlı artış bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmalar dikkat ve farkındalık temelli müdahalelerin (duyguları açığa çıkarma ve düzenleme, psikolojik ihtiyaçlara yönelik hedef belirleme, farkında nefes alma vb.), psikoeğitim temelli programların (hastalık ve semptomlara ilişkin bilgilendirme ve başa çıkma yöntemleri, hastalığa ilişkin duygusal tepkileri tanıma, deneyim paylaşımları yapma vb.), bilişsel davranışçı terapi tekniklerinin (kansere bağlı bilişsel çarpıtmaları açığa çıkarma, işlevsel olmayan düşüncelerle çalışma, gevşeme egzersizleri yapma vb.) bireylerde psikolojik sağlamlığı arttırdığını ortaya koymuştur (38, 122, 124, 200). Bu çalışmada yer alan farkındalık temelli müdahale uygulamalara (gevşeme ve nefes egzersizleri) ve bilişsel davranışçı tedavi yöntemlerine (düşünceyi fark etme, düşüncenin avantajı-dezavantajı, alternatif düşünce bulma, bilişsel çarpıtmaları öğrenme) ek olarak psikolojik sağlamlığın tanımı,

hayatın anlamı, geleceğe yönelik hedeflerin belirlenmesi ile ilgili oturumlar yapılmıştır. Tüm bu müdahalelerin genel olarak bireylerde psikolojik sağlamlığı arttırmada etkili olduğu söylenebilir. Psikolojik sağlamlığın alt boyutu olan azim ve kişisel yetkinlik, hayattaki engellere rağmen bireylerin hedeflerine ulaşma konusundaki kararlılığını, değişimin olumlu kabulünü ve içsel yeterliliğini içermektedir (114). Yapılan çalışmalarda kanser gibi ölümcül bir hastalığı atlatan bireylerin remisyon dönemindeyken hayatta kaldıkları her gün için şükran duyduklarını, yaşamdaki zorluklara karşı daha özgüvenli olduklarını ve her zorluğu aşabileceklerine inandıklarını ortaya koymuştur (59, 120). Bu çalışmada da bireylerin kanser sonrasında hayatlarındaki bakış açısı değişikliklerini konuşma, ulaşılabilir hedef belirlemeyi öğrenme, yeni hedefler belirleme gibi uygulamalar yardımıyla azim ve kişisel yetkinliklerini arttırmış olabileceği söylenebilir. Ayrıca grup oturumlarında bireyler birbirlerine destek olup cesaretlendirmektedir (201). Ursavaş Erol ve Karayurt (202) yaptıkları çalışmada grup oturumları ile kanser hastalarının deneyimlerini paylaşarak birbirlerine rehberlik ve destek sağlayabildiklerini belirtmektedir. Benzer şekilde bu çalışmada da bireyler deneyimleri ve görüşleri ile hedef belirleme ve hedef doğrultusunda harekete geçme konusunda birbirlerini cesaretlendirmiş olabilir. Psikolojik sağlamlığın bir diğer alt boyutu olan negatif olaylara toleransta ise bireylerin zor durumlarla baş etmede esnek ve sakin olmalarını ve sorunları karşısında inisiyatif almalarını belirtmektedir (114). Bireyler kanserle mücadelelerinde duygularıyla ve olumsuz durumlarla baş etmeyi öğrendiklerini, remisyon döneminde de yaşayabilecekleri zor durumlarla ve başarısız olabilme ihtimalleriyle daha kolay baş edebileceklerini belirtmişlerdir (59, 203). Üzar-Özçetin ve Kovancı'nın (120) yaptığı çalışmada kanser deneyimi sonrasında bireyler potansiyellerini ve yeteneklerini fark ettiklerini vurgulamıştır. Farklı bir çalışmada ise, bireyler kanser sayesinde güçlendiklerini, olgunlaştıklarını ve zorluklarla yüzleşme konusunda kendilerini daha hazır hissettiklerini belirtmiştir (204). Bu çalışmada da bireylerin birbirleriyle yaşadıkları zorlayıcı süreçlerde baş etme yöntemlerini paylaşmaları, ek olarak duygu ve problem odaklı stresle baş etme yöntemlerini öğrenmeleri negatif olaylara tolerans geliştirmelerine katkı sağlamış olabilir. Psikolojik sağlamlığın bir diğer alt boyutu olan manevi eğilim ise, bireylerin deneyimlenen olayları kadere atfetmesi ve din ile ilişkilendirmesini içermektedir (114). Müslümanlığın yaygın

olduğu ülkelerde bireylerin çoğu insanların hayatlarında olan her şeyin Tanrı'nın planının bir parçası olduğuna, yaşadıkları ile baş etmede en iyi yolun içinde bulunduğu koşulları kabullenmek olduğuna inanabilmektedir (205, 206). Müslüman kanser hastalarıyla yapılan çalışmalarda bireylerin kanser hastalığının nedenini 'Tanrının iradesi' olarak gördüğü, bu sebeple hastalığı daha hızlı kabul edebildiği ve süreçle daha rahat baş edebildiği ortaya konulmuştur (205, 207). Ek olarak, Müslüman bireylerin kanserle ilgili korku ve kaygılarında baş etme yöntemi olarak sıklıkla dua ve ibadet etme gibi kaynakları kullandığı ortaya konulmuştur (208). Bu çalışmanın da Müslümanlığın yaygın olduğu Türk kültüründe yapılması nedeniyle bireylerin yaşadıkları olayları Tanrı'ya atfetmeleri ve baş etme yöntemi olarak ibadet etme yöntemlerini kullanmaları manevi eğilimlerinin zamanla artmasına neden olmuş olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak güçlendirme programı remisyon dönemindeki bireylerin girici ruminatif düşüncelerini ve kansere bağlı yorgunluklarını azaltmada, amaçlı ruminatif düşüncelerini ve psikolojik sağlamlıklarını arttırmada etkili bir yöntemdir. Bu bağlamda, öncelikle bireylerin ruminasyon, kansere bağlı yorgunluk ve psikolojik sağlamlık kavramlarını öğrenmeleri oldukça önemlidir. Uygulanan güçlendirme programında bireylerin girici ruminatif düşüncelerini ve yorgunluk alanlarını fark edip baş etme yöntemlerini kullandıklarında zaman içerisinde girici ruminasyonlarının ve yorgunluklarının azalabildiği ortaya konulmuştur. Benzer şekilde amaçlı ruminatif düşüncelerini ve psikolojik sağlamlık geliştirebileceği alanları fark edip bunları hayatlarına düzenli olarak entegre ettiklerinde de amaçlı ruminasyonlarının ve psikolojik sağlamlıklarının arttığı saptanmıştır. Dolayısıyla bu bağlamda bu çalışma remisyon dönemindeki kanser hastalarının uygun müdahalelerle desteklenmelerinin katkısını görünür kılması açısından önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın sonuçları ve önerileri iki aşamada sunulmuştur. İlk olarak, araştırmanın birinci aşaması olan remisyon dönemindeki kanser hastalarının ruminatif düşünceleri ve bu düşünceler ile baş etme biçimlerini incelemeye yönelik yürütülen nitel araştırmaya ilişkin sonuç ve öneriler sunulmuştur. Sonrasında ise, remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının bireylerin ruminatif düşüncelerinin, yorgunluklarının ve psikolojik sağlamlıklarının üzerine etkisinin incelendiği nicel araştırmanın sonuç ve önerilerine yer verilmiştir.

6.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Sonucu

Remisyon dönemindeki kanser hastalarının ruminatif düşünceleri ve bu düşünceler ile baş etme biçimlerinin incelendiği araştırmada,

- Remisyon dönemindeki kanser hastalarının yaşadıkları kanser deneyimi ve gelecekte nüks yaşamaları ihtimali ile ilgili girici ruminatif düşüncelere sahip oldukları saptanmıştır.
- Remisyon dönemindeki kanser hastalarının ruminatif düşüncelerinin yara izleri, yorgunluk, ağrı, doktor kontrolleri gibi hatırlatıcılar nedeniyle zihinlerine geldikleri belirlenmiştir.
- Nüksle ilişkili ruminatif düşünceler nedeniyle remisyon dönemindeki kanser hastalarının geleceğe dair plan yapmakta oldukça zorlandıkları ve kendilerini bu konuda sıkışmış hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır.
- Remisyon dönemindeki kanser hastalarının, tedavi ve kontrol dönemleri nedeniyle ekonomik sorunlar yaşadıkları, romantik ilişki başlatmaya ilişkin kaygı hissettikleri ve bağışıklıklarının daha düşük olması nedeniyle stres altında oldukları saptanmış olup, bireylerin bu konular hakkında ruminasyon yaptıkları belirlenmiştir.
- Remisyon dönemindeki kanser hastalarının hastalık deneyimini bilinçli olarak düşündükleri amaçlı ruminasyon sayesinde kanser deneyiminden anlam buldukları, güçlendikleri, olgunlaştıkları ve girici ruminatif düşüncelerinin eskisi kadar zihinlerine gelmediği sonucuna ulaşılmıştır.

- Kanser deneyimi sonrası bakış açısı değişikliğinin (kendine önem verme, sevdikleriyle vakit geçirme, hayatı ertelememe vb.) bireylerin ruminatif düşünceleriyle baş etmede kullandıkları bir diğer yol olarak belirlenmiştir.
- Remisyon dönemindeki kanser hastalarının girici ruminatif düşüncelerle başa çıkmak, kanserle ilgili yaşadıkları kaygıları, deneyimleri ve kayıpları konuşabilmek için psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmiştir.
- Psikolojik desteğin sağlanmasında remisyon dönemindeki kanser hastaları en önemli beklentilerinin kanser hastalığını ve sürecini bilen, kendilerine empati yapabilen uzman bireyler olması gerektiğini ifade etmiştir.

6.2. Araştırmanın Birinci Aşamasının Önerileri

Remisyon dönemindeki kanser hastalarının ruminatif düşünceleri ve bu düşünceler ile baş etme biçimlerinin incelendiği bu araştırmanın sonucunda,

- Remisyon dönemindeki kanser hastaları yaşadıkları kanser deneyimine ilişkin girici ruminatif düşüncelere sahip olduklarını ve bu süreçte kanser hastalığını ve sürecini bilen, kendilerine empati yapabilen uzmanlardan psikolojik destek beklediklerini belirtmeleri nedeniyle, hemşirelerde remisyon dönemindeki kanser hastalarının girici ve amaçlı ruminatif düşüncelerine yönelik farkındalık oluşturulması, bu düşüncelerin nasıl tetiklendiklerine ve fark edilebileceklerine ilişkin eğitimler, seminerler, konferanslar düzenlenerek bilgi edinmelerinin sağlanması,
- Remisyon dönemindeki kanser hastalarının girici ruminatif düşüncelerle başa çıkmak, kanserle ilgili yaşadıkları kaygıları, deneyimleri ve kayıpları konuşabilmek için psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmeleri nedeniyle, bireylerin bu deneyimlerini ve ruminatif düşüncelerini konuşabileceği, psikiyatri hemşireleri ve multidisipliner ekibin yönettiği bireysel veya grup destek hizmetlerinin sunulması,
- Remisyon dönemindeki kanser hastalarının yaşadıkları kanser deneyimi ve gelecekte nüks yaşamaları ihtimali ile ilgili girici ruminatif düşüncelere sahip olması ve bunların hayatlarını etkilemesi (geleceğe dair plan yapamama, sıkışmış

hissetme vb.) nedeniyle, girici ruminatif düşüncelerinin azalmasına yönelik programların planlanarak uygulanması önerilebilir.

6.3. Araştırmanın İkinci Aşamasının Sonucu

Remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının bireylerin ruminatif düşüncelerinin, yorgunluklarının ve psikolojik sağlamlıklarının üzerine etkisinin incelendiği nicel araştırmada,

- Remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programı sonrasında müdahale grubunun girici ruminasyon puan ortalamaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, müdahale grubunun girici ruminasyon puanlarının kontrol grubunun müdahale sonrası ve izlem ölçüm puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu, gruplar arasında zaman içinde görülen istatistiksel farkın ise anlamlı olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.6).
- Remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programı sonrasında müdahale grubunun amaçlı ruminasyon puan ortalamaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, müdahale grubunun amaçlı ruminasyon puanlarının kontrol grubunun program sonrası ve izlem ölçüm puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdiği saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.6).
- Remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programı sonrasında müdahale grubunun kansere bağlı yorgunluk toplam puan ortalamaların zaman içerisindeki değişimi kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, müdahale grubunun kontrol grubunun program sonrası ve izlem ölçüm puan ortalamalarına göre kansere bağlı yorgunluk puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı belirlenmiştir. Müdahale grubunun fiziksel ve duygusal yorgunluk alt boyut puan ortalamaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, kontrol grubunun müdahale sonrası ve izlem ölçüm puan ortalamalarına göre fiziksel ve duygusal yorgunluk puanlarının daha düşük olduğu, grupların puanları arasında zaman içinde görülen istatistiksel farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Müdahale grubunun bilişsel yorgunluk alt boyut puan ortalamaları, kontrol grubunun müdahale sonrası ve izlem puan ortalamalarına göre daha düşük olmasına karşın, grupların puanları arasında zaman içinde görülen değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.7).

- Remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programı sonrasında müdahale grubunun psikolojik sağlık toplam puan ortalamalarının zaman içerisindeki değişimi kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, kontrol grubunun program sonrası ve izlem ölçüm puan ortalamalarının müdahale grubuna göre daha düşük olduğu, grupların psikolojik sağlık puanları arasında zaman içinde görülen istatistiksel farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubunun azim ve kişisel yetkinlik ve manevi eğilim alt boyut puan ortalamaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, kontrol grubunun azim ve kişisel yetkinlik ve manevi eğilim puanlarının müdahale sonrası ve izlem ölçüm puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu, grupların puanları arasında zaman içinde görülen istatistiksel farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Müdahale grubunun negatif olaylara tolerans alt boyut puan ortalamaları, kontrol grubunun müdahale sonrası ve izlem puan ortalamalarına göre daha yüksek olmasına karşın, grupların puanları arasında zaman içinde görülen değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.8).

6.4. Araştırmanın İkinci Aşamasının Önerileri

Remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının bireylerin ruminatif düşüncelerinin, yorgunluklarının ve psikolojik sağlamlıklarının üzerine etkisinin incelendiği bu nicel araştırmanın sonucunda,

- Remisyon dönemindeki kanser hastalarına uygulanan güçlendirme programının, bireylerin girici ruminatif düşüncelerini ve kansere bağlı yorgunluklarını azaltmada; amaçlı ruminatif düşüncelerini ve psikolojik sağlamlıklarını artırmada anlamlı farklılıklara neden olması sebebiyle programın hastaların güçlendirilmelerinde kullanılması,
- Güçlendirme programının etkisinin müdahale sonrasında ve programdan 3 ay sonrasında ölçülmesi göz önünde bulundurularak gelecek çalışmalarda programın uzun dönem etkilerinin ortaya konulabilmesi için programdan sonraki 6. ve 12. aylarda da programın etkisini değerlendiren çalışmaların yapılması,
- Uygulanan güçlendirme programının çevrimiçi yapılması sebebiyle programın yüz yüze uygulanarak etkinliğinin değerlendirilmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Teston EF, Fukumori EFC, Benedetti GMdS, Spigolon DN, Costa MAR, Marcon SS. Feelings and difficulties experienced by cancer patients along the diagnostic and therapeutic itineraries. *Escola Anna Nery*. 2018;22(4):e20180017
2. Gemalmaz A, Avşar G. Kanser tanısı ve sonrası yaşananlar: kalitatif bir çalışma. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2015;12(2):93-98.
3. Hsu HC, Tsai SY, Wu SL, Jeang SR, Ho MY, Liou WS, et al. Longitudinal perceptions of the side effects of chemotherapy in patients with gynecological cancer. *Support Care Cancer*. 2017;25:3457-64.
4. Nies YH, Ali AM, Abdullah N, Islahudin F, Shah NM. A qualitative study among breast cancer patients on chemotherapy: experiences and side-effects. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:1955-1964.
5. Kyriacou J, Black A, Drummond N, Power J, Maheu C. Fear of cancer recurrence: A study of the experience of survivors of ovarian cancer. *Can Oncol Nurs J*. 2017;27(3):236-242.
6. Körükcü Ö. Bazı Yaşamsal Geçişler Zordur. *Jinekolojik Kanser Tanısı Almak Gibi*. *ACU Sağlık Bil Derg*. 2018;9(3):248-254.
7. Mardani-Hamooleh M, Heidari H. Living with cancer challenges: a qualitative analysis of cancer patients' perceptions in Iran. *J Public Health*. 2018;26:69-74.
8. Arditte Hall KA, Davison EH, Galovski TE, Vasterling JJ, Pineles SL. Associations between trauma-related rumination and symptoms of posttraumatic stress and depression in treatment-seeking female veterans. *J Trauma Stress*. 2019;32(2):260-268.
9. Ehring T, Frank S, Ehlers A. The role of rumination and reduced concreteness in the maintenance of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Cognit Ther Res*. 2008;32:488-506.
10. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *J Pers Soc Psychol*. 1991;61(1):115.
11. Chan MW, Ho SM, Tedeschi RG, Leung CW. The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psychooncology*. 2011;20(5):544-52.
12. Javaid D, Hanif R, Rehna T. Cognitive processes of cancer patients: A major threat to patients' quality of life. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2018;28(3):218-221.
13. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG. The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. Weiss T, Berger R, editors. *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe*. United States: John Wiley & Sons, Inc; 2010.

14. Kamijo N, Yukawa S. The role of rumination and negative affect in meaning making following stressful experiences in a Japanese sample. *Front Psychol.* 2018;9:2404.
15. Thomsen DK, Jensen AB, Jensen T, Mehlsen MY, Pedersen CG, Zachariae R. Rumination, reflection and distress: an 8-month prospective study of colon-cancer patients. *Cognit Ther Res.* 2013;37:1262-1268.
16. Liu J, Peh C-X, Simard S, Griva K, Mahendran R. Beyond the fear that lingers: the interaction between fear of cancer recurrence and rumination in relation to depression and anxiety symptoms. *J Psychosom Res.* 2018;111:120-126.
17. Liu J, Peh CX, Mahendran R. Body image and emotional distress in newly diagnosed cancer patients: The mediating role of dysfunctional attitudes and rumination. *Body Image.* 2017;20:58-64.
18. Lyubomirsky S, Kasri F, Chang O, Chung I. Ruminative response styles and delay of seeking diagnosis for breast cancer symptoms. *J Soc Clin Psychol.* 2006;25(3):276-304.
19. Öcalan S, Üzar-Özçetin YS. The relationship between rumination, fatigue and psychological resilience among cancer survivors. *J Clin Nurs.* 2022;31(23-24):3595-604.
20. Ogińska-Bulik N. The negative and positive effects of trauma resulting from cancer—the role of personality and rumination. *Curr Issues Personal Psychol.* 2017;5(4):232-243.
21. Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist.* 2007;12(S1):4-10.
22. Savina S, Zaydiner B. Cancer-related fatigue: some clinical aspects. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2019;6(1):7-9.
23. Ruiz-Casado A, Alvarez-Bustos A, de Pedro CG, Mendez-Otero M, Romero-Elias M. Cancer-related fatigue in breast cancer survivors: a review. *Clin Breast Cancer.* 2021;21(1):10-25.
24. Ma Y, He B, Jiang M, Yang Y, Wang C, Huang C, et al. Prevalence and risk factors of cancer-related fatigue: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2020;111:103707.
25. Schmidt ME, Wiskemann J, Steindorf K. Quality of life, problems, and needs of disease-free breast cancer survivors 5 years after diagnosis. *Qual Life Res.* 2018;27(8):2077-2086.
26. Oh PJ, Cho JR. Changes in fatigue, psychological distress, and quality of life after chemotherapy in women with breast cancer: a prospective study. *Cancer Nurs.* 2020;43(1):E54-E60.
27. Amstadter AB, Moscati A, Maes HH, Myers JM, Kendler KS. Personality, cognitive/psychological traits and psychiatric resilience: A multivariate twin study. *Pers Individ Dif.* 2016;91:74-79.
28. Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD. Resilience to loss and potential trauma. *Annu Rev Clin Psychol.* 2011;7:511-35.

29. Gao Y, Yuan L, Pan B, Wang L. Resilience and associated factors among Chinese patients diagnosed with oral cancer. *BMC Cancer*. 2019;19(1):447.
30. Seiler A, Jenewein J. Resilience in cancer patients. *Front Psychiatry*. 2019;10:208.
31. Lai HL, Hung CM, Chen CI, Shih ML, Huang CY. Resilience and coping styles as predictors of health outcomes in breast cancer patients: A structural equation modelling analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2020;29(1):e13161.
32. Zou G, Li Y, Xu R, Li P. Resilience and positive affect contribute to lower cancer-related fatigue among Chinese patients with gastric cancer. *J Clin Nurs*. 2018;27(7-8):e1412-e8.
33. Yu SY, Nho JH, Jung MH, Kim HY, An HJ, Choi HA. Symptoms, resilience, coping, and psychosocial adjustment in women with gynaecological cancer in South Korea: A cross sectional study. *Eur J Oncol Nurs*. 2022;56:102097.
34. Fu YH, Wang ZR. A retrospective pilot study of high-quality nursing care for cervical cancer. *Medicine*. 2018;97(43):e12992.
35. Compen F, Bisseling E, Schellekens M, Donders A, Carlson L, Lee M, et al. Face-to-face and internet-based mindfulness-based cognitive therapy compared with treatment as usual in reducing psychological distress in patients with cancer: a multicenter randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2018;36(23):2413-2421.
36. Willems RA, Bolman CA, Mesters I, Kanera IM, Beaulen AA, Lechner L. Short-term effectiveness of a web-based tailored intervention for cancer survivors on quality of life, anxiety, depression, and fatigue: randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2017;26(2):222-230.
37. Johnson JA, Garland SN, Carlson LE, Savard J, Simpson JSA, Ancoli-Israel S, et al. Bright light therapy improves cancer-related fatigue in cancer survivors: a randomized controlled trial. *J Cancer Surviv*. 2018;12(2):206-215.
38. Üzar-Özçetin YS, Hiçdurmaz D. Effects of an empowerment program on resilience and posttraumatic growth levels of cancer survivors: A randomized controlled feasibility trial. *Cancer Nurs*. 2019;42(6):E1-E13.
39. Watson A, van Kessel K. Cancer survivors' experiences and explanations of postcancer fatigue: an analysis of online blogs. *Cancer Nurs*. 2018;41(2):117-123.
40. Chien CH, Pang ST, Chuang CK, Liu KL, Wu CT, Yu KJ, et al. Exploring psychological resilience and demoralisation in prostate cancer survivors. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2022;31(6):e13759.
41. Arnold MS, Butler PM, Anderson RM, Funnell MM, Feste C. Guidelines for facilitating a patient empowerment program. *Diabetes Educ*. 1995;21(4):308-312.
42. Getachew S, Tesfaw A, Kaba M, Wienke A, Taylor L, Kantelhardt EJ, et al. Perceived barriers to early diagnosis of breast Cancer in south and southwestern Ethiopia: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2020;20(1):38.

43. Dilley J, Burnell M, Gentry-Maharaj A, Ryan A, Neophytou C, Apostolidou S, et al. Ovarian cancer symptoms, routes to diagnosis and survival–Population cohort study in the ‘no screen’ arm of the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS). *Gynecol Oncol*. 2020;158(2):316-322.
44. Cuesta-Briand B, Hansell D, Burich S, Loimata T. Delays in the pathway to cancer diagnosis in Samoa: a qualitative study of patients’ experiences. *Asia Pac J Public Health*. 2021;33(6-7):707-713.
45. Iddrisu M, Aziato L, Dedey F. Psychological and physical effects of breast cancer diagnosis and treatment on young Ghanaian women: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):353.
46. Løwe MM, Osther PJS, Ammentorp J, Birkelund R. The balance of patient involvement: Patients’ and health professionals’ perspectives on decision-making in the treatment of advanced prostate cancer. *Qual Health Res*. 2021;31(1):29-40.
47. de Kruif AJ, Chrifou R, Langeslag GL, Sondaal AE, Franssen MM, Kampman E, et al. Perceptions of non-Western immigrant women on having breast cancer and their experiences with treatment-related changes in body weight and lifestyle: A qualitative study. *PLoS One*. 2020;15(7):e0235662.
48. Lidington E, Vlooswijk C, Stallard K, Travis E, Younger E, Edwards P, et al. ‘This is not part of my life plan’: A qualitative study on the psychosocial experiences and practical challenges in young adults with cancer age 25 to 39 years at diagnosis. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2021;30(5):e13458.
49. Hauken MA, Larsen TM. Young adult cancer patients’ experiences of private social network support during cancer treatment. *J Clin Nurs*. 2019;28(15-16):2953-65.
50. Liu X, Zhong J, Ren J, Zhang JE. The Formation of Stigma and Its Social Consequences on Chinese People Living With Lung Cancer: A Qualitative Study. *Oncol Nurs Forum*. 2023;50(5):589-98.
51. Bingo SAM, Maree JE, Jansen van Rensburg JJM. Living with cancer of the head and neck: A qualitative inquiry into the experiences of South African patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2020;29(2):e13205.
52. Mallapiang F, Alam S, Jusriani R, Muis M. Stress management for breast cancer survivor in South Sulawesi Province Indonesia. *Gaceta Sanitaria*. 2021;35:S183-S5.
53. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. *Ca Cancer J Clin*. 2023;73(1):17-48.
54. Gupta SK, Mazza MC, Hoyt MA, Revenson TA. The experience of financial stress among emerging adult cancer survivors. *J Psychosoc Oncol*. 2020;38(4):435-448.
55. Armoogum J, Harcourt D, Foster C, Llewellyn A, McCabe CS. The experience of persistent pain in adult cancer survivors: A qualitative evidence synthesis. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2020;29(1):e13192.

56. Fitch MI, Nicoll I, Lockwood G. Cancer survivor's perspectives on the major challenge in the transition to survivorship. *Patient Educ Couns.* 2020;103(11):2361-2367.
57. Takahashi M. Cancer survivorship care: challenges and opportunities in Japan. *Jpn J Clin Oncol.* 2023;53(9):757-763.
58. Meiklejohn JA, Bailie R, Adams J, Garvey G, Bernardes CM, Williamson D, et al. "I'm a Survivor": Aboriginal and Torres Strait Islander Cancer Survivors' Perspectives of Cancer Survivorship. *Cancer Nurs.* 2020;43(2):105-114.
59. Yi J, Kim MA, Akter J. How do they grow out of their cancer experience? Korean adolescent and young adult cancer survivors' stories. *Ethn Health.* 2021;26(8):1163-1179.
60. Ochoa E, Carrillo GM, Sanabria D. Finding myself as a cervical cancer survivor: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs.* 2019;41:143-148.
61. Hauken MA, Grue M, Dyregrov A. "It's been a life-changing experience!" A qualitative study of young adult cancer survivors' experiences of the coexistence of negative and positive outcomes after cancer treatment. *Scand J Psychol.* 2019;60(6):577-84.
62. Hafer CL, Sutton R. *Handbook of Social Justice Theory and Research.* Sabbagh C, Schmitt M, editors. Belief in a just world. Germany, Springer; 2016.
63. Guo Y, Chen X, Ma J, Li Y, Hommey C. How belief in a just world leads to prosocial behaviours: The role of communal orientation. *Pers Individ Dif.* 2022;195:111642.
64. Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG, Triplett KN, Vishnevsky T, Lindstrom CM. Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety Stress Coping.* 2011;24(2):137-56.
65. Nolen-Hoeksema S, Parker LE, Larson J. Ruminative coping with depressed mood following loss. *J Pers Soc Psychol.* 1994;67(1):92-104.
66. Lyubomirsky S, Tucker KL, Caldwell ND, Berg K. Why ruminators are poor problem solvers: clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *J Pers Soc Psychol.* 1999;77(5):1041-1060.
67. Lyubomirsky S, Nolen-Hoeksema S. Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *J Pers Soc Psychol.* 1995;69(1):176-190.
68. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspect Psychol Sci.* 2008;3(5):400-424.
69. Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychol Bull.* 2008;134(2):163-206.
70. Romeo A, Di Tella M, Ghiggia A, Tesio V, Gasparetto E, Stanizzo MR, et al. The traumatic experience of breast cancer: which factors can relate to the post-traumatic outcomes? *Front Psychol.* 2019;10:891.

71. Martino ML, Lemmo D, Gargiulo A, Barberio D, Abate V, Avino F, et al. Underfifty women and breast cancer: Narrative markers of meaning-making in traumatic experience. *Front Psychol*. 2019;10:618.
72. Zhang X, Sun D, Qin N, Liu M, Jiang N, Li X. Factors correlated with fear of cancer recurrence in cancer survivors: a meta-analysis. *Cancer Nurs*. 2022;45(5):406-415.
73. Menger F, Deane J, Patterson JM, Fisher P, O'Hara J, Sharp L. The nature and content of rumination for head and neck cancer survivors. *Front Psychol*. 2022;13:995187.
74. Dsouza SM, Vyas N, Narayanan P, Parsekar SS, Gore M, Sharan K. A qualitative study on experiences and needs of breast cancer survivors in Karnataka, India. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2018;6(2):69-74.
75. Suwankhong D, Liamputtong P. Physical and emotional experiences of chemotherapy: A qualitative study among women with breast cancer in Southern Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(2):521-528.
76. Hong SJ, Shin NM. Fear of cancer recurrence in Korean women after breast cancer treatment: A mixed methods study. *Eur J Oncol Nurs*. 2021;54:102010.
77. Kosir U, Wiedemann M, Wild J, Bowes L. Cognitive mechanisms in adolescent and young adult cancer patients and survivors: feasibility and preliminary insights from the Cognitions and Affect in Cancer Resiliency Study. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2020;9(2):289-294.
78. Dupont A, Bower JE, Stanton AL, Ganz PA. Cancer-related intrusive thoughts predict behavioral symptoms following breast cancer treatment. *Health Psychol*. 2014;33(2):155-163.
79. Chan J, Ng DWL, Liao Q, Fielding R, Soong I, Chan KKL, et al. Trajectories of sleep disturbance in cancer survivors during the first 2 years post-treatment. *Sleep*. 2023;46(8):zsad052.
80. Koutrouli N, Anagnostopoulos F, Griva F, Gourounti K, Kolokotroni F, Efsthathiou V, et al. Exploring the relationship between posttraumatic growth, cognitive processing, psychological distress, and social constraints in a sample of breast cancer patients. *Women Health*. 2016;56(6):650-667.
81. Boyle CC, Stanton AL, Ganz PA, Crespi CM, Bower JE. Improvements in emotion regulation following mindfulness meditation: Effects on depressive symptoms and perceived stress in younger breast cancer survivors. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85(4):397-402.
82. Berger AM, Mooney K, Alvarez-Perez A, Breitbart WS, Carpenter KM, Cella D, et al. Cancer-related fatigue, version 2.2015. *J Natl Compr Canc Netw*. 2015;13(8):1012-39.
83. Thong MS, van Noorden CJ, Steindorf K, Arndt V. Cancer-related fatigue: causes and current treatment options. *Curr Treat Options Oncol*. 2020;21(2):17.
84. Kim S, Miller BJ, Stefanek ME, Miller AH. Inflammation-induced activation of the indoleamine 2, 3-dioxygenase pathway: Relevance to cancer-related fatigue. *Cancer*. 2015;121(13):2129-2136.

85. Paulsen Ø, Laird B, Aass N, Lea T, Fayers P, Kaasa S, et al. The relationship between pro-inflammatory cytokines and pain, appetite and fatigue in patients with advanced cancer. *PloS One*. 2017;12(5):e0177620.
86. O'Higgins C, Brady B, O'Connor B, Walsh D, Reilly R. The pathophysiology of cancer-related fatigue: current controversies. *Support Care Cancer*. 2018;26:3353-3364.
87. Yang S, Chu S, Gao Y, Ai Q, Liu Y, Li X, et al. A narrative review of cancer-related fatigue (CRF) and its possible pathogenesis. *Cells*. 2019;8(7):738.
88. Eyob T, Ng T, Chan R, Chan A. Impact of chemotherapy on cancer-related fatigue and cytokines in 1312 patients: a systematic review of quantitative studies. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2016;10(2):165-79.
89. De Sanctis V, Agolli L, Visco V, Monaco F, Muni R, Spagnoli A, et al. Cytokines, fatigue, and cutaneous erythema in early stage breast cancer patients receiving adjuvant radiation therapy. *Biomed Res Int*. 2014;2014:523568.
90. Abrahams H, Gielissen M, Schmits I, Verhagen C, Rovers M, Knoop H. Risk factors, prevalence, and course of severe fatigue after breast cancer treatment: a meta-analysis involving 12 327 breast cancer survivors. *Annal Oncol*. 2016;27(6):965-974.
91. Frick MA, Vachani CC, Hampshire MK, Bach C, Arnold-Korzeniowski K, Metz JM, et al. Survivorship after lower gastrointestinal cancer: Patient-reported outcomes and planning for care. *Cancer*. 2017;123(10):1860-1868.
92. Lukkahatai N, Saligan LN. Association of catastrophizing and fatigue: a systematic review. *J Psychosom Res*. 2013;74(2):100-109.
93. Bower JE, Asher A, Garet D, Petersen L, Ganz PA, Irwin MR, et al. Testing a biobehavioral model of fatigue before adjuvant therapy in women with breast cancer. *Cancer*. 2019;125(4):633-41.
94. Andrykowski MA, Donovan KA, Laronga C, Jacobsen PB. Prevalence, predictors, and characteristics of off-treatment fatigue in breast cancer survivors. *Cancer*. 2010;116(24):5740-5748.
95. Hughes A, Suleman S, Rimes KA, Marsden J, Chalder T. Cancer-related fatigue and functional impairment—Towards an understanding of cognitive and behavioural factors. *J Psychosom Res*. 2020;134:110127.
96. Bower JE, Crosswell AD, Slavich GM. Childhood adversity and cumulative life stress: risk factors for cancer-related fatigue. *Clin Psychol Sci*. 2014;2(1):108-115.
97. Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes CP, Alfano CM, Povoski SP, Lipari AM, et al. Pain, depression, and fatigue: loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychol*. 2014;33(9):948-957.
98. Mardanian-Dehkordi L, Kahangi L. The relationship between perception of social support and fatigue in patients with cancer. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2018;23(4):261-266.

99. Bootsma TI, Schellekens MP, van Woezik RA, van der Lee ML, Slatman J. Experiencing and responding to chronic cancer-related fatigue: A meta-ethnography of qualitative research. *Psychooncology*. 2020;29(2):241-250.
100. Levkovich I, Cohen M, Karkabi K. The experience of fatigue in breast cancer patients 1–12 month post-chemotherapy: A qualitative study. *Behav Med*. 2019;45(1):7-18.
101. Kuswanto CN, Sharp J, Stafford L, Schofield P. Fear of cancer recurrence as a pathway from fatigue to psychological distress in mothers who are breast cancer survivors. *Stress Health*. 2023;39(1):197-208.
102. Tomlinson D, Robinson P, Oberoi S, Cataudella D, Culos-Reed N, Davis H, et al. Pharmacologic interventions for fatigue in cancer and transplantation: a meta-analysis. *Curr Oncol*. 2018;25(2):e152-e167.
103. Bohlius J, Bohlke K, Castelli R, Djulbegovic B, Lustberg MB, Martino M, et al. Management of cancer-associated anemia with erythropoiesis-stimulating agents: ASCO/ASH clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*. 2019;37(15):1336-1351.
104. Hilfiker R, Meichtry A, Eicher M, Balfe LN, Knols RH, Verra ML, et al. Exercise and other non-pharmaceutical interventions for cancer-related fatigue in patients during or after cancer treatment: a systematic review incorporating an indirect-comparisons meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2018;52(10):651-658.
105. Schell LK, Monsef I, Wöckel A, Skoetz N. Mindfulness-based stress reduction for women diagnosed with breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;3(3):CD011518.
106. Luo C, Xu X, Wei X, Feng W, Huang H, Liu H, et al. Natural medicines for the treatment of fatigue: Bioactive components, pharmacology, and mechanisms. *Pharmacol Res*. 2019;148:104409.
107. Hussey C, Gupta A. Exercise interventions to combat cancer-related fatigue in cancer patients undergoing treatment: a review. *Cancer Invest*. 2022;40(9):822-838.
108. Hagan TL, Arida MJA, Hughes MS, Donovan HS. Creating individualized symptom management goals and strategies for cancer-related fatigue for patients with recurrent ovarian cancer. *Cancer Nurs*. 2017;40(4):305-313.
109. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*. 2008;59(1):20-28.
110. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V. Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review. *Medicina*. 2019;55(11):745.
111. VanMeter F, Cicchetti D. Resilience. *Handb Clin Neurol*. 2020;173:67-73.
112. Kumpfer KL. Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. Glantz MD, Johnson JL, editors. *Resilience and development: Positive life adaptations*. Kluwer Academic Publishers; 2002.

113. Huang Y, Huang Y, Bao M, Zheng S, Du T, Wu K. Psychological resilience of women after breast cancer surgery: a cross-sectional study of associated influencing factors. *Psychol Health Med*. 2019;24(7):866-878.
114. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
115. Pizzoli SFM, Renzi C, Arnaboldi P, Russell-Edu W, Pravettoni G. From life-threatening to chronic disease: Is this the case of cancers? A systematic review. *Cogent Psychology*. 2019;6(1):1577593.
116. Fitch M, Zomer S, Lockwood G, Louzado C, Shaw Moxam R, Rahal R, et al. Experiences of adult cancer survivors in transitions. *Support Care Cancer*. 2019;27:2977-2986.
117. Breidenbach C, Heidkamp P, Hiltrop K, Pfaff H, Enders A, Ernstmann N, et al. Prevalence and determinants of anxiety and depression in long-term breast cancer survivors. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):101.
118. Adamkovič M, Fedáková D, Kentoš M, Bozogánová M, Havrillová D, Baník G, et al. Relationships between satisfaction with life, posttraumatic growth, coping strategies, and resilience in cancer survivors: A network analysis approach. *Psychooncology*. 2022;31(11):1913-1921.
119. Oppegaard K, Harris CS, Shin J, Paul SM, Cooper BA, Levine JD, et al. Anxiety profiles are associated with stress, resilience and symptom severity in outpatients receiving chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2021;29(12):7825-7836.
120. Üzar-Özçetin YS, Kovanci MS. “For Years I lived in a Cage. Now the Cage Is Open and I Am Just Learning to Fly.” Perspectives of Cancer Survivors on Psychological Resilience. *Cancer Nurs*. 2022;45(4):297-305.
121. Ludolph P, Kunzler AM, Stoffers-Winterling J, Helmreich I, Lieb K. Interventions to promote resilience in cancer patients. *Dtsch Arztebl Int*. 2019;116(51-52):865-872.
122. Pei-Hua W, Shang-Wen C, Huang W-T, Chang SC, Mei-Chi H. Effects of a psychoeducational intervention in patients with breast cancer undergoing chemotherapy. *J Nurs Res*. 2018;26(4):266-279.
123. Zhou K, Li J, Li X. Effects of cyclic adjustment training delivered via a mobile device on psychological resilience, depression, and anxiety in Chinese post-surgical breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat*. 2019;178:95-103.
124. Lin C, Diao Ye, Dong Z, Song J, Bao C. The effect of attention and interpretation therapy on psychological resilience, cancer-related fatigue, and negative emotions of patients after colon cancer surgery. *Ann Palliat Med*. 2020;9(5):3261-3270.
125. Mondanaro JF, Sara GA, Thachil R, Pranjić M, Rossetti A, Sim GE, et al. The effects of clinical music therapy on resiliency in adults undergoing infusion: a randomized, controlled trial. *J Pain Symptom Manage*. 2021;61(6):1099-1108.
126. Carr E, Rosengarten L. Teenagers and Young Adults with Cancer: An Exploration of Factors Contributing to Treatment Adherence. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2021;38(3):190-204.

127. Peddie N, Agnew S, Crawford M, Dixon D, MacPherson I, Fleming L. The impact of medication side effects on adherence and persistence to hormone therapy in breast cancer survivors: a qualitative systematic review and thematic synthesis. *Breast*. 2021;58:147-159.
128. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, 27910 [İnternet]. 2011[Erişim Tarihi: 20.10.2023]. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>
129. Zhang X, Sun D, Wang Z, Qin N. Triggers and Coping Strategies for Fear of Cancer Recurrence in Cancer Survivors: A Qualitative Study. *Curr Oncol*. 2022;29(12):9501-9510.
130. Antill Keener T. Childhood Cancer-related fatigue and day-to-day quality of life. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2019;36(2):74-85.
131. Schmidt ME, Bergbold S, Hermann S, Steindorf K. Knowledge, perceptions, and management of cancer-related fatigue: the patients' perspective. *Support Care Cancer*. 2021;29:2063-2071.
132. Al Maqbali M, Gracey J, Dunwoody L, Rankin J, Hacker E, Hughes C. Healthcare professionals knowledge on cancer-related fatigue: A cross-sectional survey in Oman. *Nurs Health Sci*. 2020;22(3):732-740.
133. Gorini A, Riva S, Marzorati C, Cropley M, Pravettoni G. Rumination in breast and lung cancer patients: Preliminary data on an Italian Sample. *Psychooncology*. 2017;27(2):703-705.
134. Kim H, Sefcik JS, Bradway C. Characteristics of qualitative descriptive studies: A systematic review. *Res Nurs Health*. 2017;40(1):23-42.
135. Kanser Savaşçıları Derneği. Hakkımızda [İnternet]. 2023 [Erişim Tarihi: 15.11.2023]. Erişim adresi: <https://www.kansersavascilari.org/tr/hakkimizda/biz-kimiz/>
136. Aurini JD, Heath M, Howells S. The how to of qualitative research. 2nd ed. United States: Sage Publications Ltd; 2021. Chapter 4, Taking a Step Back: How to Build Methodological and Ethical Integrity into your Research; p.210-217.
137. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 10th Ed. United States: Lippincott Williams & Wilkins. 2021. Chapter 14, Enhancing Rigor in Quantitative Research; p.280-302.
138. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-112.
139. Lincoln YS, Guba EG. But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. New directions for program evaluation. 2004;1986(30):73-84.
140. Hacettepe Onkoloji Hastanesi [İnternet]. 2023 [Erişim Tarihi: 17.10.2023]. Erişim adresi: https://www.hastane.hacettepe.edu.tr/hacettepe-onkoloji-hastanesi_49.html

141. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. United States: Lawrence Erlbaum Associates Inc; 2013. Chapter 1, The Concepts of Power Analysis; p.1-17.
142. Akın B, Koçoğlu D. Randomize kontrollü deneyler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017;4(1):73-92.
143. Alpar R. Spor Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik Güvenirlik. 4. baskı. Ankara: Detay Yayıncılık; 2020.
144. Haselden M. Üniversite öğrencilerinde travma sonrası büyümeyü yordayan çeşitli değişkenlerin Türk ve Amerikan kültürlerinde incelenmesi: Bir model önerisi [Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2014.
145. Okuyama T, Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Shima Y, Maruguchi M, et al. Development and validation of the cancer fatigue scale: a brief, three-dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2000;19(1):5-14.
146. Şahin S, Huri M, Aran OT, Uyanık M. Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the Turkish version of the Cancer Fatigue Scale in patients with breast cancer. Turk J Med Sci. 2018;48(1):124-130.
147. Kararımak Ö. Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. Psychiatry Res. 2010;179(3):350-356.
148. Concato J, Shah N, Horwitz RI. Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs. N Engl J Med. 2000;342(25):1887-1892.
149. Akkoyunlu S, Türkçapar MH. Bir teknik: Alternatif düşünce oluşturulması. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2013;2(1):53-59.
150. Altınay D. Psikodrama Grup Psikoterapisi 400 Isınma Oyunu ve Yardımcı Teknik. 12. Baskı. İstanbul: Epsilon Yayıncılık; 2016. Bölüm, Psikodramada Isınma Oyunları, p.68-266.
151. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve başa çıkma yolları. 24. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2008. Bölüm 3, Stresle Başa Çıkma Yolları, p.177-247.
152. Beyhan B. Kanser hastalarında yorgunluğa bağlı psikososyal sorunlar ve çözüm önerileri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2012;21(4):253-73.
153. Çam O, Engin E. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014. Bölüm 8, Ruh Sağlığı ve Hastalıklarının Temel Bir Kavramı: Stres; p.145-155.
154. Selvili Çarmıklı Z. Pembe fili düşünme. İstanbul: İnkılâp Kitabevi; 2018.
155. Hiçdurmaz D, Fatma O. Stresle başatmenin bir boyutu olarak spiritüalite. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;16(1):50-56.
156. Öz F, Hiçdurmaz D. Stresle başatmede önemli bir yol: mizahın kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010;13(1):83-8.

157. Kul A, Türk F. Kabul ve adanmışlık terapisi (ACT) üzerine bir derleme çalışması. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. 2020;16:3773-3805.
158. Waltz CF, Bausell BR. *Nursing research: design statistics and computer analysis*. 1st ed. Philadelphia: Davis Fa Co; 1981.
159. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Appl Nurs Res*. 1992;5(4):194-197.
160. Carroll M, Wiggins J. Grupla psikolojik danışmanın öğeleri kavramlar, ilkeler ve uygulamalar. Doğan S, editör. Ankara: Pegem Akademi. 2016. Bölüm 3, Grubu Başlatma ve Kuralları Belirleme, s.27-38.
161. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. *Using multivariate statistics*. 6th ed. Boston: Pearson Education; 2013. Chapter 6, Analysis of Covariance; p.197-245.
162. McKillup S. *Statistics explained: An introductory guide for life scientists*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. Chapter 19, Non-parametric statistics; p.298-300.
163. Mayers A. *Introduction to statistics and SPSS in psychology*. 1st ed. United Kingdom: Pearson; 2013. Chapter 16, Linear and multiple linear regression; p.406-413.
164. Fritz CO, Morris PE, Richler JJ. Effect size estimates: current use, calculations, and interpretation. *J Exp Psychol Gen*. 2012;141(1):2-18.
165. Hwang Y, Conley S, Redeker NS, Sanft T, Knobf MT. A qualitative study of sleep in young breast cancer survivors: "No longer able to sleep through the night". *J Cancer Surviv*. 2023:1-8.
166. Cuthbert CA, Farragher JF, Farrer CL, Cheung WY. Living with paradox: A qualitative study of colorectal cancer patients' experiences in managing their health after cancer treatment. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2021;30(3):e13416.
167. Ciria-Suarez L, Jiménez-Fonseca P, Palacín-Lois M, Antónanzas-Basa M, Fernández-Montes A, Manzano-Fernández A, et al. Breast cancer patient experiences through a journey map: A qualitative study. *PloS One*. 2021;16(9):e0257680.
168. Cheng H, Sit JW, Cheng KK. A qualitative insight into self-management experience among Chinese breast cancer survivors. *Psychooncology*. 2017;26(7):1044-1049.
169. Sun V, Bojorquez O, Grant M, Wendel CS, Weinstein R, Krouse RS. Cancer survivors' challenges with ostomy appliances and self-management: A qualitative analysis. *Support Care Cancer*. 2020;28:1551-1554.
170. Chan CW, Cheng H, Au SK, Leung KT, Li YC, Wong KH, et al. Living with chemotherapy-induced peripheral neuropathy: uncovering the symptom experience and self-management of neuropathic symptoms among cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs*. 2018;36:135-141.

171. Rees S. A qualitative exploration of the meaning of the term “survivor” to young women living with a history of breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2018;27(3):e12847.
172. Şengün İnan F, Üstün B. Fear of recurrence in Turkish breast cancer survivors: A qualitative study. *Journal of Transcultural Nursing*. 2019;30(2):146-153.
173. L'Hotta AJ, Shivakumar N, Lyons KD, Trebelhorn A, Manohar A, King AA. Perspectives of participation in daily life from cancer survivors: A qualitative analysis. *Arch Rehabil Res Clin Transl*. 2022;4(3):100212.
174. Moye J, Jahn A, Norris-Bell R, Herman LI, Gosian J, Naik AD. Making meaning of cancer: a qualitative analysis of oral-digestive cancer survivors' reflections. *J Health Psychol*. 2020;25(9):1222-1235.
175. Hatano Y, Mitsuki S, Hosokawa T, Fukui K. Japanese cancer survivors' awareness of and participation in support groups. *J Cancer Educ*. 2018;33:208-213.
176. Lashbrook MP, Valery PC, Knott V, Kirshbaum MN, Bernardes CM. Coping strategies used by breast, prostate, and colorectal cancer survivors: a literature review. *Cancer Nurs*. 2018;41(5):E23-E39.
177. Leow K, Lynch MF, Lee J. Social support, basic psychological needs, and social well-being among older cancer survivors. *Int J Aging Hum Dev*. 2021;92(1):100-114.
178. Ljungman L, Köhler M, Hovén E, Stålberg K, Mattsson E, Wikman A. “There should be some kind of checklist for the soul”—A qualitative interview study of support needs after end of treatment for gynecologic cancer in young women. *Eur J Oncol Nurs*. 2021;52:101927.
179. Shin DW, Shin J, Kim SY, Yang H-K, Cho J, Youm JH, et al. Family avoidance of communication about cancer: a dyadic examination. *Cancer Res Treat*. 2016;48(1):384-392.
180. Farzi S, Taleghani F, Yazdannik A, Esfahani MS. Communication culture in Cancer Nurs care: an ethnographic study. *Support Care Cancer*. 2022;30(1):615-23.
181. Oztas B, Ugurlu M, Kurt G. Fear of cancer recurrence and coping attitudes of breast cancer survivors. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2022;31(6):e13742.
182. Ziegler E, Hill J, Lieske B, Klein J, dem Ov, Kofahl C. Empowerment in cancer patients: does peer support make a difference? A systematic review. *Psychooncology*. 2022;31(5):683-704.
183. Tsuchiya M, Tazaki M, Fujita R, Kodama S, Takata Y. A mixed-method systematic review of unmet care and support needs among Japanese cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2023:1-14.
184. Burney S. Psychological issues in cancer survivorship. *Climacteric*. 2019;22(6):584-588.

185. Skirbekk H, Korsvold L, Finset A. To support and to be supported. A qualitative study of peer support centres in cancer care in Norway. *Patient Educ Couns*. 2018;101(4):711-6.
186. Moeller SB, Austin SF, Hvenegaard M, Kistrup M, Gran S, Watkins E. Rumination-focused cognitive behaviour therapy for non-responsive chronic depression: an uncontrolled group study. *Behav Cogn Psychother*. 2020;48(3):376-81.
187. Bagherzadeh R, Sohrabineghad R, Gharibi T, Mehboodi F, Vahedparast H. Effects of mindfulness-based stress reduction training on rumination in patients with breast cancer. *BMC Womens Health*. 2022;22(1):552.
188. Poort H, Peters M, Van Der Graaf W, Nieuwkerk P, Van de Wouw A, Nijhuis-van Der Sanden M, et al. Cognitive behavioral therapy or graded exercise therapy compared with usual care for severe fatigue in patients with advanced cancer during treatment: a randomized controlled trial. *Ann Oncol*. 2020;31(1):115-122.
189. Li P, Mao L, Hu M, Lu Z, Yuan X, Zhang Y, et al. Mindfulness on rumination in patients with depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(23):16101.
190. Blanke E, Schmidt M, Riediger M, Brose A. Thinking mindfully: How mindfulness relates to rumination and reflection in daily life. *Emotion*. 2020;20(8):1369-1381
191. Campbell TS, Labelle LE, Bacon SL, Faris P, Carlson LE. Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on attention, rumination and resting blood pressure in women with cancer: a waitlist-controlled study. *J Behav Med*. 2012;35:262-271.
192. Shao D, Zhang H, Cui N, Sun J, Li J, Cao F. The efficacy and mechanisms of a guided self-help intervention based on mindfulness in patients with breast cancer: A randomized controlled trial. *Cancer*. 2021;127(9):1377-1386.
193. Soleymani A, Arani AM, Raeissadat SA, Davazdahemami MH. Rumination-Focused cognitive-behavioral therapy for chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Galen Med*. 2020;9:e1722.
194. Cook L, Mostazir M, Watkins E. Reducing stress and preventing depression (RESPOND): Randomized controlled trial of web-based rumination-focused cognitive behavioral therapy for high-ruminating university students. *J Med Internet Res*. 2019;21(5):e11349.
195. Pyszora A, Budzyński J, Wójcik A, Prokop A, Krajnik M. Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2017;25:2899-2908.
196. Van der Gucht K, Ahmadoun S, Melis M, de Cloe E, Sleurs C, Radwan A, et al. Effects of a mindfulness-based intervention on cancer-related cognitive impairment: results of a randomized controlled functional magnetic resonance imaging pilot study. *Cancer*. 2020;126(18):4246-4255.

197. Zhang Q, Li F, Zhang H, Yu X, Cong Y. Effects of nurse-led home-based exercise & cognitive behavioral therapy on reducing cancer-related fatigue in patients with ovarian cancer during and after chemotherapy: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2018;78:52-60.
198. Liu Y-C, Hung T-T, Konara Mudiyansele SP, Wang C-J, Lin M-F. Beneficial Exercises for Cancer-Related Fatigue among Women with Breast Cancer: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Cancers*. 2022;15(1):151.
199. Lundt A, Jentschke E. Long-term changes of symptoms of anxiety, depression, and fatigue in cancer patients 6 months after the end of yoga therapy. *Integr Cancer Ther*. 2019;18:1534735418822096.
200. Zhang P, Mo L, Torres J, Huang X. Effects of cognitive behavioral therapy on psychological adjustment in Chinese pediatric cancer patients receiving chemotherapy: A randomized trial. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(27): e16319.
201. Naar R. Grup psikoterapisine ilk adım. Şahin NH, editör. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları, 2007.
202. Ursavaş Erol F, Karayurt Ö. Experience With A Support Group Intervention Offered to Breast Cancer Women. *J Breast Health*. 2017;13(2):54-61.
203. Adorno G, Lopez E, Burg MA, Loerzel V, Killian M, Dailey AB, et al. Positive aspects of having had cancer: A mixed-methods analysis of responses from the American Cancer Society Study of Cancer Survivors-II (SCS-II). *Psychooncology*. 2018;27(5):1412-1425.
204. Fauske L, Bondevik H, Bruland ØS, Ozakinci G. Negative and positive consequences of cancer treatment experienced by long-term osteosarcoma survivors: a qualitative study. *Anticancer Res*. 2015;35(11):6081-6090.
205. Benidir A, Levert M-J, Bilodeau K. The Role of Islamic Beliefs in Facilitating Acceptance of Cancer Diagnosis. *Curr Oncol*. 2023;30(9):7789-7801.
206. Pribadi DRA, Shih W-M, Wu G-H, Lin H-R. Perspectives of Indonesian Muslim patients with advanced lung cancer on good death: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs*. 2023;62:102251.
207. Thein K, Erim Y, Morawa E. Comparison of illness concepts and coping strategies among cancer patients of Turkish and German origin. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5580.
208. Vardar O, Serçekuş P. Experiences of Muslim women living with gynaecological cancer and family caregivers. *Int J Palliat Nurs*. 2023;29(5):225-234.
209. Beck JS. Bilişsel davranışçı terapi: Temelleri ve ötesi. Şahin M, editör. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2014.
210. Özer A. Ben Değeri Tiryakılığı. 17. Baskı. İstanbul: Galata Yayın Dağıtım; 2015.
211. Çelik G. Logoterapi: Temel bileşenleri ve terapi teknikleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2017;28(2):70-97.

212. Molina Y, Jean CY, Martinez-Gutierrez J, Reding KW, Joyce P, Rosenberg AR. Resilience among patients across the cancer continuum: diverse perspectives. *Clin J Oncol Nurs*. 2014;18(1):93-101.



8. EKLER

EK-1. Araştırmanın Birinci Aşaması İçin Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz:

☐ Kadın ☐ Erkek

3. Medeni durumunuz:

☐ Evli ☐ Bekâr

4. Eğitim durumunuz:

☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans/doktora

5. Çalışma Durumunuz:

☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

6. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü

7. Kanser tanınızı belirtiniz.....

8. İlk ne zaman tanı aldınız? (Yıl olarak belirtiniz)

9. Aktif tedavi süreciniz ne zaman tamamlandı? (Yıl olarak belirtiniz).....

10. Hastalık süresince metastaz oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

11. Hastalık süresince nüks oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

12. Tedavi sürecinde yanınızda sürekli destek olan biri oldu mu?

☐ Evet (Yakınlık derecesi)..... ☐ Hayır

EK-2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

..... Hanım/Bey, size şu anda içinde bulunduğunuz remisyon (iyileşme) döneminizde hastalığınıza veya beraberinde yaşadığınız sürece ilişkin istemsiz olarak aklınıza gelen, durdurmakta zorlandığınız (ruminatif) düşüncelerin neler olduğunu ve bu düşüncelerin hayatınıza olan etkilerini öğrenmek için bazı sorular soracağım. Ben soruları sorarken sizin verdiğiniz cevaplara herhangi bir yorumda/katkıda bulunmayacağım. Soracağım soruların doğru ya da yanlış bir yanıtı bulunmamaktadır. Çünkü burada öğrenmek istediğimiz şey sizin düşünceleriniz ve sizin deneyimleriniz. Bu sebeple kendinizi ne kadar çok açıklarsanız, sizi o kadar iyi anlamış oluruz. Sorularda anlamadığınız herhangi bir şey olduğunda çekinmeden sorabilirsiniz.

1. Şu anda hastalığınıza/beraberinde yaşadığınız sürece ilişkin aklınızdan geçenler (düşünceler) neler?

Sonda: Bunlardan en sık aklınıza gelenler neler?

Sonda: Ne zaman/hangi durumlarda geliyor?

Sonda: Ne sıklıkla geliyor?

Sonda: Ne kadar sürüyor?

Sonda: Sizde nasıl hisler yaratıyor? Bunlar aklınıza geldiğinde nasıl hissediyorsunuz?

Sonda: Böyle durumlarda ne yapıyorsunuz? Nasıl başa çıkıyorsunuz?

2. Hastalığınızın kontrol dönemlerinde hastalığınıza ilişkin sık sık aklınıza gelen ve psikolojik olarak sizi etkileyen düşünceler neler?

Sonda: Bunlardan en sık aklınıza gelenler neler?

Sonda: Ne zaman/hangi durumlarda geliyor?

Sonda: Ne sıklıkla geliyor?

Sonda: Ne kadar sürüyor?

Sonda: Sizde nasıl hisler yaratıyor? Bunlar aklınıza geldiğinde nasıl hissediyorsunuz?

Sonda: Böyle durumlarda ne yapıyorsunuz? Nasıl başa çıkıyorsunuz?

3. Günlük yaşantınızda (iş, sosyal, aile hayatınızı) hastalığınızla ve beraberindeki süreçle ilgili sık sık aklınıza gelen ve psikolojik olarak sizi etkileyen düşünceler neler?

Sonda: Sizde nasıl hisler yaratıyor? Bunlar aklınıza geldiğinde nasıl hissediyorsunuz?

Sonda: Ne zaman/hangi durumlarda geliyor?

Sonda: Sıklıkta geliyor?

Sonda: Ne kadar sürüyor?

Sonda: Bu düşünceler günlük yaşantınızı nasıl etkiliyor?

Sonda: Bu düşünceler diğer insanlarla olan etkileşimini nasıl etkiliyor?

Sonda: Böyle durumlarda ne yapıyorsunuz? Nasıl başa çıkıyorsunuz?

4. Şu anda/yakın zamanda hastalıkla ilgili herhangi bir hatırlatıcı yokken birdenbire aklınıza hastalığınız ve beraberindeki sürece ilişkin tekrarlayıcı/sık sık ortaya çıkan düşünceler geldi mi?

Sonda: Bu düşünceler nelerdi?

Sonda: Bu düşüncelerle nasıl baş ettiniz?

5. Hastalık deneyiminize ilişkin sizi oldukça etkileyen ve sık sık bu konu hakkında düşünmenize neden olan bir anınızı anlatır mısınız?

Sonda: Bu olay sırasında aklınızdan neler geçti?

Sonda: Bu olaylar sırasında düşünceler ne sıklıkta geldi?

Sonda: Ne kadar sürdü?

Sonda: Bu düşünceler aklınızdan geçerken nasıl hissettiniz?

Sonda: Böyle durumlarda ne yapıyorsunuz? Nasıl başa çıkıyorsunuz?

6. Hastalık süreci boyunca bakış açınızı değiştiren/daha farklı bir yönden bakmanızı sağlayan aklınıza gelen düşünceler nelerdir?

Sonda: Bu düşüncelerin varlığı yaşamınızı nasıl etkiliyor?

Sonda: Hayatınıza yansımaları neler?

Sonda: Sizde nasıl hisler yaratıyor? Bunlar aklınıza geldiğinde nasıl hissediyorsunuz?

Sonda: Ne zaman/hangi durumlarda geliyor?

Sonda: Ne sıklıkta geliyor?

Sonda: Ne kadar sürüyor?

7. Hastalığınızla ilgili sık sık aklınıza gelen ve sizi rahatsız eden düşüncelerinizle baş etmede ihtiyacınız olan desteği nasıl tariflersiniz?

Sonda: Hangi konularda destek gereksiniminiz var?

Sonda: Bu destek nasıl verilmeli?

Sonda: Nasıl bir destek sağlanırsa bundan yarar göreceğinize inanıyorsunuz?

Sonda: Bu destek kim tarafından sağlanmalı?



EK-3. Derneklere Gönderilen Mail Örneği

Hacettepe Üniversitesi Doktora Tez Çalışması İzni Hk.



Sinem Öcalan

Kime: k

1.12.2021 Çar 20:18

Kanserle Dans Derneği izin di...
15 KB

Ek 1.Çalışmanın Etik Kurul Ra...
108 KB

Ek 2.Çalışma Protokolü ve Ku...
43 KB

3 ek (166 KB)  Tümünü OneDrive'a kaydet  Tümünü indir

Kanserle Dans Derneği Yönetim Kurulu'na

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda, doktora öğrencisiyim, aynı zamanda aynı anabilim dalında araştırma görevlisi olarak çalışmaktaym. Doç. Dr. Y. Sinem Üzar Özçetin'in danışmanlığında **"Remisyon Dönemi Kansere Hastalarına Uygulanacak Güçlendirme Programının Ruminatif Düşüncelere Etkisi"** isimli doktora tez çalışması yürütmekteyim. Çalışmanın ilk aşaması için etik kurul izni Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Etik Kurulu'ndan alınmış olup, COVID-19 pandemisi dolayısıyla hastanelerde uygulanamaması nedeniyle derneğinize başvurmuş bulunmaktaym. Bu anlamda derneğiniz aracılığıyla iyileşme (remisyon) döneminde olan hastalarla zoom/skype gibi online platformlarla bireysel olarak görüşerek araştırmama yönelik sorular sormayı planlıyorum.

Çalışmaya ilişkin dilekçe, etik kurul onayı, çalışma protokolü ve kullanılması planlanan ölçüm gereçleri eklerde yer almaktadır.

Saygılarımla...

Arş. Gör. Sinem ÖCALAN
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği A.D.
Hacettepe University Faculty of Nursing
Psychiatric Nursing Department
06100 Sıhhiye/ANKARA

EK-4. Kanser Savaşçıları Derneği İzin Yazısı

Hacettepe Üniversitesi Doktora Tez Çalışması İzni Hk.

KS

K:

Kime: Siz

Merhaba Sinem Hanım,

Gruplarımızda duyurabilirsiniz. İyi hafta sonları...

Sevgiler,



Sinem ocalan

6 Ara 2021 Pzt, 12:38 tarihinde şunu yazdı:

Kanser Savaşçıları Derneği Yönetim Kurulu'na

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda, doktora öğrencisiyim, aynı zamanda aynı anabilim dalında araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Doç. Dr. Y. Sinem Üzar Özçetin'in danışmanlığında "**Remisyon Dönemi Kanser Hastalarına Uygulanacak Güçlendirme Programının Ruminatif Düşüncelere Etkisi**" isimli doktora tez çalışması yürütmekteyim. Çalışmanın ilk aşaması için etik kurul izni Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Etik Kurulu'ndan alınmış olup, COVID-19 pandemisi dolayısıyla hastanelerde uygulanamaması nedeniyle derneğimize başvurmuş bulunmaktayım. Bu anlamda derneğiniz aracılığıyla iyileşme (remisyon) döneminde olan hastalarla zoom/skype gibi online platformlarla bireysel olarak görüşerek araştırmama yönelik sorular sormayı planlıyorum.

Çalışmaya ilişkin dilekçe, etik kurul onayı, çalışma protokolü ve kullanılması planlanan ölçüm gereçleri ekte yer almaktadır. Saygılarımla...

10.12.2021 Cum 12:08

EK-5. Kanser Savaşçıları Derneğinin Facebook Sayfalarında Yapılan Paylaşım Örneği



Sinem Öcalan ▶

Akciğer Kanseri- Kanser Savaşçıları Derneği

3 Ocak 2022 · 🌐

Merhaba Sevgili Savaşçılar,

Doktora tezimin ilk aşaması için hocam Doç. Dr. Sinem Üzar Özçetin ile birlikte **iyileşme döneminde olan (aktif olarak kemoterapi ve radyoterapi almayan, kontrol döneminde olan) savaşçılarımızı** bir çalışmaya davet etmek istiyoruz. Konusu aklınıza gelen, kontrol etmekte zorlandığınız ya da bile isteye düşündüğünüz düşünceleri ve bu düşüncelerin sürecinize etkilerini değerlendirmek. **Bunun için benimle bir kereliğine olacak şekilde görüşme yapmanızı istiyorum.** Bu görüşme sizlerin kendinizi rahatça ifade edebileceği **bire bir online/internet üzerinden** ile olacak. Bu görüşme sırasında size bazı sorular yönlendirip sizin değerli deneyimlerinizi paylaşmanız için sizi dinliyor olacağım. Bu görüşme hem sizler için kendinizi ifade etme fırsatı sunmakta hem de bireysel deneyimlerinizin daha yakından anlaşılmasını sağlayarak tezimin ikinci aşaması için uygun psikososyal müdahalelerin planlanmasına olanak tanıyacaktır. Görüşme sırasında ilettiğiniz değerli bilgileri bilimsel amaçlı olarak değerlendirebilmek için **sadece sesinizi kayıt altına alacağım ve bu kayıt kesinlikle 3. şahıslarla paylaşılmayacak.** Bu sebeple çalışmaya katılmanız bizim için çok anlamlı ve kıymetli. Lütfen çalışmaya dair herhangi bir çekinceniz varsa soru sormaya çekinmeyin.

<https://docs.google.com/.../1FAIpQLSe0iDZg.../viewform> ✓

Sevgi ve saygılarımla... 🌸🙏😊

**EK-6. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul
İzin Yazısı**



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

Sayı : 16969557 - 2061

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 02 KASIM 2021 SALI
Toplantı No : 2021/18
Proje No : GO 21/1205 (Değerlendirme Tarihi: 02.11.2021)
Karar No : 2021/18-25

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Doç. Dr. Yeter Sinem Üzar ÖZÇETİN'in sorumlu araştırmacı olduğu, Arş. Gör. Sinem ÖCALAN'ın doktora tezi olan, GO 21/1205 kayıt numaralı "**Remisyon Dönemi Kanser Hastalarına Uygulanacak Güçlendirme Programının Ruminatif Düşüncelere Etkisi**" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, araştırmanın nitel araştırma yöntemlerinin kullanıldığı 1. Aşaması 20 Aralık 2021-20 Aralık 2022 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışmanın geliştirilen güçlendirme programının uygulandığı ve etkisinin değerlendirildiği 2. Aşama için Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmalıdır. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Başkan)	İZİNLİ	8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK	(Üye)
2. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Üye)	İZİNLİ	9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	(Üye)
3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)		10. Doç. Dr. Tolga YILDIRIM	(Üye)
4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)		11. Doç. Dr. Merve BATUK	(Üye)
5. Prof. Dr. Sibel PEHLİVAN	(Üye)		12. Doç. Dr. Gülten KOÇ	(Üye)
6. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	(Üye)		13. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
7. Doç. Dr. Nüket Paksoy	AR	İZİNLİ	14. Av. Serap MORALIOĞLU	(Üye)

**EK-7. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul
İsim Değişikliği İzin Yazısı**



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

Sayı : 16969557 - 361

Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 15 ŞUBAT 2022 SALI
Toplantı No : 2022/03
Proje No : GO 21/1205(Onay Tarihi: 02.11.2021)
Karar No : 2022/03-03

Kurulumuzun 02.11.2021 tarihli toplantısında GO 21/1205 kayıt numarası ile onaylanmış olan, Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Doç. Dr. Yeter Sinem Üzar ÖZÇETİN'in sorumlu araştırmacı olduğu, Arş. Gör. Sinem ÖCALAN'ın doktora tezi olan, GO 21/1205 kayıt numaralı "**Remisyon Dönemi Kanser Hastalarına Uygulanacak Güçlendirme Programının Ruminatif Düşüncelere Etkisi**" başlıklı projenin 1. aşaması için vermiş olduğunuz 12.01.2022 tarihli başlık değişikliği dilekçesi talebi Kurulumuzun 15.02.2022 tarihli toplantısında görüşülmüş ve **uygun bulunmuştur**. Çalışmanın başlığı "**Remisyon Dönemindeki Kanser Hastalarına Uygulanan Güçlendirme Programının Ruminatif Düşüncelere, Yorgunluğa ve Psikolojik Sağlamlığa Etkisi**" olarak değiştirilmiş ve kayıtlarımıza eklenmiştir. Çalışmanın geliştirilen güçlendirme programının uygulandığı ve etkisinin değerlendirildiği 2. Aşama için Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmalıdır. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Başkan)	8. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	(Üye)
2. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	9. Doç. Dr. Tolga YILDIRIM	(Üye)
3. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)	10. Doç. Dr. Merve BATUK	
4. Prof. Dr. Sibel PEHLİVAN	(Üye)	İZİMLİ	
5. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	(Üye)	11. Doç. Dr. Gülten KOÇ	(Üye)
6. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAĞDAR	(Üye)	12. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	
7. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK		13. Av. Buket ÇINAR	(Üye)

EK-8. Araştırmanın İkinci Aşaması İçin Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz:

☐ Kadın ☐ Erkek

3. Medeni durumunuz:

☐ Evli ☐ Bekâr

4. Eğitim durumunuz:

☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans/doktora

5. Çalışma Durumunuz:

☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

6. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü

7. Kanser tanınızı belirtiniz.....

8. İlk ne zaman tanı aldınız? (Yıl olarak belirtiniz)

9. Aktif tedavi süreciniz ne zaman tamamlandı? (Yıl olarak belirtiniz).....

10. Hastalık süresince metastaz oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

11. Hastalık süresince nüks oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

12. Tedavi sürecinde yanınızda sürekli destek olan biri oldu mu?

☐ Evet (Yakınlık derecesi)..... ☐ Hayır

EK-9. Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri (OİRE)

Bilgi Formunda belirttiğimize benzer bir yaşantıdan (kanser deneyimi) sonra, her zaman olmasa da, bazen insanlar, bu deneyim (kanser) hakkında düşünmeye çalışmamalarına rağmen kendilerini onunla ilgili düşünceler içinde bulurlar. Aşağıda yer alan maddeleri olayın hemen ardındaki haftalarda ne sıklıkla yaşadığınızı belirtin.

0 Hiç olmadı /Hiç / Asla	1 Nadiren	2 Bazen	3 Sık sık / Sıklıkla	
1. İstemediğim hâlde olayı düşündüm	0	1	2	3
2. Olayla ilgili düşünceler aklıma geldi ve onlar hakkında düşünmeden duramadım.	0	1	2	3
3. Olayla ilgili düşünceler dikkatimi dağıttı ya da beni odaklanmaktan alıkoydu.	0	1	2	3
4. Olayla ilgili görüntü ya da düşüncelerin zihnime girmesine engel olamadım.	0	1	2	3
5. Olaya ait düşünceler, anılar ya da görüntüler istemesem de aklıma geldi.	0	1	2	3
6. Olayla ilgili düşünceler deneyimimi yeniden yaşamama neden oldu	0	1	2	3
7. Olayı hatırlatan şeyler, yaşadığım deneyimimle ilgili düşünceleri geri getirdi.	0	1	2	3
8. Kendimi otomatik olarak ne olmuş olduğu ile ilgili düşünürken buldum.	0	1	2	3
9. Diğer şeyler beni, yaşadığım deneyimle ilgili düşünmeye yönlendirip durdu.	0	1	2	3
10. Olayla ilgili düşünmemeye çalıştım ama düşünceleri aklımdan çıkaramadım.	0	1	2	3

Belirttiðinize benzer bir yaşantıdan (kanser deneyimi) sonra, her zaman olmasa da, bazen insanlar, özellikle ve kasıtlı olarak bu deneyim (kanser deneyimi) hakkında düşünerek vakit geçirirler. Aşağıda yer alan maddeler için, olayın (kanser deneyiminin) hemen ardındaki haftalarda eğer olduysa ne sıklıkla, belirtilen konular ile ilgili olarak düşünmek için özellikle vakit geçirdiðinizi belirtin.

0 1 2 3
Hiç olmadı / Hiç / Asla Nadiren Bazen Sık sık / Sıklıkla

1. Yaşadığım deneyimden anlam bulup bulamayacağım ile ilgili düşündüm.	0	1	2	3
2. Yaşamımdaki değişikliklerin deneyimimle uğraşmaktan kaynaklanıp kaynaklanmadığını düşündüm.	0	1	2	3
3. Kendimi, yaşadığım deneyimle ilgili duygularım hakkında düşünmeye zorladım.	0	1	2	3
4. Yaşadığım deneyimin sonucunda birşey öğrenip öğrenmediğim ile ilgili düşündüm.	0	1	2	3
5. Bu deneyimin dünya ile ilgili inançlarımı değiştirip değiştirmedikleri hakkında düşündüm	0	1	2	3
6. Bu deneyimin geleceğim için ne anlama gelebileceği hakkında düşündüm.	0	1	2	3
7. Diğerleri ile olan ilişkilerimin, yaşadığım deneyimin ardından değişip değişmediği hakkında düşündüm.	0	1	2	3
8. Kendimi olayla ilgili duygularımla baş etmeye zorladım.	0	1	2	3
9. Olayın beni nasıl etkilemiş olduğu hakkında özellikle düşündüm.	0	1	2	3
10. Olay hakkında düşündüm ve ne olduğunu anlamaya çalıştım.	0	1	2	3

EK-10. Kanser Yorgunluk Skalası (KYS)

Şu anda...	Hayır	Biraz	Oldukça	Epeyce	Çok fazla
1. Kendinizi kolayca yorgun hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
2. Uzanarak dinlenmek için bir arzunuz var mı?	1	2	3	4	5
3. Kendinizi yorgun hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4. Dikkatsiz olduğunuzu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
5. Enerjik hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
6. Vücudunuzu ağır ve yorgun hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
7. Konuşurken sık hata yaptığınızı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
8. Herhangi bir şeyle ilgili olduğunuzu-meşgul olduğunuzu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
9. Kendinizi bıkkın hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
10. Unutkan olduğunuzu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
11. Belirli şeylere konsantre olabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
12. Kendinizi isteksiz hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
13. Düşünme yetinizin zayıfladığını hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
14. Kendinizi bir şeyler yapmak için cesaretlendiriyor musunuz?	1	2	3	4	5
15. Kendi kendinize ne yaptığınızı bilemediğiniz de bir bitkinlik hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5

EK-11. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CDPSÖ)

Lütfen aşağıdaki ifadelerin geçtiğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirgin bir şey olmadıysa, ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız.

Hiç doğru değil 0	Nadiren doğru 1	Bazen doğru 2	Sıklıkla doğru 3	Her zaman doğru 4
----------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------	----------------------------

1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.	0	1	2	3	4
2. Stres olduğunda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve güvenebileceğim ilişkim var.	0	1	2	3	4
3. Sorunlarım açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı/kader yardım edebilir.	0	1	2	3	4
4. Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim.	0	1	2	3	4
5. Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.	0	1	2	3	4
6. Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.	0	1	2	3	4
7. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirir.	0	1	2	3	4
8. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim	0	1	2	3	4
9. İyi ya da kötü, her şeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
10. Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım.	0	1	2	3	4
11. Engeller olsa da, hedeflerime ulaşacağıma inanırım.	0	1	2	3	4
12. Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem.	0	1	2	3	4
13. Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim.	0	1	2	3	4
14. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.	0	1	2	3	4
15. Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim için başına geçmeyi tercih ederim.	0	1	2	3	4
16. Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem.	0	1	2	3	4
17. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.	0	1	2	3	4
18. Gerekğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları alabilirim.	0	1	2	3	4
19. Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla başedebilirim.	0	1	2	3	4
20. Yaşamdaki sorunlarla başederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir.	0	1	2	3	4
21. Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim.	0	1	2	3	4
22. Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4
23. Zoru severim.	0	1	2	3	4
24. Önüme ne engel çıkarsa çıksın, hedeflerime ulaşmaya çalışırım.	0	1	2	3	4
25. Başarılarımın gurur duyuyorum.	0	1	2	3	4

EK-12. Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri (OİRE) İzin Yazısı

← Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri İzni Ricası

3 3 3



Manolya Çalışır

Kime: Siz

3.12.2021 Cum 11:55

Sinem hanım merhaba,

Öncelikle e-postanız için teşekkürler. Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri'ni tez çalışmanız kapsamında kullanmanız uygundur. Ölçeğin Türkçe uyarlanmış versiyonu, yönergesi, puanlaması ve orijinal çalışmayı ekte bulabilirsiniz. Referans olarak doktora tez çalışmamın künyesini kullanabilirsiniz. Rica etsem kendi çalışmanızın konusunu/başlığını da benimle paylaşabilir misiniz?

Şimdiden başarılar dilerim,

--

Manolya Çalışır

Asst. Professor of Psychology
Cyprus International University
Faculty of Arts and Sciences
99058 Haspolat/Nicosia,
TRNC



Sinem Öcalan

Kime: i

1.12.2021 Çar 13:22

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Manolya Çalışır,

Ben Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalında araştırma görevlisiyim. Doç. Dr. Y. Sinem Üzar Özçetin danışmanlığında doktora tezimde kullanmak üzere sizin doktora tezinizin bir parçası olan geçerlilik güvenirliğini yaptığınız "Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri" oldukça ilgi ve dikkatimizi çekti. Literatüre yapmış olduğunuz bu kıymetli katkı için teşekkür ederiz. Tezimde sizin de izniniz olursa envanterinizi kullanmak istiyoruz. Göstermiş olduğunuz ilgiye ve değerli katkılarınıza şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Arş. Gör. Sinem ÖCALAN

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği A.D.
Hacettepe University Faculty of Nursing

EK-13. Kanser Yorgunluk Skalası (KYS) İzin Yazısı

Kanser Yorgunluk Ölçeği Kullanım İznı Rıcası

Sedef Sahin  Kime: Siz      20.12.2021 Pzt 18:38

 KANSER yorgunluk skalası.doc
34 KB

Tekrar merhaba,
Çalışmanızda yayınızı kaynak göstermeyi unutmadan kullanmanız bizi memnun eder. Ölçeği ekte gönderiyorum. Skorlaması ile ilgili tüm detaylar makalede yer almaktadır. Başka bir sorunuz olursa da memnuniyetle cevaplamak isteriz.
İyi çalışmalar

Doç. Dr. Sedef ŞAHİN ,PT, Assoc.Prof.

Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ergoterapi Bölümü



Sinem Öcalan  Kime: Sedef Sahin      20.12.2021 Pzt 18:17

Merhaba Sedef Hocaım,
Mailde sanırım bir aksaklık olmuş. Bana ulaşmadığı için size tekrar mail attım. Rica etsem attığınız maili tekrar gönderebilir misiniz?
Saygılarımla...

[Android için Outlook'u edinin](#)



Sedef Sahin  Kime: Siz      20.12.2021 Pzt 17:49

Mailde sanırım bir aksaklık olmuş. Bana ulaşmadığı için size tekrar mail attım. Rica etsem attığınız maili tekrar gönderebilir misiniz?
Saygılarımla...

[Android için Outlook'u edinin](#)



Sedef Sahin <sedefkarayazgan88@hotmail.com>  Kime: Siz      20.12.2021 Pzt 17:49

Merhaba ,
Deha öncede aynı mailiz tarafıma ulaşmış ve ben de ölçeği ekleyerek için verdiğimiz beyan etmiştim. Tekrar neden aynı maili gönderdiniz acaba bir aksaklık mı olmuştu?

Doç.Dr. Sedef Sahin ,PT, Assoc. Prof.
Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ergoterapi Bölümü



Sinem Öcalan  Kime: S      20.12.2021 Pzt 13:08

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sedef Şahin,

Ben Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalında araştırma görevlisim. Doç. Dr. Y. Sinem Üzar Ölçeğin dengemenliğinde doktora tezimde kullanmak üzere yayınlamış olduğunuz "Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the Turkish version of the Cancer Fatigue Scale in patients with breast cancer" isimli çalışmanızda geçerlilik güvenilirliğini yaptığınız Kanser Yorgunluk Ölçeği ilgi ve dikkatimizi çekti. Literatüre yapmış olduğunuz bu kıymetli katkı için teşekkür ederiz. Doktora tezimde ölçeği kullanmak için izninizte başvurmak istiyoruz. Göstermiş olduğunuz ilgi ve değerli katkılarınıza şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Arş. Gör. Sinem ÖCALAN
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği A.D.
Hacettepe University Faculty of Nursing
Psychiatric Nursing Department
06100 Sıhhiye/ANKARA

EK-14. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CDPSÖ) İzin Yazısı

←

Connor–Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği İzni Ricası

1 ✓

ÖK

Özlem KARAIMAK <

Kime: Siz

5.01.2022 Çar 16:58

cd_risc_tr.pdf

120 KB

Merhaba Sinem Hanım, Ekte ölçeği bulabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Özlem Karırmak
Bahçeşehir Üniversitesi / Bahçeşehir University
Eğitim Bilimleri Fakültesi / Faculty of Educational Sciences
PDR Anabilim Dalı / Counseling Division
Doktora Program Koordinatörü / PHD Program Coordinator

...

Yanıtla

Tümünü yanıtla

İlet

Sinem Öcalan

Kime: Özlem KARAIMAK

5.01.2022 Çar 13:15

Sayın Prof. Dr. Özlem Karırmak,

Ben Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalında araştırma görevlisiyim. Doç. Dr. Y. Sinem Özar Özçetin danışmanlığında doktora tez çalışmamda kullanmak üzere geçerlilik güvenirliğini yaptığınız "Connor–Davidson Resilience Scale" oldukça ilgi ve dikkatimizi çekti. Literatüre yapmış olduğunuz bu kıymetli katkı için teşekkür ederiz. Doktora tezimde ruminatif düşünce ve yorgunlukla birlikte izniniz olursa envanterinizi kullanmak istiyoruz. Göstermiş olduğunuz ilgiye ve değerli katkılarınıza şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla...

EK-15. Güçlendirme Programının İçeriği Uygulama ve İşleyiş Hakkında:

Remisyon Dönemindeki Kanser Hastalarına Uygulanan Güçlendirme Programının Ruminatif Düşüncelere, Yorgunluğa ve Psikolojik Sağlamlığa Etkisi isimli doktora tez çalışması isimli doktora tez çalışmasında remisyon dönemindeki kanserli bireylere uygulanacak güçlendirme programının ruminatif düşünceleri, yorgunlukları ve psikolojik sağlamlıkları üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla ön test, son test ve izlem desenli deneysel araştırma yapılacaktır. Programın uygulanabilmesi için gereken öneriler ve planlama aşağıda yer almaktadır:

- Uygulamanın çevrimiçi Zoom platformu ile yapılması planlanmaktadır. Bunun için her bireyin mahremiyetini korumak amacıyla yalnız olabileceği, sessiz, aydınlık ve havalandırılmış ferah bir fiziki ortama ve bilgisayar, kulaklık, mikrofon, internet bağlantısı gibi teknolojik unsurlara gereksinim vardır.
- Güçlendirme programı haftada bir oturum olmak üzere toplamda 10 oturum olarak planlanmıştır. Her bir oturumun uygulama süresi ilgili literatür incelemesi sonucu ortalama 90 dakika olarak planlanmaktadır.
- Programda her bir oturum için amaçlar ve hedefler oluşturulmuştur. Bu amaçlar ve hedefler katılımcılarla her oturum öncesinde paylaşılacaktır.
- Güçlendirme programında her oturum, bir önceki oturumun içeriğinin kısa bir özetleme yapılmasından başlayarak, konularla ya da ödevlerle ilgili soru ve merak edilenler, mevcut oturumun amaçları, hedefleri, yeni içerik ve özetleme ile biten dört bölümden oluşmaktadır.

1. Oturum: Tanışma ve Oryantasyon

Amaç:

Grup üyelerinin;

- Programın genel amaçları, içeriği ve işleyişi hakkında bilgilenmesi, grup kurallarının belirlenmesi ve grup üyelerinin birbirleri ile etkileşime girmeleri amaçlanmaktadır.

Hedef Davranışlar:

Grup üyeleri;

- Programın süresini, sıklığını ve amacını ifade edecek,
- Program sürecinde kendine ve gruba yönelik sorumluluklarını açıklayacak

- Programda olma amacı ve hedefini belirtecek

Araçlar: -

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Grup üyeleri kameralarını ve mikrofonlarını açarak oturuma katılır.
- Grup lideri kendisini tanıtır.
- Grup lideri tarafından grubun oluşturulma amacı, süreci ve içeriği hakkında üyelere bilgi verilir.
- Grup üyelerinin birbiriyle tanışmaları için aşağıda açıklanan ısınma oyununa geçilir:

Oyun her grup üyesinin kendi isminin baş harfı ile başlayan, kendilerine ait olumlu bir özellik yükleyen bir sıfatla birlikte ismini söylemesi istenir. Örneğin “*Merhaba ben Adaletli Ayten*” gibi. Sonra sırasıyla gönüllü olan bir kişiden devam edilerek hem kendinden öncekilerin sıfatını ve isimlerini, hem de kendi sıfatı ve adını söyleyerek etkinlik devam eder. “*Adaletli Ayten, Becerikli Burak*” gibi. Bu ısınma ve tanışma etkinliğinde kendine sıfat bulmakta zorlanan bireylere grup lideri yardımcı olur.

- Üyeler ile birlikte grubun ilkeleri ve grupta uyulması gereken kurallar belirlenir. Gizlilik, gönüllülük, eşit konuşma süresi, gruba devam, dinleme ve zamanında katılma gibi temel kuralların üzerinde durularak kurallar oluşturulur.
- Gruba aidiyetin sağlanması için grup üyelerinden gruba ait bir isim ve bir simge belirlenmesi istenir.
- Grup lideri bireylerin burada olma amacını ve hedeflerini birkaç cümle ile ifade etmesini ister. Grup lideri hedef belirlemede kritik durumları üyelere açıklar ve bir kâğıda üç önemli soruyu yazmalarını ister:

- Hedeflerim kendimi değiştirmek üzere mi?
- Hedeflerim benim elimde olabilecek şeyler mi?
- Hedeflerim ne kadar gerçekçi?

Bu üç soru doğrultusunda bir sonraki oturuma kadar hedeflerini değerlendirmeleri ve tekrar yazmaları için ev ödevi olarak üyelere verilir. Sorular grup oturumunun bitmesinin ardından online olarak gönderilir.

- Yapılacak grup oturumlarının gün ve saatleri üyelerle birlikte belirlenir.
- Oturum özetlenir.
- Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
- Bir sonraki oturum konusu hakkında kısaca bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

Oturum içeriğinde kullanılan kaynaklar: (150, 201)

2. Oturum: Kanser Deneyimi ve Etkileri

Amaç:

Grup üyelerinin;

- Kanser hastalığına ilişkin deneyimlerini, düşüncelerini, bu düşüncelerin ortaya çıkarttığı duyguları ve hastalığın gündelik hayatlarını nasıl etkilediğini paylaşmaları amaçlanmaktadır.

Hedef Davranışlar:

Grup üyeleri;

- Kanser hastalığına ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade edecek
- Hastalığa ilişkin düşüncelerin sıklığını belirtecek
- Hastalığa ilişkin düşüncelerin gündelik hayatlarını nasıl etkilediğini ifade edecek

Araçlar: -

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Grup üyeleri kameralarını ve mikrofonlarını açarak oturuma katılır.
- Bir önceki oturumun grup üyeleri tarafından özetlenmesi istenir. Soruları olup olmadığı sorulur.
- Önceki oturumda verilen hedeflerini değerlendirme ve yeniden yazma ödevleri hakkında tartışılır. Ödevi uygulamada anlaşılmayan, aksayan yönlerin olup olmadığı sorgulanır.
- Oturum gündemi hatırlatılır.
- Grup üyeleriyle deneyimi hikayeleştirme çalışmasına geçilir:
Üyelerin kanser deneyimleriyle ilgili akıllarına gelen ilk durumu hatırlamaları ve bunu sanki bir hikâye gibi grup üyelerine anlatmaları istenir. Bu yaşanan deneyimin kendisinde bıraktığı etkilerden söz etmesi beklenir. Ardından gönüllü

olan grup üyelerinin bu hikâyeden kendi etkilenimlerini ifade etmesi için zaman tanınır.

➤ Kanser deneyimlerine ait düşüncelerini ve bu düşüncelerin yol açtığı duygu ve davranışları öğrenmek üzere grup lideri üyelere şu soruları sorar:

- Hastalığınızı nasıl öğrendiniz?
- Hastalığınızı duyduğunuzda aklınızdan neler geçti?
- Hastalığınızı duyduğunuzda neler hissettiniz?
- Hastalığınızı duyduğunuzda aklınızdan geçen düşünceler ne sıklıkla zihninizi meşgul etti?
- Hastalığınızın tedavi sürecinde aklınızdan hangi düşünceler geçti?
- Hastalığınızın tedavi sürecinde aklınızdan geçen düşünceler ne sıklıkla zihninizi meşgul etti?
- Hastalık sürecinde aklınızdan geçen düşünceler gündelik hayatınızı nasıl etkiledi?
- Şu anda (iyileşme/remisyon döneminde) sizi etkileyen düşünceler neler?
- Şu anda (iyileşme/remisyon döneminde) aklınızdan geçen düşünceler size neler hissettiriyor?
- Hastalığınızın kontrol günlerinde aklınızdan geçen düşünceler neler?
- Hastalık deneyiminizden sonra bakış açınızı değiştiren/daha farklı bir perspektiften bakmanızı sağlayan aklınıza gelen düşünceler neler?

➤ Işık hüzmesi tekniğine geçiş yapılır.

Katılımcılara rahat bir pozisyona geçmeleri söylenir. Burunlarından nefes alıp ağızlarından vererek yavaşça gözlerini kapatmaları istenir. Birkaç dakika sadece nefeslerine odaklanmaları belirtilir. Ardından “*Tam başınızın tepesinden başlayan bir ışık hüzmesi hayal edin. Bu ışık sizin sevdiğiniz renkte, parlak, sıcak ve pozitif enerji yayıyor. Öncelikle zihninizin bu ışıkla dolduğunu ve her tarafı aydınlatıldığını hissedin. Işığın geldiği her yer gevşiyor ve şifalanıyor. Tüm negatif enerjiler ışık değdikçe yok oluyor. Rahatladığınızı ve gerginliğinizin geçtiğini fark edin.*” şeklinde yönerge verilerek tüm vücutta ışığın gezmesi sağlanır. Uygulamayı sonlandırırken yavaşça etraftaki seslere odaklanmaları istenir ve oturumda oldukları hatırlatılarak gözlerini açmaları için süre verilir.

- Oturumun grup üyeleri tarafından özetlenmesi istenir. Eksik kalan bir yer varsa eklenir.
- Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
- Bir sonraki oturum konusunda kısaca bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

Oturum içeriğinde kullanılan kaynaklar: (81, 150, 201)

3. Oturum: Olay-Düşünce-Duygu-Davranış

Amaç:

Grup üyelerinin;

- Olay, düşünce, duygu ve davranış döngüsü arasındaki ilişkiyi ve işlevsel olmayan düşüncelerini fark etmesi amaçlanmaktadır.

Hedef Davranışlar:

Grup üyeleri;

- Olay, düşünce, duygu ve davranış döngüsünün birbirini nasıl etkilediğini belirtecek
- İşlevsel olmayan düşünceleri ile ilgili en az bir örnek verecek

Araçlar: İşlevsel olmayan otomatik düşünceleri yakalama formu (Bkz. EK-16)

İşlevsel olmayan otomatik düşünceleri sorgulama formu (Bkz. EK-17)

Düşünce Kayıt Formu (Bkz. EK-18)

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Grup üyeleri kameralarını ve mikrofonlarını açarak oturuma katılır.
- Bir önceki oturumun grup üyeleri tarafından özetlenmesi istenir. Soruları olup olmadığı sorulur.
- Oturum gündemi hatırlatılır.
- Olay-düşünce-duygu-davranış döngüsü hakkında bilgi verilir. Bu döngüyü oluşturmada grup üyelerinden hastalık süreçlerinde yaşadıkları durumlara ilişkin örnekler alınır. Örnekler üzerinde düşünce duygu ve davranışların birbirlerini nasıl etkiledikleri gösterilir.
- *“Dışardan bir kadın çığlığı sesi geldiğini hayal edin. Sizce ne olmuş da bir kadın çığlık atmış olabilir?”* diyerek bir soru sorulur ve akıllarına gelen ilk cevapları ifade etmeleri istenir. *“Aklınıza gelen ilk şeyler bu olayın gerçekliğine ilişkin ne*

kadar doğruluk yansıtıyor?” diye sorulur. İstekli olanlardan düşüncelerini belirtmeleri istenir. “Olay aynıydı. Peki, neden herkes aynı şeyi düşünmedi?” sorusu yöneltilir. Herkesin aklından geçen her düşüncenin her zaman gerçeği yansıtmadığı vurgulanır. Akla gelen ilk düşüncenin otomatik düşünce olduğu belirtilir ve otomatik düşüncenin nasıl fark edileceği açıklanır. Grup üyelerine işlevsel olmayan otomatik düşünceleri yakalama formu (Bkz. EK-16) online olarak oturum bittiğinde gönderilir.

- Olay-düşünce-duygu-davranış döngüsü üzerinde yaşanan olay sonrası düşünceye ilişkin örneğe geri dönülerek grup üyelerine *“Bu olaya ilişkin daha işlevsel ve gerçekçi düşünceler neler olabilir”* sorusu iletilir ve söylenenler not alınır.
- Grup üyelerine işlevsel olmayan düşünceleri sorgulama formu (Bkz. EK-17) aracılığıyla akıllarına gelen düşüncelerin işlevselliğini sorgulamaları istenir.
- Olaya ilişkin duygu yoğunluğunda bir değişiklik olup olmadığı sorulur.
- Bir sonraki oturuma kadar geçen sürede olumsuz duygu yaşadıkları olaylarda düşüncelerini bulmalarını, duygu yoğunluklarını puanlamalarını ve eğer bulabilirlerse alternatif düşünce oluşturmaya çalışmaları istenir. Bunun için grup üyelerinin düşünce kayıt formunu kullanabilecekleri ifade edilir (Bkz. EK-18). Bir sonraki oturumda bunların tartışılacağı belirtilir. Düşünce kayıt formunun grup oturumunun bitmesinin ardından online olarak gönderileceği bilgisi verilir.
- Oturumun grup üyeleri tarafından özetlenmesi istenir. Eksik kalan bir yer varsa eklenir.
- Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
- Bir sonraki oturum konusunda kısaca bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

Oturum içeriğinde kullanılan kaynaklar: (149, 201, 209, 210)

4. Oturum: Girici Ruminasyonlar

Amaç:

Grup üyelerinin;

- Girici ruminatif düşüncenin ne olduğunu ve hayatlarını nasıl etkilediğini öğrenmesi amaçlanmaktadır.

Hedef Davranışlar:

Grup üyeleri;

- Girici ruminatif düşüncenin ne olduğu ifade edecek

- Girici ruminatif düşüncelerine yönelik örnek verecek
- Girici ruminatif düşüncelerinin hayatlarını nasıl etkilediğini belirtecek

Araçlar: Zorlayıcı (Girici) Düşünceler Çalışma Kâğıdı (Bkz. EK-19)

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Grup üyeleri kameralarını ve mikrofonlarını açarak oturuma katılır.
- Bir önceki oturumun grup üyeleri tarafından özetlenmesi istenir. Soruları olup olmadığı sorulur.
- Önceki oturumda verilen işlevsel olmayan otomatik düşüncüyü yakalama ve düşünce kayıt formu ödevleri hakkında tartışılır. Ödevi uygulamada anlaşılmayan, aksayan yönlerin olup olmadığı sorgulanır. Düşüncelerini fark etme süreçlerinde neler yaşadıkları, uygulamanın etkili ve etkili olmayan yönleri konuşulur.
- Oturum gündemi hatırlatılır.
- Oturum üyelerine aşağıdaki sözler söylenerek belirtilen durumu hayal etmeleri istenir:

“Şimdi size büyümlü bir sakız anlatmak istiyorum. Tadı oldukça kötü olan bu sakız sizin hayatınızın parçalarından biri ve bu sebeple ondan tamamen kurtulmanız mümkün değil. Ayrıca yerli yersiz herhangi bir yerde bir anda ağzınızın içinde belirebilme özelliğine sahip. Bazen yalnız kaldığınızda bazen kalabalık bir ortamda bazen ise uyumadan hemen önce bir anda ağzınızın içinde beliriveriyor. Siz otomatik olarak çiğnemeye başladığınızda ağzınızdan çıkmadığı gibi bazen de gittikçe de büyüyor.” Devamında grup üyelerine şu sorular yönlendirilir:

- Bu sakız ağzınızdayken ne hissedersiniz?
- Bu sakızı durmadan çiğnerken etrafınızda olan biten her şeyle ilişkiniz nasıl olur?
- Girici ruminatif düşünce sakız metaforuyla birleştirilerek şu şekilde grup üyelerine anlatılır:

“Kanser, tanı olarak konulmasından itibaren genellikle bireylerin endişe, şok, öfke, keder, geleceğe ilişkin belirsizlik, korku gibi duygular yaşanmasına neden olabilen bir hastalıktır. Bu duyguların açığa çıkmasında bireylerin neden kendisinin hasta olduğu, bunun bir ceza mı olduğu, nerede yanlış yaptığına ilişkin

tekrarlayan düşünceleri rol oynayabilmektedir. Ruminasyon adı verilen bu tarz tekrarlayıcı düşünceler, tanı aşamasında başlayabilmekte iyileşme dönemi ve sonrasında dahi devam edebilmektedir. Ruminatif düşünce tarzı girici ve amaçlı olarak ikiye ayrılmaktadır. Büyülü sakız örneğindeki sakız aslında size birazdan bahsedeceğim girici düşünceleriniz. Büyülü sakızı çiğneyerek yorulan ağzınız ise sizin zihniniz. Girici ruminasyon tanım olarak yaşanan olayın hemen ardından ortaya çıkan kişilerde çaresizlik, üzüntü ve korku gibi hislere neden olan ruminatif düşünceyi türüdür. Tıpkı büyülü sakızda olduğu gibi istemsiz bir şekilde bireylerin aklına gelmekte ve zihinlerini uzun süre meşgul etmektedir. Girici ruminatif düşüncede bireyler yaşadığı durumu tekrar tekrar düşünmekte, özellikle olumsuz hatıralarla daha uzun süre meşgul kalmaktadır.”

- Ardından grup üyelerinin kendi hayatlarından bu duruma örnek vermeleri için cümle tamamlama egzersizi yapılır:

Kanser deneyimimle ilgili aklıma sık sık ve istemsiz bir şekilde..... zamanlarda.....düşünceleri gelir. Bu düşünceler geldiğinde kendimi..... hissederim ve düşüncelerin aklımdan uzaklaşması için.....yaparım. Bu düşünceler benim hayatımı.....şekilde etkiliyor.

- Bir sonraki oturuma kadar geçen sürede girici ruminatif düşünceleri ve kendilerine olan etkilerini fark etmeleri için Zorlayıcı (Girici) Düşünceler Çalışma Kağıdının (Bkz. EK-19) grup oturumunun bitmesinin ardından online olarak gönderileceği bilgisi verilir.
- Oturumun grup üyeleri tarafından özetlenmesi istenir. Eksik kalan bir yer varsa eklenir.
- Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
- Bir sonraki oturum konusunda kısaca bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

Oturum içeriğinde kullanılan kaynaklar: (10, 19, 64, 150, 201)

5. Oturum: Amaçlı Ruminasyonlar

Amaç:

Grup üyelerinin;

- Amaçlı ruminatif düşüncenin ne olduğunu ve hayatlarını nasıl etkilediğini öğrenmesi amaçlanmaktadır.

Hedef Davranışlar:

Grup üyeleri;

- Amaçlı ruminatif düşüncenin ne olduğu ifade edecek
- Amaçlı ruminatif düşüncelerine yönelik örnek verecek
- Amaçlı ruminatif düşüncelerinin hayatlarını nasıl etkilediğini belirtecek

Araçlar: İstemli (Amaçlı) Düşünceler Çalışma Kâğıdı (Bkz. EK-20)

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Grup üyeleri kameralarını ve mikrofonlarını açarak oturuma katılır.
- Bir önceki oturumun grup üyeleri tarafından özetlenmesi istenir. Soruları olup olmadığı sorulur.
- Önceki oturumda verilen zorlayıcı (girici) düşünceler çalışma kâğıdı ödevleri hakkında tartışılır. Ödevi uygulamada anlaşılmayan, aksayan yönlerin olup olmadığı sorgulanır. Zorlayıcı düşüncelerini fark etme süreçlerinde neler yaşadıkları, uygulamanın etkili ve etkili olmayan yönleri konuşulur.
- Oturum gündemi hatırlatılır.
- Oturum üyelerine aşağıdaki sözler söylenerek belirtilen durumu hayal etmeleri istenir:

“Geçen oturum size bir sakız hikâyesi anlatmıştım. Bu oturumda da bu sakızı tekrar hayal etmenizi istiyorum. Hatırlayacağınız üzere sakız, büyümlü bir sakız. Tadı oldukça kötü olan bu sakız sizin hayatınızın parçalarından biri ve bu sebeple ondan tamamen kurtulmanız mümkün değil. Bu sakız yerli yersiz herhangi bir yerde bir anda ağzınızın içinde belirebilme özelliğine sahip. Sakız yine sizin ağzınıza herhangi bir zamanda da gelebiliyor ancak bu sefer buna ek olarak siz de bazı zamanlarda bile isteye çiğniyorsunuz.”

- Devamında grup üyelerine şu sorular yönlendirilir:
 - Bu sakızın yerli yersiz ağzınızda belirmesi size kendinizi ne kadar rahatsız hissettir?
 - Bu sakızla ilgili düşünceleriniz neler olur?
- Amaçlı ruminatif düşünce sakız metaforuyla birleştirilerek grup üyelerine anlatılır.

“Geçen hafta kanser, tanısından sonra bireylerin endişe, şok, öfke, keder, korku gibi duygular yaşayabildiği, bu duygulara çeşitli tekrarlayıcı düşüncelerin neler olabildiği ve bu düşüncelere de ruminasyon adı verildiğini belirtilmişti. İki türü olan ruminatif düşünce tarzından girici ruminasyon anlatılmıştı. Bugün ruminatif düşünce tarzının ikinci türü olan amaçlı ruminasyondan bahsedeceğiz. Bahsedilen örnekte bile isteye çiğnediğiniz zamanlardaki sakız aslında amaçlı ruminatif düşünceleriniz. Ağzınız da sizin zihniniz. Amaçlı ruminasyon, bireyin yaşanan olayı kavramasına, inançlarını yeniden kurmasına ve yaşadığı duygularla çalışabilmesine olanak sağlayan bir ruminasyon türüdür. Tıpkı büyüdü sakızda olduğu gibi siz olaylar üzerinde kendi kendinize düşünmeye başladığınızda sakızın acı ya da kötü olmasından ziyade hayatınızda var olma amacını sorgulamaya başlayarak olaylar arasında ilişki kurabilmeyi ve olayın yarattığı duygunuzla başa çıkabilmeyi öğreniyorsunuz.”

- Ardından grup üyelerinin kendi hayatlarından bu duruma örnek vermeleri için cümle tamamlama egzersizi yapılır:

Kanser deneyimimi hatırlamak istediğim.....zamanlar olur. Bu zamanlarda aklıma kanserle ilgili.....düşünceler gelir. Bu düşünceler benim hayatımı.....şekilde etkiliyor.

- Bir sonraki oturuma kadar geçen sürede amaçlı ruminatif düşünceleri ve kendilerine olan etkilerini fark etmeleri için İstemli (Amaçlı) Düşünceler Çalışma Kâğıdı (Bkz. EK-20) grup oturumunun bitmesinin ardından online olarak gönderileceği bilgisi verilir.
- Oturumun grup üyeleri tarafından özetlenmesi istenir. Eksik kalan bir yer varsa eklenir.
- Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
- Bir sonraki oturum konusunda kısaca bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

Oturum içeriğinde kullanılan kaynaklar: (10, 13, 64, 150, 201)

6. Oturum: Kansere Bağlı Yorgunluk

Amaç:

Grup üyelerinin;

- Kansere bağlı yorgunluğun ne olduğunu, hayatlarını nasıl etkilediğini ve bu yorgunluk türleriyle nasıl başa çıkabileceğini öğrenmesi amaçlanmaktadır.

Hedef Davranışlar:

Grup üyeleri;

- Kansere bağlı yorgunluğun ne olduğu ve türlerini ifade edecek
- Kansere bağlı yaşadıkları yorgunluğa örnek verecek
- Kansere bağlı yorgunluğun günlük hayatlarını nasıl etkilediğini belirtecek
- Kansere bağlı yorgunluğu yönetmede kullanabileceği en az bir etkili yöntem ifade edecek

Araçlar: Kansere Bağlı Yorgunluk Çalışma Kâğıdı (Bkz. EK-21)

Kansere Bağlı Yorgunluğun Yönetimi (Bkz. EK-22)

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Grup üyeleri kameralarını ve mikrofonlarını açarak oturuma katılır.
- Bir önceki oturumun grup üyeleri tarafından özetlenmesi istenir. Soruları olup olmadığı sorulur.
- Önceki oturumda verilen amaçlı düşünceler çalışma kâğıdı ödevleri hakkında tartışılır. Ödevi uygulamada anlaşılmayan, aksayan yönlerin olup olmadığı sorgulanır. Amaçlı düşüncelerini fark etme süreçlerinde neler yaşadıkları, uygulamanın etkili ve etkili olmayan yönleri konuşulur.
- Oturum gündemi hatırlatılır.
- Üyelere şu açıklama yapılır:

“Kanser hastalığının tanı alma zamanından itibaren başlayan ‘Şimdi ne olacak? Nasıl sonuçlanacak?’ gibi düşünceler, belirsizlik, endişe, gibi duygular ve tedaviye bağlı bazı fiziksel değişiklikler iyileşme döneminde de bireyleri etkilemektedir. Bireyler iyileşme döneminde de bu değişikliklere bağlı olarak yorgunluk tanımlayabilmektedir. Nedeni tam olarak bilinmeyen, dinlenmeyle geçebilen fiziksel bir yorgunluktan farklı olan bu durum kansere bağlı yorgunluk olarak adlandırılmaktadır. Kansere bağlı yorgunluk, fiziksel, duygusal veya bilişsel yorgunluk olarak üçe ayrılmaktadır. Fiziksel yorgunlukta bireyler sıklıkla dinlenmeye ihtiyaç duyarak bir işi başlatma ve sürdürmede güçlük çekebilmektedir. Duygusal yorgunlukta bireyler işe yaramadıklarını, depresif ve mutsuz hissettiklerini belirtmektedir. Bilişsel yorgunlukta ise bireyler hafıza ile

ilgili sorunlar yaşamakta bir şeyleri hatırlamada ve odaklanmakta güçlük yaşayabilmektedir. Tüm bunlar bireylerin günlük hayatlarında eskiden yapabildikleri şeyleri yapamayacak duruma gelmesine ve yaşam kalitelerinin düşmesine neden olabilmektedir.”

➤ Bireylere şu sorular yöneltilir:

- Sizde bilişsel, duygusal ve fiziksel yorgunluk türlerinden hangileri bulunmaktadır?
- Bu yorgunluk türlerine ilişkin nasıl deneyimler yaşadınız?
- Bu yorgunluk türleri gündelik yaşantınızı nasıl etkiliyor?
- Bu yorgunluk türleri ile nasıl başa çıkıyorsunuz?

➤ Bir sonraki oturuma kadar geçen sürede kansere bağlı yorgunluk çeşitlerini, kendilerine olan etkilerini fark etmeleri ve baş etme yöntemleri geliştirebilmeleri için Kansere Bağlı Yorgunluk Çalışma Kâğıdı (Bkz. EK-21) grup oturumunun bitmesinin ardından online olarak gönderileceği bilgisi verilir. Grup üyelerinin kansere bağlı yorgunlukla baş etmelerine yardımcı olabilecek Kansere Bağlı Yorgunluğun Yönetimi (Bkz. EK-22) online olarak oturum bittiğinde gönderilir.

➤ Oturumun grup üyeleri tarafından özetlenmesi istenir. Eksik kalan bir yer varsa eklenir.

➤ Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.

➤ Bir sonraki oturum konusunda kısaca bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

Oturum içeriğinde kullanılan kaynaklar: (82, 107, 152, 201)

7. Oturum: Farkındalık ve Stresle Baş Etme

Amaç:

Grup üyelerinin;

➤ Stresin ne olduğunu, hayatlarını nasıl etkilediğini ve stresle baş etmede kullanabileceği çeşitli yöntemleri öğrenmesi amaçlanmaktadır.

Hedef Davranışlar:

Grup üyeleri;

➤ Üyelerin yaşamlarındaki stres kaynaklarına örnek verecek

➤ Üyelerin strese verdikleri tepkileri ifade edecek

➤ Üyelerin kullanabilecekleri en az bir etkili baş etme becerisi söyleyecek

Araçlar: Stres Kaynaklarıyla Baş Etme Bilgilendirme Kâğıdı (Bkz. EK-23)

Stresle Baş Etme Çalışma Kâğıdı (Bkz. EK-24)

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Grup üyeleri kameralarını ve mikrofonlarını açarak oturuma katılır.
- Bir önceki oturumun grup üyeleri tarafından özetlenmesi istenir. Soruları olup olmadığı sorulur.
- Önceki oturumda verilen kansere bağlı yorgunluk çalışma kâğıdı ödevleri hakkında tartışılır. Ödevi uygulamada anlaşılmayan, aksayan yönlerin olup olmadığı sorgulanır.
- Oturum gündemi hatırlatılır.
- Grup üyelerine şu soru sorulur:

Hayatınızda hiç stres kaynağı olmasaydı ne olurdu?
- Cevapların ardından şu örnekle birlikte sorulan soru tekrarlanır:

Trafik ışıklarının az olduğu bir yolda kaldırımda olduğunuzu ve karşıdan karşıya geçmeniz gerektiğini düşünmenizi istiyorum. Karşıdan karşıya geçerken arabalarla ya da başınıza bir kaza gelmesi konusunda hiç stres/kaygı hissetmeseniz yolu araba geliyor mu diye kontrol eder misiniz? Bu sizin hayatınızı nasıl etkiler? Stres her zaman kötü bir şey midir?
- Üyelere stresle ilgili şu açıklama yapılır:

“Hastalık çoğu kişide bir milat kabul edilir ve kişiler yaşamlarını hastalıktan önce ve sonra olarak ikiye ayırır. Kansere de tanı konulduğu andan itibaren çoğu bireyin hayatında krize yol açabilmekte ve hayatını ortadan ikiye bölebilmektedir. Özellikle bu süreçte hem hastalıkla ilişkili olarak baş etmekte zorlandıkları stres faktörlerinin, hem de hâlihazırda var olan eski streslerinin faktörlerinin etkisi büyüktür. Stres kişinin kendisi ve çevresi arasındaki dengeyi bozan, bu dengenin tekrar sağlanabilmesi için de kişinin kaynaklarını seferber ettiği içsel veya dışsal unsurlardır. Örneğin; kanser hastalığını atlatmış ancak artık çalışamayan bir birey hem çalışamamasının verdiği stresle hem de her hastane kontrolüne gittiğinde hastalığın tekrarlamasına ilişkin stresle mücadele etmek zorunda kalabilmektedir. Tüm bu stres kaynakları iyi yönetilemediğinde kişinin günlük hayatını olumsuz etkileyebilmektedir. Stres hayatın vazgeçilmez bir parçasıdır.

Eğer stres kaynaklarını fark edip onlar üzerinde öğreneceğiniz baş etme becerilerini uygularsanız yaşadığınız stresli süreçlerden güçlenerek çıkabilirsiniz. Buradaki önemli adımlardan birisi hayatınızda sizi strese sokan etmenleri fark edebilmeniz.”

- Grup üyelerine şu sorular yönlendirilir:
 - Şu anda gündelik yaşantınızda sizin strese girmenize neden olan etkenler nelerdir?
 - Stres yaşadığınızda ne gibi fiziksel, duygusal ve davranışsal tepkiler veriyorsunuz?
 - Yaşadığınız streslerle baş etmek için hangi yöntemleri kullanıyorsunuz? Bunlardan hangileri stresle baş etmenize yardımcı olurken hangileri yardımcı olamıyor?
 - Yaşadığınız stresler sizin gündelik yaşantınızı nasıl etkiliyor?
- Üyelerin hayatlarında yer alan stres kaynakları, bu stresörlere verdikleri tepkiler ve bunlarla baş etmek için kullandıkları yöntemler ele alınır. Baş etme yöntemlerinden etkili olan olmayanlar belirlenmeye çalışılır. Etkili olan baş etme yöntemleri desteklenirken etkisiz olanların yerine konulabilecek alternatifler için bilgilendirilmeye geçilir.
- Stres kaynaklarıyla baş etme konusunda etkili ve etkili olmayan baş etme yöntemleri hakkında üyelere online olarak da gönderilecek olan bilgilendirme kâğıdı oturum içerisinde de anlatılır. (Bkz. EK-23)
- Bir sonraki oturuma kadar geçen sürede stres kaynaklarını, strese verdikleri tepkileri ve kullandıkları baş etme yöntemlerini fark etmeleri için Stresle Baş Etme Çalışma Kâğıdı (Bkz. EK-24) grup oturumunun bitmesinin ardından online olarak gönderileceği bilgisi verilir.
- Oturumun grup üyeleri tarafından özetlenmesi istenir. Eksik kalan bir yer varsa eklenir.
- Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
- Bir sonraki oturum konusunda kısaca bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

Oturum içeriğinde kullanılan kaynaklar: (150, 153, 155, 156, 201)

8. Oturum: Girici Ruminasyonlar ile Baş Etme

Amaç:

Grup üyelerinin;

- Girici ruminasyonla baş etmede kullanabileceği çeşitli yöntemleri öğrenmesi amaçlanmaktadır.

Hedef Davranışlar:

Grup üyeleri;

- Girici ruminasyonlarına ilişkin örnek verecek
- Girici ruminasyonlarına yönelik kullanabileceği etkili baş etme yöntemlerinden en az bir tane örnek verecek

Araçlar: Düşünmenin Avantajları-Dezavantajları Çalışma Kâğıdı (Bkz. EK-25)

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Grup üyeleri kameralarını ve mikrofonlarını açarak oturuma katılır.
- Bir önceki oturumun grup üyeleri tarafından özetlenmesi istenir. Soruları olup olmadığı sorulur.
- Önceki oturumda verilen Stresle Baş Etme Çalışma Kâğıdı ödevleri hakkında tartışılır. Ödevi uygulamada anlaşılmayan, aksayan yönlerin olup olmadığı sorgulanır. Uygulamanın etkili ve etkili olmayan yönleri konuşulur.
- Oturum gündemi hatırlatılır.
- Grup üyelerinden kalem ve kâğıtlarını çıkartmaları istenilerek Pembe fili düşünme egzersiziyle başlanılır:
“Sizden bir dakika boyunca pembe fili düşünmenizi ve her pembe fil zihninizde canlandığında önünüzde duran kâğıtlara bir çarpı koymanızı istiyorum.”
- Süre dolduktan sonra diğer yönergeye geçilir
“Grup üyelerinden önümüzdeki bir dakika boyunca asla pembe fili düşünmemelerini akıllarına başka bir şey getirmelerini istiyorum. Yine her pembe fil aklınıza geldiğinde önünüzdeki kâğıda bir çarpı koyun.”
- İki durum arasında ne gibi farklar oldu?
- Pembe fili düşünmemeye çalıştığınızda ne fark ettiniz?
- Grup üyelerine girici ruminasyonların bastırılmaya çalışıldığında ya da düşünülmemesi gerektiği mücadelesi verildiğinde daha çok zihne geldiği bilgisi verilir.

- Grup üyelerine düşüncelerin zihne gelmesine engel olunamayacağı, önemli olanın yaşanılan anda kalmak olduğunu fark edebilmeleri için parti metaforu anlatılır ve aralarda sorular sorularak tartışılır:

“Büyük ve herkese açık bir parti verdiğinizi düşünün. Yoğun hazırlıklar yaptığınız bu parti için arkadaşlarınıza ve çevrenize haber veriyorsunuz. Beklenen gün geliyor ve eviniz, arkadaşlarınızla eş ve dostlarınızla birlikte dolmaya başlıyor. Her şey yolunda giderken birden kapı çalıyor ve kapıyı açtığınızda gelenin hiç sevmediğiniz, kaba saba bir komşunuz olduğunu görüyorsunuz. İçeri almak istemeseniz de komşunuz birden içeri dalarak partiye arkadaşlarınızın arasına katılıyor ve partinin ortamına uygun olmayan bir şekilde yiyip içerek yüksek sesle kaba bir şekilde konuşuyor. Bir süre sonra dayanamayıp komşunuzu evden kovuyorsunuz. O gidince kendinizi rahat hissederek partinize kaldığınız yerden devam ediyorsunuz. Ancak bir süre sonra yeniden kapı çalıyor ve açtığınızda yine o kaba komşunuz siz ona dur diyemeden direkt içeri d alıyor ve partiyi yeniden sabote ediyor. Onu yeniden kovuyorsunuz ve bu sefer tekrar gelmesini önlemek için kapınızın önünde bekliyorsunuz. Komşunuz artık partinizde değil.”

- Peki, siz kapınızın önünde komşunuzun gelmemesini beklerken kendi partinize ne kadar dahil olabiliyorsunuz?
- Komşunuzun gelmemesi için kapıda beklemek sorununuzu ne kadar çözer?

“Bir süre sonra kapıda beklemeyi bırakıp partinin sizin için daha önemli olduğunu düşünerek içeri geçiyorsunuz ve yine düşündüğünüz şey gerçekleşiyor. Komşunuz yeniden partiye gelip ortamı rahatsız ediyor. Öncelikle komşunuz partinizde duruyor. Yani onu görmemeniz ve tamamen yok saymanız mümkün değil. Ancak siz komşunuz orada olmasına rağmen arkadaşlarınızla vakit geçirmeye, eğlenmeye ve sohbet etmeye devam ediyorsunuz.”

- Bir süre sonra komşunuzun orada olması hala sizi oldukça kötü etkiler mi?
- Bu durum partinizin devam etmesine ve sizin eğlenmenize engel midir?

- Üyelere şu bilgi verilir:

“Hayatta kontrol edebileceğimiz ve edemeyeceğimiz alanlar vardır. Bir düşüncenin zihnimize gelmesi kontrol edebileceğimiz bir durum değilken o düşünceyle zihin uğraşı içerisine girmek ya da girmemek kontrol edebileceğimiz bir durumdur. Bazı zamanlarda bazı şeyleri düşünmek önceden plan ve program

yapmamızı sağlar. Örneğin, sınava girecek bir çocuk önceden nasıl çalışması gerektiği konusunda düşündüğünde kendisine bir yol haritası çizebilir. Fakat bazen de bir düşünceyle uzun süre vakit geçirsek de o probleme yönelik herhangi bir çözüm bulamayız. Örneğin, aynı çocuk sınavdan bir gece önce dersten geçip geçemeyeceği üzerinde saatlerce düşündüğünde problemini çözmüş olmaz. Dolayısıyla bir düşünce üzerinde kafa yorarken aklınıza gelmesi gereken en önemli şeylerden birisi o düşünceyi düşünmenin avantajı ve dezavantajıdır.”

- Ardından grup üyelerinin kendi hayatlarından bu duruma örnek vermeleri beklenir ve birlikte o düşünceyi düşünmenin avantaj ve dezavantajları çalışılır.
- Bir sonraki oturuma kadar geçen sürede akıllarına gelen girici ruminasyonların hayatlarına olan etkilerini fark etmeleri için Düşünmenin Avantajları-Dezavantajları Çalışma Kağıdı (Bkz. EK-25) grup oturumunun bitmesinin ardından online olarak gönderileceği bilgisi verilir.
- Oturumun grup üyeleri tarafından özetlenmesi istenir. Eksik kalan bir yer varsa eklenir.
- Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
- Bir sonraki oturum konusunda kısaca bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

Oturum içeriğinde kullanılan kaynaklar: (10, 64, 150, 151, 157, 201)

9. Oturum: Psikolojik Sağlamlık

Amaç:

Grup üyelerinin;

- Hastalık süreciyle beraber yaşadığı hayata verdiği anlamı fark etmesi ve hayatlarına yönelik olumlu hedefler geliştirmesi amaçlanmaktadır.

Hedef Davranışlar:

Grup üyeleri;

- Hastalıktan sonra bakış açılarını değiştiren, düşüncelerine örnek verecek
- Hastalık deneyiminden sonra kendi hayatlarına koydukları ve koyacakları hedeflere örnek verecek

Araçlar: Kahve-Havuç-Yumurta Hikâyesi (Bkz. EK-26)

Hedef Belirleme Çalışma Kâğıdı (Bkz. EK-27)

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Grup üyeleri kameralarını ve mikrofonlarını açarak oturuma katılır.
- Bir önceki oturumun grup üyeleri tarafından özetlenmesi istenir. Soruları olup olmadığı sorulur.
- Önceki oturumda verilen Düşünmenin Avantajları-Dezavantajları Çalışma Kâğıdı ödevleri hakkında tartışılır. Ödevi uygulamada anlaşılmayan, aksayan yönlerin olup olmadığı sorgulanır. Uygulamanın etkili ve etkili olmayan yönleri konuşulur.
- Oturum gündemi hatırlatılır.
- Üyelere aşağıdaki cümle okunularak ne anladıklarını ifade etmeleri istenir:
"Bir durumu artık değiştiremediğimizde, kendimizi değiştirmeye zorlanırsınız."
- Üyelere hayatın anlamı ile ilgili şu bilgiler verilir:
"Hayatın normal akışında insanlar çoğu şeyi farkında olmadan, görevleriymiş gibi bir rutin içerisinde yapmaktadır. Hastalık gibi hayatın normal akışını bozan durumlar kişilerin durup bir dinlenmesine, nefes almasına ve hayatına yönelik yeni kararlar almasına fırsat yaratır. Kanser hastalığı çoğu bireye "Ben bu yaşıma kadar nasıl bir hayat yaşadım? Bundan sonra hayatımı nasıl sürdürmek istiyorum?" şeklinde o döneme kadar yaşanan hayatı ve amacını sorgulatır. Her insanın karakter ve kişilik yapısı biriciktir. Buna bağlı olarak hayatın anlamı kişiden kişiye göre değişir. Hayatın anlamı bir kez bulunduktan sonra sona ermeyen yaşam boyunca aranılması gereken dinamik bir yapıya sahiptir. Hayattan anlam bulmada üç yol olduğunu savunulur. Bu yollardan ilki başarıdır. Başarıya bir eser yaratarak veya iş yaparak ulaşılabilir. İkincisi doğayla, kültürle, insanla yaşamak, onlarla etkileşmektir. Bunun için ise sevgi gereklidir. Üçüncüsü ise acı çekmek ile ilişkilidir. Acı çekmek bireylerin büyümesi için bir fırsattır. Kişilerde ne olduğu ve ne olacağına ilişkin gerilime neden olan acı, bir süre sonra ne olmaması gerektiğine ilişkin farkındalık sağlar. Hasta olmak ya da hastalığın bıraktığı bazı kısıtlamalara sahip olmak kişilerin elinde olan bir şey değildir. Ancak onların varlığında hayatın amacını, hedeflerini düzenlemek kişilerin elindedir."
- Grup üyelerine hastalıktan sonra bakış açılarını değiştiren, hayata daha farklı bir pencereden bakmalarını sağlayan düşünceleri sorulur.

- Üyelere Kahve-Havuç-Yumurta Hikayesi (Bkz. EK-26) okunulur ve hayatlarına bakış açılarını, nasıl devam etmek istediklerine ilişkin tartışmaları için fırsat verilir.
- Hastalık deneyiminden sonra kendi hayatlarına koydukları ve koyacakları hedefleri ifade etmeleri istenir.
- Bir sonraki oturuma kadar geçen sürede hayatları için koyacakları kısa ve uzun dönemli hedefleri ve bu hedeflere ulaşmada kullanacağı stratejileri belirlemeleri için Hedef Belirleme Çalışma kağıdı (Bkz. EK-27) grup oturumunun bitmesinin ardından online olarak gönderileceği bilgisi verilir.
- Oturumun grup üyeleri tarafından özetlenmesi istenir. Eksik kalan bir yer varsa eklenir.
- Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
- Bir sonraki oturum konusunda kısaca bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

Oturum içeriğinde kullanılan kaynaklar: (109, 150, 201, 211, 212)

10. Oturum: Sonlandırma

Amaç:

Grup üyelerinin;

- Güçlendirme programını değerlendirmesi ve programın sonlandırılması amaçlanmaktadır.

Hedef Davranışlar:

Grup üyeleri;

- Süreç boyunca neler kazandıklarını belirtecek
- Süreç boyunca edindikleri kazanımları nasıl geliştirebileceklerini belirtecek
- Yaşayabilecekleri olası sorunları nasıl aşabileceklerini ifade edecek

Araçlar: Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri

Kanser Yorgunluk Skalası

Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

- Grup üyeleri kameralarını ve mikrofonlarını açarak oturuma katılır.

- Bir önceki oturumun grup üyeleri tarafından özetlenmesi istenir. Soruları olup olmadığı sorulur.
- Önceki oturumda verilen Hedef Belirleme Çalışma Kâğıdı ödevleri hakkında tartışılır. Uygulamanın etkili ve etkili olmayan yönleri konuşulur.
- Grup üyeleri ile “Bundan Sonra Yoluma Nasıl Devam Edeceğim?” uygulaması yapılır. Üyelerden oturumlar boyunca öğrendikleri ve uyguladıkları en çarpıcı durumları paylaşmaları istenir. Süreç boyunca neler kazandıkları, bu kazanımları nasıl geliştirebilecekleri, önlerindeki fark ettikleri engeller ve bunları nasıl aşabilecekleri hakkında birbirleri ile paylaşımında bulunmaları istenir.
- Üyelerin grubun ve grup içi ilişkisinin sonlanmasına yönelik hislerini paylaşmaları için gönüllü üyelerden başlayarak paylaşmaları için gerekli zamanı tanınır. Daha sonra grup üyelerinin her birinin diğeri ile vedalaşması için “Minnet Duyguları” etkinliğinin yapılacağı açıklanır. Etkinlikte grup üyeleri gruptan her bir üye için kendilerine kattıkları şeyler ile ilgili minnet duygularını ifade ederler.
- Son testlerin oturumun bitmesinin ardından online olarak gönderileceği bilgisi verilerek oturum kapatılır.

Oturum içeriğinde kullanılan kaynaklar: (150, 201)

EK-16. İşlevsel Olmayan Otomatik Düşünceleri Yakalama Formu

İşlevsel olmayan otomatik düşünceler bir olay ya da durum karşısında ilk olarak akla gelen ve çoğunlukla salt doğruymuş gibi kabul edilip sorgulanmadığı için bireylere mantıklı gelen düşüncelerdir. Bu sebeple öncelikle bu düşüncelerin fark edilmesi önemlidir. Aşağıda çok sık kullanılan işlevsel olmayan otomatik düşünceler açıklanmıştır:

Ya hep ya hiç tarzı düşünme: Olan durumu iki uçta değerlendirmek

“Ya benimlesin ya da karşımdasın”

Felaketleştirme: Gerçekçi sonuçlar düşünmek yerine olumsuz tahminlerde bulunmak

“Kolum ağrıyor kesin hastalığım nüks etti.”

Etiketleme: Aşırı genellemeler yolu ile kendine ve başkalarına karşı olumsuz yargılayıcı sıfatlar atfetmek

“Ben artık hiçbir işe yaramam.” “Beceriksizin tekiyim.”

Filtreleme: Bir bütüne bakıp onun bir veya birkaç ayrıntısına takılarak bütün hakkında değer biçmek

“Hazırladığım sunumda birkaç kelime yanlış yazılmıştı. Tüm sunum berbat oldu.”

Zihin Okuma: Herhangi bir kanıt aramaksızın karşıdakinin ne düşündüğünü bildiğine inanmak

“Benim kanser olduğumu anladığı için bana bakıyor”

Aşırı Genelleme: O anki durumun ötesinde genel bir değerlendirme yaparak tümüne mal etmek

“Doktor müsait olmadığını söyleyerek beni odasına almadı. Benimle ilgilenmek istemiyor. Zaten kimse benimle ilgilenmek istemiyor artık.”

Kişiselleştirme: Farklı nedenleri dikkate almadan, olayların sorumluluğunu kendine yüklemek

“Hastalığımın nedeni tamamen benim kendime iyi bakmamam.”

-Meli, -Malı İfadeleri: Kendinin ve diğerlerinin nasıl davranmaları gerektiğine ilişkin kesin kurallara sahip olmak

“Her zaman güçlü olmalıyım.” “Asla ağlamamalıyım.”

Fedakârlık Seferberliği: Başkalarının belirlediği doğrularla, onların isteklerine göre yaşaması gerektiğine bunların ona mutluluk getireceğine inanmak

“Onlar için her şeyimi feda ettim. Sonucunda ne oldu bakın!”

Suçlama: Suçlanacak birinin olmasını rahatlama vesilesi olarak görmek

“Şu anki durumumun tek sorumlusu sensin.”

EK-17. İşlevsel Olmayan Otomatik Düşünceleri Sorgulama Formu

Aklınıza gelen otomatik düşünceleri aşağıdaki sorular doğrultusunda değerlendiriniz.

Aklınıza gelen düşüncenin doğruluğunda için gerçekçi ve somut kanıtlara sahip misiniz?	EVET	HAYIR
Aklınıza gelen düşünce sizin o anki ya da gelecekteki probleminizi çözmenize yardımcı oluyor mu?	EVET	HAYIR
Aklınıza gelen düşünce sizin çevrenizle iyi/sağlıklı iletişim ve etkileşim kurmanıza yardımcı oluyor mu?	EVET	HAYIR
Aklınıza gelen düşünce hayatınızla ilgili planladığınız hedeflere sizi götürmede katkı sağlıyor mu?	EVET	HAYIR
Aklınıza gelen düşünce sizin duygusal olarak mutlu ve huzurlu hissetmenizi sağlıyor mu?	EVET	HAYIR

Bu soruların hepsine ya da çoğunluğuna hayır dediyseniz, o düşüncenizin üzerinde çalışmanız gerektiği gerçeği ortaya çıkmış demektir.

EK-18. Düşünce Kayıt Formu

Durum/Olay (Ne oldu?)	Düşünceniz (Aklınızdan neler geçti)	Duygularınız (Ne hissettiniz? Duygunu puanla 0-10 arası)	Alternatif Düşünce (Düşüncenizin başka bir açıklaması olabilir mi?)	Duygularınız (Şimdi nasıl hissediyorsunuz? Duygunu puanla 0-10 arası)

EK-19. Zorlayıcı (Girici) Düşünceler Çalışma Kâğıdı

Düşünceniz	Ne zaman aklınıza geldi?	Ne kadar süre düşündünüz?	Ne kadar sıklıkta aklınıza geldi?	Aklınızdan bu düşünceyi uzaklaştırmak için ne yaptınız?	Bu düşünce sizin yaşantınızı nasıl etkiledi?

EK-20. İstemli (Amaçlı) Düşünceler Çalışma Kâğıdı

Düşünceniz	Ne zaman düşünmek istediniz?	Ne kadar süre düşündünüz?	Bu düşünceyi isteyerek düşünmek sizin yaşantınızı nasıl etkiledi?

EK-21. Kansere Bağlı Yorgunluk Çalışma Kâğıdı

	Belirtilerim/ göstergelerim neler? (Saat ve tarih ekleyiniz)	0-10 arasında puanlandır (0-hiç 10-çok fazla)	Nasıl başa çıkıyorum?	Kullandığım baş etme yöntemlerinden hangileri işe yarıyor?
Fiziksel yorgunluk				
Duygusal yorgunluk				
Bilişsel (zihinsel) yorgunluk				

EK-22. Kansere Bağlı Yorgunluğun Yönetimi

Kansere bağlı yorgunluk, nedeni tam bilinmeyen, fiziksel, duygusal ve bilişsel alanlarda görülebilen bir durumdur. Yorgunluğunuz için aőaęıdakilerden uygun olanları kullanabilirsiniz:

- Yorgunluğunuzu değerlendirin ve kaydedin. (Bunun için Kansere Bağlı Yorgunluk Çalışma Kâğıdını kullanabilirsiniz)
- Enerjinizi harcamadan önce hayatınızdaki öncelikleri belirleyin. Gününüzü planlayın.
- Gereksiz aktivitelerinizi sınırlandırın.
- Bir işi yaparken gerekirse başka insanlardan yardım isteyin.
- Yapacağınız aktivitelerde gün içerisinde enerjinizin en yüksek olduğu zamanı tercih edin.
- Müzik dinleme, kitap okuma gibi zihninizi aktif tutabileceğiniz aktiviteleri hayatınıza ekleyin.
- Düzenli egzersiz (yürüyüş, aerobik egzersizler) yorgunluğu azaltabilmektedir. Ancak fiziksel sağlığınızın buna uygun olup olmadığı değerlendirilmelidir. Bu sebeple doktorunuza danışın.
- Stresle baş etme, gevşeme egzersizleri (nefes egzersizi, kas gevşetme egzersizi), destek grupları yorgunluğu azaltabilmektedir.
- Beslenmenize yönelik danışmanlık alabilirsiniz.
- Uyku düzeni ve kalitesi arttırılmalıdır. Uyku saati planlanması yapılabilir.
- Aile içi iletişim arttırılmalıdır.
- Bütün bunlara rağmen yorgunluğunuzda azalma olmuyorsa, ilaç tedavisine yönelik doktorunuza danışabilirsiniz.

EK-23. Stresle Baş Etme Bilgilendirme Kâğıdı

Stres herkesin hayatında vazgeçilmez bir durumdur. İnsanların hayatında sorun olabilecek durum stresin kendisi değil yönetilme biçimidir. Bireyler streslerini uygun yönetemediklerinde günlük hayatları olumsuz etkilenmekte, iş, arkadaşlık, aile hayatında sorunlar görülebilmektedir.

Yaşanılan stresi yönetmede bireyler iki yolu kullanabilmektedir. Bunlardan ilki duygu odaklı baş etme, ikincisi ise problem odaklı baş etmedir.

Duygu Odaklı Baş Etme: Stresin ortaya çıkarttığı olumsuz duygularla baş edebilmek için kullanılan yöntemlerdir. Burada strese neden olan problemi çözmek yerine kişiler duygularını düzenlemeye çalışır. Eğer problem çözülemeyecek bir durumdaysa ve bizim kontrol edebileceğimiz alanların dışındaysa sıklıkla bu yöntemler kullanılır. Ağlama, yemek yeme, küfretme, yalnız kalma, dua etme, meditasyon yapma, sigara içme, hayal kurma vb. duygu odaklı baş etme için kullanılan bazı yöntemler arasındadır.

Duygu odaklı baş etmede kullanılabilecek bazı teknikler;

Gevşeme ve nefes egzersizleri: Stres altındayken bireylerin kasları gerginleşir nefes almaları yavaşlar. Bu gevşeme teknikleriyle kas gerginliği ve sinir sistemi kontrol altına alınarak stresin kişi üzerindeki fiziksel etkisi azaltılır. Böylece kişiye daha sağlıklı düşünmesi için zaman tanır.

Nefes egzersizi: Stres anında bireylerde nefes alma sıklaşır ve akciğer kapasitesi tam olarak çalışamaz. Bu egzersiz bedenin ihtiyaç duyduğu oksijeni vücuda sağlayarak akciğerlere gereken oksijenin sağlanmasına yardımcı olmakta hem de dokulardaki strese bağlı oluşan zararlı maddeleri temizlemektedir.

- Oturarak ya da ayakta yapabilirsiniz.
- Bir elinizi göğsünüzün üstüne diğer elinizi de karın bölgesine koyun. (Bunun sebebi egzersizde göğsünüzün değil karının şişmesi gerektiğinden ellerinizle bunu kontrol edebilmenizdir. Bu sayede diyaframınız düzleşecek ve akciğerleriniz tam kapasite çalışacaktır.)
- Gözlerinizi kapalı ya da açık olarak yapabilirsiniz (Sizin rahatlığınıza bağlı olarak)

- Akciğerlerinizdeki havayı öncelikle boşaltmak için kendinizi zorlamadan tüm nefesinizi verin.
- Yavaş bir şekilde burnunuzdan üç saniye boyunca akciğerlerinize havayı çekerek karnınızın şiştiğini elinizle fark edin.
- İki ile dört saniye arasında nefesinizi içinizde tutun. Ardından dudaklarınızı kaşık üfler gibi büzerek nefes aldığınız sürenin iki katı olacak şekilde yavaşça ağzınızdan nefesi verin.
- Bu egzersizi peş peşe yapmak baş dönmesine yol açabileceğinden egzersizi tekrarlamadan önce normal olarak 4-5 nefes alın.
- 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 gerekmeyecektir.

Aşamalı Kas Gevşetme Egzersizi: Stres anında vücutta yönetemediğimiz otomatik olarak çalışan sinir sistemi kasların büyük bir kısmını istemsizce kasar. Aşamalı kas gevşetme egzersiziyle vücutta istemli olarak yönetebildiğimiz sinir sistemini aktive ederek kasları istemli olarak kasıp gevşetiriz ve böylece bedenin gevşemesine olanak sağlarız.

- Egzersize başlamadan önce rahat ve uygun bir pozisyona geçmelisiniz.
- Üzerinizde sizi sıkan kıyafetler varsa onların yerine rahat hareket edebileceğiniz kıyafetleri tercih ediniz.
- Fiziksel olarak herhangi bir kırık, ameliyat vb. belirli bölgeleri kasmanızı ve gevşetmenizi engelleyecek durumlar varsa o kısımları atlayarak uygun olan yerleri kullanabilirsiniz.
- Günde en az bir kere yapmanız size fayda sağlayacaktır.
- Bir müzik ya da doğa sesi eşliğinde yapabilirsiniz.
- ***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, çenenizi ve yüzünüzün diğer kısımlarını gevşetin. Gevşemeniz fazlalaşıyor... 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 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 arka 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...gerginliği 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, topuklarınıza kadar kasın, iyice acısın... Gevşeyin ve değişikliğe dikkat edin... Dizlerinizi ve baldırlarınızdaki 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, 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.

Beslenme ve Uykunun Düzenlenmesi: Beslenme ve uyku düzeni bireylerin bedeninin direncini artırarak stresli olaylarla karşılaştağında baş etmesini güçlendirir.

Sosyal Destek Kaynakları: Bir ya da daha fazla kişiyle yakın ilişkiler kurma, duygu ve düşüncelerini paylaşmak, kaliteli zaman geçirmektir.

Spiritüel Kaynaklar: Dua etme gibi dini ritüeller, hayatın anlamı (yaşamımın anlamı nedir?), yaşamda var olma (Var olma nedenim ne? Neler yapabilirim?), yaşanan durumdan anlam çıkartma, maneviyat vb. uygulamaların kullanılmasıdır.

Mizah: Kişinin olayın yaşanan olayın duygu yükünü hafifletmesi için kullandığı, olaya gülünç ve olumlu yönden yaklaşmaktır. Dikkatli kullanılması gerekmekte olan bu yöntem fazla kullanıldığında duyguların bastırılmasına neden olabilir.

Problem Odaklı Baş Etme: Strese neden olan sorunu saptama ve o sorunu çözmeye yönelik uygulamalarda bulunmaktır.

İşlevsel olmayan düşünme biçimlerini fark etme ve değıştirme: Önceki oturumlarda yaptığımız düşünceyi fark etme ve üzerinde çalışmaya yönelik yapılan uygulamadır. Düşüncelerin hızlı ve otomatik olarak akla gelmesi onları fark etmemizi zorlaştırabilmektedir. Bu sebeple not almak, kendimizi gözlemlemek, akla gelen düşüncenin ne kadar gerçeğı yansıttığı üzerinde düşünmek yaşanan stresle baş etmeyi kolaylaştırabilmektedir.

Problem Çözme: Problem çözme günlük hayatta çok sık kullanılsa da sistematik olarak yapılmadığında etkili olamayan ve kişilerin bazı yerlerde tıkanmasına yol açan bir yöntemdir. Bu sebeple basamaklarını öğrenmek ve sırayla uygulamak oldukça önemlidir.

Problem çözme aşamaları şunlardan oluşmaktadır:

1. Problemin tanımlanması (Sorunum ne?)
2. Ulaşılabilir gerçekçi hedefler belirlenmesi (Ne istiyorum? Ulaşmak istediğim hedef ne kadar gerçekçi?)
3. Bu hedeflere ulaşmak için seçenekler üretilmesi (Ben bu hedeflere ulaşmak için 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)

1. Problemin Tanımlanması

Problem somut, objektif olarak tanımlanmalıdır. Geçmişe yönelik değil şimdiki duruma yönelik olmalıdır. Problem başkalarını değil kendinizi değiştirmek üzere olmalıdır. Bizler başka insanların düşünce, duygu ya da davranışlarına müdahale edemeyiz. Problemi ifade ederken olayın bizi ilgilendiren yönünü de ortaya koymalıyız. O problemdeki bize düşen kısmın sorumluluğunu kabul etmeliyiz. Problem “bir daha üzülmemek, bir daha kötü hissetmemek” gibi gerçek dışı cümleler içermemelidir. Duyguların hiçbirini bir daha hissetmemek mümkün değildir.

Örneğin; “Yaşadığım sorun ve sıkıntılardan dolayı hasta oldum. Eğer böyle şeyler yaşamasaydım hastalanmazdım ve sağlıklı bir insan olurdum. O kadar çok üzülüyorum ki buna...”

Geçmiş değiştirilemez. Dolayısıyla böyle bir problem de çözüme kavuşturulamaz. Cümle şu şekilde kurulursa birey kendisine yardımcı olabilecek hedefler belirleyebilir: “Hastalığının kaynağı olarak geçmişte yaşadığım sıkıntıları suçladım. Şu anda da buna bağlı olarak bazı düşünceler kafamı meşgul ederek beni üzüyor.”

Bu kişi kendisinde sorun olan düşüncelerini belirleyebilir. Bu düşünceler üzerinde çalışarak ya da stresle baş etme tekniklerini kullanarak rahatlayabilir.

2. Seçenekler Üretme

Problemi çözmek için kullanılabilecek seçenekler belirlenir. Bu seçeneklerden uygulanabilir ve kolay olanlar ile uygulanamayacak ve zor olanlar belirlenir.

3. Karar Verme

En uygun ve ulaşılabilir çözüm yönteminin seçilmesidir.

4. Uygulama

Bireyin bulduğu yöntemi uygulamasıdır. Burada farklı sorunlar ya da beklenmedik sonuçlar çıkabilir.

5. Sonuçları Değerlendirme

Uygulanan çözüm yönteminin bireyin gereksinimini karşılayıp karşılamadığı değerlendirilir.



EK-24. Stresle Baş Etme Çalışma Kağıdı

Stres Kaynaklarım	Strese verdiğim tepkiler (fiziksel (karın ağrısı, mide bulantısı terleme vb.), duygusal (korku, kaygı vb) ya da bilişsel (aşırı düşünme vb.))	Baş etmek için kullandığım yöntemler	Kullandığım yöntem stresle baş etmemi sağladı mı?

EK-25. Düşünmenin Avantajları-Dezavantajları Çalışma Kâğıdı

Aklıma gelen düşünce	Avantajları (bu düşünceyi düşünmem bana ne avantajlar/yararlar sağlıyor)	Dezavantajları (bu düşünceyi düşünmem bana ne gibi dezavantajlar/zararlar sağlıyor?)	Bu düşünceyi düşünmeye devam etmeli miyim?

Her bir düşünce için ayrı ayrı çalışılmalıdır.

EK-26. Kahve-Havuç-Yumurta Hikâyesi

Bir baba ile kızı dertleşiyormuş. Kız babasına, çok sıkıntı çektiğinden, sorunlarla baş edemediğinden bahsetmiş.

Babası kızını dinlemiş, kızını mutfağa götürmüş.

– Gel, sana bir şey göstereceğim!

Ünlü bir aşçı olan baba, ocağa üç tane eşit büyüklükte kap koymuş, üçüne de eşit su koymuş ve üçünün de altını aynı miktarda yakmış ve birinci kaba bir havuç, diğerine bir adet yumurta, diğerine ise bir avuç çekilmemiş kahve çekirdeği koymuş. Her üçünü de tam 20 dakika pişirmiş. Daha sonra ateşi kesmiş. Sonra masaya 2 tane tabak bir tane de boş bardak koymuş. İlk önce haşlanmış havucu alıp bir tabağa koymuş. Sonra pişmiş yumurtayı diğer tabağa koymuş. Sonra da suya iyice sinmiş ve tam kıvamında kahve görüntüsü olan kahveyi de alıp bir bardağa boşalttıktan sonra kızına dönerek,

– Kızım, söyle bakalım ne görüyorsun?

Kızı;

– Havuç, yumurta ve kahve

Kızını masaya iyice yaklaştıran baba bunlara daha yakından bakmasını istemiş. Kızının şaşkınlığını gören baba, anlatmaya devam etmiş:

– Havuç haşlandığı için yumuşak bir hal aldı. Yumurta, artık pişmekten içi katılaşmış sert bir hale geldi. Kahve ise, harika olmuş. Tadı da çok hoş.

Kız, iyice şaşırarak sormuş;

– Baba, bunu bana niçin gösteriyorsun?

Babası;

– Hepsi aynı şekil kapta, aynı sıcaklıkta, aynı dakika pişti. Fakat hepsi bu etkiye farklı tepki verdiler. Havuç ilk başta sertti, güçlü idi; ama kaynatılınca yumuşadı, güçsüzleşti, çözüldü. Yumurta çok kırılıyordu, hafifçe dokunsan çatlayabilirdi; ama kaynatılınca içi sertleşti, hatta katılaştı. Bir avuç çekilmemiş kahve ise yine sertti, hepsi birbirine benziyordu. Fakat ısıtılınca ne oldu; bu kahve çekirdekleri, ısındılar, gevşediler ve içinde oldukları suya yayıldılar. Suyu eşsiz bir tat da bir kahveye çevirdiler. Şimdi söyle bakalım kızım sen hangisisin?

Zorluklarla karşılaştığın zaman nasıl tepki gösteriyorsun?

Havuç gibi sıkıntılara, problemlere rast gelince çözülüyor musun, benliğini koruyamıyor musun?

Yumurta gibi katılaşıyor, başta kendin olmak üzere kimseye faydan dokunmuyor mu?

Kahve gibi kendini bitirmek uğruna, kendini ateşe atma pahasına diğer insanlara mutluluk veren, huzur veren, ağızlarına lezzet veren bir sevgi kaynağı mısın?

EK-27. Hedef Belirleme Çalışma Kâğıdı

Hedeflerim	Hedefime yönelik kısa dönem hedeflerim	Hedefimi gerçekleştirmek için uzun dönem hedeflerim	Hedeflerime ulaşmak içi yapabileceğim şeyler

EK-28. Hacettepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Remisyon Dönemindeki Kansere Hastalarına Uygulanan Güçlendirme Programının Ruminatif Düşüncelere, Yorgunluğa ve Psikolojik Sağlamlığa Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR KURULU 06100 Altındağ / ANKARA
	TELEFON	0312 305 34 98
	FAKS	0312 310 05 80
	E-POSTA	klinetik@hacettepe.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ömer DİZDAR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Tıbbi Onkoloji			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☒		
		Diğer ise belirtiniz: Yöntem Klinik Araştırması			
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐
	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	11.08.2022	3.0	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	11.08.2022	3.0	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU	11.04.2022	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	11.08.2022	3.0	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Türkan EDEM

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Remisyon Dönemindeki Kanser Hastalarına Uygulanan Güçlendirme Programının Ruminatif Düşüncelere, Yorgunluğa ve Psikolojik Sağlamlığa Etkisi					
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU							
DEĞERLENDİRİLE N DİĞER BELGELER	Belge Adı	☐	Açıklama				
	SIGORTA	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	15.06.2022 imza tarihli.				
	BIYOLOJİK MATERİYAL TRANSFER FORMU	☐					
	İLAN	☐					
	YILLIK BİLDİRİM	☐					
	SONUÇ RAPORU	☐					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2022/14-04 (KA-22037)		Toplantı Tarihi: 31.08.2022				
Üniversitemiz Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Medikal Onkoloji Bilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Ömer DİZDAR'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Arş. Gör. Sinem ÖCALAN'ın doktora tezi olan, KA-22037 kayıt numaralı ve "Remisyon Dönemindeki Kanser Hastalarına Uygulanan Güçlendirme Programının Ruminatif Düşüncelere, Yorgunluğa ve Psikolojik Sağlamlığa Etkisi" başlıklı akademik amaçlı araştırma başvurusuna ait yukarıda bilgileri verilen belge ve dokümanlar; araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve bilgi edinilmiş olup, tıbbi etik açıdan uygun bulunmuştur. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumundan izin alınması gerekmektedir.							
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Türkan ELDEM					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi		Katılım	İmzası:
Prof. Dr. Türkan ELDEM Başkan	Farmasötik Biyoteknoloji	Hacettepe Üniv. Eczacılık Fakültesi	K	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. M. Yıldırım SARA Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi	E	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Erdem KARABULUT Bildirimlerden Sorumlu Üye	Biyoistatistik	Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi	E	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Nuket ÖRNEK BÜKEN	Tıp Tarihi ve Etik	Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi	K	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Ayşe KÜÇÜKDEVECİ	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	K	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Prof. Dr. Mehmet UĞUR	Biyofizik	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Mehmet Hakan ÖZSOY	Ortopedi ve Travmatoloji	Memorial Ankara Hastanesi	E	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Abdullah Cevdet AKMAN	Periodontoloji	Hacettepe Üniv. Diş Hekimliği F.	E	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Ömer DİZDAR	Tıbbi Onkoloji	Hacettepe Üniv. Kanser Enstitüsü	E	E ☒	H ☐	E ☐	H ☒
Prof. Dr. Ali DÜZOVA	Çocuk Sağlığı ve Hast. (Nefroloji)	Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi	E	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Nilgün KURUCU	Çocuk Sağlığı ve Hast. (Onkoloji)	Hacettepe Üniv. Kanser Enstitüsü	K	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Av. Burec DİLMEN	Avukat	Hacettepe Üniv. Hukuk Müşavirliği	K	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Samet DENEK	Sivil Üye	Hacettepe Üniv.	E	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐

*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Türkan ELDEM

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-29. Feragat Formları

29.02.2024

İlgili Makama;

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Sinem Öcalan'ın "Remisyon Dönemindeki Kansere Hastalarına Uygulanan Güçlendirme Programının Ruminatif Düşüncelere, Yorgunluğa ve Psikolojik Sağlamlığa Etkisi" isimli doktora tezinin ikinci aşaması olan randomize kontrollü çalışmanın etik kurul onayı Hacettepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Tez çalışması olsa dahi Hacettepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu sorumlu araştırmacının hekim olmasını talep etmektedir. Bu doğrultuda beneniz Prof. Dr. Ömer Dizdar bu tez çalışmasına onayım dahilinde sorumlu araştırmacı olarak katıldım. İlgili doktora tezinin danışmanı Doç. Dr. Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN'in ismi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na verilen evraklarda yer almasına rağmen, ilgili etik kurulun vermiş olduğu onay sayfasında sadece sorumlu araştırmacı olarak benim ismim ve doktora tez öğrencisinin ismi yer almaktadır. Etik kurul onay belgesinde sorumlu araştırmacısı olarak yer aldığım söz konusu tezin, doktora tez danışmanının Doç. Dr. Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN olduğunu ve bu doktora tezi üzerindeki tüm haklarımdan feragat ettiğimi beyan eder, gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Ömer DİZDAR

Hacettepe Üniversitesi Kanser Enstitüsü
Medikal Onkoloji ve Preventif Onkoloji
Anabilim Dalı

29.02.2024

İlgili Makama;

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Sinem Öcalan'ın "Remisyon Dönemindeki Kanser Hastalarına Uygulanan Güçlendirme Programının Ruminatif Düşüncelere, Yorgunluğa ve Psikolojik Sağlamlığa Etkisi" isimli doktora tezinin ikinci aşaması olan randomize kontrollü çalışmanın etik kurul onayı Hacettepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Tez çalışması olmasına rağmen Hacettepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu araştırmaya psikiyatri alanında uzman bir hekimin dahil edilmesini talep etmiştir. Bu doğrultuda beneniz Doç. Dr. Şeref Can Gürel bu tez çalışmasına onayım dahilinde yardımcı araştırmacı olarak katıldım. İlgili doktora tezinin danışmanı Doç. Dr. Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN'in ve benim ismim Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na verilen evraklarda yer almasına rağmen, ilgili etik kurulun vermiş olduğu onay sayfasında sadece sorumlu araştırmacının ve doktora tez öğrencisinin ismi yer almaktadır. Yardımcı araştırmacısı olarak yer aldığım söz konusu tezin, doktora tez danışmanının Doç. Dr. Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN olduğunu ve bu doktora tezi üzerindeki tüm haklarımdan feragat ettiğimi beyan eder, gereğini saygılarımla arz ederim.

Doç. Dr. Şeref Can GÜREL

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

EK-30. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi İzin Yazısı

Tarih: 01/11/2022
Sayı: E-68371210-000-00002492313



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

Sayı: 63305009-
Konu: Uygulama İzni (Sinem ÖCALAN)

27.10.2022

**SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞINA**

İlgi: Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı' nın 21.10.2022 tarih ve E. 2472888 sayılı yazısı.

İlgi yazınıza istinaden Prevatif Onkoloji Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ömer DİZDAR' ın sorumlu araştırmacısı, Doç. Dr. Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN ve Arş. Gör. Sinem ÖCALAN' ın yardımcı araştırmacıları olduğu, "Remisyon Dönemindeki Kanser Hastalarına Uygulanan Güçlendirme Programının Ruminatif Düşüncelere, Yorgunluğa ve Psikolojik Sağlamlığa Etkisi" isimli projeniz Başhekimliğinizce incelenmiş ve araştırmanın yapılması uygun görülmüştür.

Hemşire Müdürlüğü' nce yapılan inceleme sonucunda, araştırmanın uygulanması aşamasında uygulayıcının kanser hastalarıyla çalışmada yeterli saha deneyiminin olmadığı görülmüş, hastalarımıza anket sorularını uygulayan kişinin "kırılgan hasta grubu" olan kanser hastalarına ekipteki deneyimli kişilerin uygulama yapmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Şehnaz ÖZYAVUZ ALP
Onkoloji Hastanesi Başhekim V.

EK-31. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

“Remisyon Dönemindeki Kanser Hastalarına Uygulanan Güçlendirme Programının Ruminatif Düşüncelere, Yorgunluğa ve Psikolojik Sağlamlığa Etkisi”

ÇALIŞMASI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

Sayın katılımcı,

“Remisyon Dönemindeki Kanser Hastalarına Uygulanan Güçlendirme Programının Ruminatif Düşüncelere, Yorgunluğa ve Psikolojik Sağlamlığa Etkisi" başlıklı bu doktora tez araştırması, sorumlu araştırmacı Prof. Dr. Ömer DİZDAR, yardımcı araştırmacıları Doç. Dr. Y. Sinem ÜZAR ÖZÇETİN, Dr. Öğr. Üyesi Şeref Can GÜREL ve Arş. Gör. Sinem ÖCALAN tarafından yürütülmektedir. Ruminasyon çoğunlukla istemsiz olarak akla gelen ve kontrol edilmekte zorlanılan düşünce sistemidir. Bu düşünceler hayatımızın her anında olmakla birlikte, özellikle kronik hastalık gibi yaşam sürecimizi derinden etkileyen süreçlerde daha yoğun hale gelebilmekte ve yaşam rutinlerimizi etkileyebilmektedir.

Araştırmada remisyon dönemindeki kanser hastalarını güçlendirmek amacıyla çevrimiçi (zoom platformu) güçlendirme programı oturumları oluşturulmuştur.

Bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Araştırmada herhangi bir riskle karşı karşıya gelmeniz öngörülmemektedir. Araştırmaya katılımınız tamamen isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman, bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın veya hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin, araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Aşağıdaki bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmamızda 2 grup olacaktır ve 62 kişiye ulaşılması hedeflenmektedir. Araştırma, verilerin toplanması, grup müdahalesi ve izlem aşamalarından oluşacak ve toplamda, 5,5 ay sürecektir. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji hastanesi polikliniklerinde araştırmaya katılmayı kabul eden ve katılma kriterlerine uyan her katılımcıya anketler (Tanıtıcı Bilgi Formu, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, Kanser Yorgunluk Skalası ve Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği) yüz yüze uygulanacaktır. Ardından katılımcılar iki gruba ayrılacaktır. 1. grupta yer alan katılımcılar müdahale, 2. grupta yer alan katılımcılar ise kontrol grubunu oluşturacaktır. Fakat araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde rastgele biçimde bu gruplardan herhangi birine atanma ihtimaliniz bulunmaktadır. Pandeminin devam etmesi nedeniyle katılımcıları ve araştırmacıların sağlığını korumak amacıyla grup oturumları çevrimiçi yapılacaktır. Müdahale grubuna atanan katılımcılarla haftada bir gün ortalama 90 dakika olmak üzere 10 haftalık çevrimiçi (zoom platformu) güçlendirme programı uygulanacaktır. Program bittiğinde ve üç ay sonrasında hem kontrol hem de müdahale grubundaki katılımcılara aynı zamanda mail yoluyla Google forms linki aracılığıyla anketler (Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, Kanser Yorgunluk Skalası ve Conner Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği) iletilip doldurmaları istenecektir. Kontrol grubundaki yer alan katılımcılarımız, talep etmeniz durumunda araştırmanın veri toplama formlarını üçüncü kez doldurduğunuz tarihten itibaren, Remisyon Dönemi Kanser Hastalarına Uygulanan Güçlendirme Programına katılımınız sağlanacaktır ve müdahale grubunun katıldığı oturumlar bu kez sizler için devam edecektir. Araştırma süresince sizden istenen, araştırma uygulama takvimine uyum göstermeniz ve planlanan uygulamaları araştırmacı eşliğinde uygulamanızdır.

Araştırma süresince araştırmadan kaynaklı herhangi bir zarar görme durumunuz söz konusu değildir. Yine de olumsuz etkilendiğinizi düşündüğünüz ve hissettiğiniz süreçler olması halinde, araştırmacılar sizlerin verilerini çalışmadan çıkartarak sizi uygun merkezlere yönlendirecek ve süreçlerinizi takip edecektir. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili araştırmanın kalitesini denetleyen görevliler, Etik Kurul, Bakanlık ya da Etik Kurul, Bakanlık ya da diğer ilgili sağlık otoritelerinin gereği halinde orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişimleri bulunabilecektir. Ancak bu bilgi ve kayıtlar gizli tutulacaktır. Araştırma sonucunda elde edilen verilen yayın amacı ile kullanılabilir. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kişisel verilerin korunması alanında bireylerin kişisel verilerinin, özel hayatlarının gizliliğinin korunmasını amaçlamıştır. 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 135. maddesinde, kişisel verilerin kaydedilmesi, 136. maddesinde, verileri hukuka aykırı olarak verme veya ele geçirme suç olarak düzenlenmiştir. Dolayısıyla gruba katılacak gönüllülerin oturum sırasında kayıt yapmaları, fotoğraf çekmeleri, ses kaydı almaları vb.; ayrıca gruba ait bu bilgileri üçüncü şahıslar ile doğrudan ve/veya diğer yollar ile paylaşmaları yasaktır.

Bu araştırma ile ilgili Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hacettepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Medikal Onkoloji Anabilim Dalı ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan gerekli izinler alınmıştır.

Araştırma konusuyla ilgili yapılan değişiklikler veya araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz. Daha fazla bilgi talebinde bulunmak isterseniz araştırmayı yürüten Prof. Dr. Ömer Dizdar'a

e-posta adresi üzerinden veya numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Yardımcı araştırmacılar Doç. Dr. Sinem Üzar Özçetin'e adresi

üzerinden ya da numaralı telefondan, Dr. Öğr. Üyesi Şeref Can Gürel'e

adresi üzerinden ya da numaralı telefondan, Arş. Gör.

Sinem Öcalan'a veya numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Araştırma tamamlandığında genel ya da size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacılara iletiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sorumlu araştırmacısı Prof. Dr. Ömer Dizdar tarafından olan **“Remisyon Dönemindeki Kansere Hastalarına Uygulanan Güçlendirme Programının Ruminatif Düşüncelere, Yorgunluğa ve Psikolojik Sağlamlığa Etkisi”** adlı araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmacılar tarafından çalışmanın amacı, içeriği, çalışmanın süresi, çalışmada benden istenenler ve olası durumlar hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgi verildi. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. İstedğim zaman araştırmadan herhangi bir ceza ve yaptırım uygulanmadan ayrılabilceğimi biliyorum.

Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi düşüncem ile baskı ve zorlama olmadan adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer almayı büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı, soyadı:

İmza:

Tarih:

EK-32: Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Sinem Öcalan
Ödev başlığı: REMİSYON DÖNEMİNDEKİ KANSER HASTALARINA UYGULAN...
Gönderi Başlığı: REMİSYON DÖNEMİNDEKİ KANSER HASTALARINA UYGULAN...
Dosya adı: sinemocalan.Tez_11.03.2024.Turnitin.docx
Dosya boyutu: 549.89K
Sayfa sayısı: 85
Kelime sayısı: 19,346
Karakter sayısı: 142,078
Gönderim Tarihi: 13-Mar-2024 03:49ÖS (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 2319387875



EK-33: Orijinallik Raporu

TEZİN TAM BAŞLIĞI: REMİSYON DÖNEMİNDEKİ KANSER
HASTALARINA UYGULANAN GÜÇLENDİRME PROGRAMININ
RUMİNATİF DÜŞÜNCELERE, YORGUNLUĞA VE PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIĞA ETKİSİ

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI: SİNEM ÖCALAN

DOSYANIN TOPLAM SAYFA SAYISI: 85

REMİSYON DÖNEMİNDEKİ KANSER HASTALARINA UYGULANAN GÜÇLENDİRME PROGRAMININ RUMİNATİF DÜŞÜNCELERE, YORGUNLUĞA VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞA ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 10	% 9	% 4	% 3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%3
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%2
3	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<%1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
5	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	<%1
6	Submitted to Erciyes Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
7	Karakis, Sevim. "Kamu Hastanelerinde calisan hemsirelerin Afetlere hazir olusluk durumlari Ve Psikolojik saglamliklari", Marmara Universitesi (Turkey), 2020 Yayın	<%1

9. ÖZGEÇMİŞ

