

**JİNEKOLOJİK KANSER HASTALARINA UYGULANAN
BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI VE DIŞAVURUMCU TEKNİKLERE
TEMELLENDİRİLMİŞ “KADINLIK KİMLİĞİNİ İYİLEŞTİRME
PROGRAMI”NIN UZAMIŞ YAS TEPKİLERİNE ETKİSİ VE
“KADINLIK ALGISI” NIN BELİRLENMESİ**

KEVSER PAMUK

**DOKTORA TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. AYSEL KARACA**

DÜZCE, 2024

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

JİNEKOLOJİK KANSER HASTALARINA UYGULANAN
BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI VE DIŞAVURUMCU TEKNİKLERE
TEMELLENDİRİLMİŞ “KADINLIK KİMLİĞİNİ İYİLEŞTİRME
PROGRAMI”NIN UZAMIŞ YAS TEPKİLERİNE ETKİSİ VE
“KADINLIK ALGISI” NIN BELİRLENMESİ

Kevser PAMUK tarafından hazırlanan tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından Düzce Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda **DOKTORA TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Aysel KARACA
Düzce Üniversitesi

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Aysel KARACA
Düzce Üniversitesi

Doç. Dr. Nuriye YILDIRIM ŞİŞMAN
Düzce Üniversitesi

Doç. Dr. Elif AŞIK
Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi

Doç. Dr. İlkay KESER
Akdeniz Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN
Düzce Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 05/02/2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

5 Şubat 2024

Kevser PAMUK

TEŐEKKÜR

Doktora eğitimim süresince bilgisi, deneyimi ve değerli zamanını benimle paylaşan, her aşamada desteğini hissettiğim, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum, yol gösteren, sabırla, ilgiyle, hoşgörü ve őefkatle beni yönlendiren, attığım her adımda yazdığım her bir cümlede emeği olan ve hayatıma dokunan değerli danıőmanım Doç. Dr. Aysel KARACA'ya,

Tez izleme komitesinde yer alan, cömertçe değerli vakitlerini ve bilgilerini esirgemeyen kıymetli hocalarım Doç. Dr. Nuriye őIőMAN YILDIRIM ve Doç. Dr. Sultanberk HALMATOV'a, hem tez izleme komitesinde hem de tez jürisinde yer alan ve değerli katkılarını sunan Doç. Dr. Elif AşIK'a,

Tez jürisinde bulunarak kıymetli öneriler sunan Doç. Dr. İlkey KESER ve Dr. Öğr. Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN'a,

Hastalarına sunulan bu programı destekleyici yaklaşımından dolayı çok kıymetli Prof. Dr. Dağıstan Tolga ARIÖZ'e,

Mücadelelerine hayran kaldığım umut ıőıklarını beraber yeőerttiđimiz, ęalıőmama katılmayı kabul eden kıymetli kadınlara,

Doktora hayatımın bana kazandırdığı canım dostum Hacer ALEMDAR' a,

Ve en büyük hazinem AİLEM... Akademik yolculuğa çıkmama vesile olan, lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca hep yanımda olan ve destekleyici tavrı ile varlığını her daim hissettiren sevgili eşim Ümit PAMUK'a, lisans, yüksek lisans ve doktora yolculuğumun tamamında benimle birlikte büyüyen, şimdi ise kendi akademik yolculuğuna çıkmaya hazırlanan güzel kızım Berra PAMUK'a, yüksek lisans öncesi hayatımıza katılan, evimizin neőesi ve miniği Ceyda PAMUK'a ve yaőamım boyunca arkamda büyük bir güç olan canım annem ve babama,

Benimle bu yolda birlikte olduğunuz ve desteklediğiniz için sonsuz teőekkür ederim....

şubat, 2024

Kevser PAMUK

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
ÇİZELGE LİSTESİ.....	ix
GÖRSEL LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR.....	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
EXTENDED ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	4
1.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	5
1.3. JİNEKOLOJİK KANSERLER.....	5
1.3.1. Serviks (Rahim Ağız) Kanseri:.....	5
1.3.2. Endometrium Kanseri:.....	6
1.3.3. Over (Yumurtalık) Kanseri:.....	6
1.3.4. Vulva Kanseri:.....	7
1.3.5. Vajinal Kanser:.....	7
1.4. JİNEKOLOJİK KANSERLERİN HASTALAR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ.....	8
1.5. KANSER HASTALARINDA YAS KAVRAMI.....	11
1.6. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI KURAM VE TEKNİKLER.....	13
1.7. DIŞAVURUMCU TEKNİKLER.....	16
1.8. JİNEKOLOJİK KANSER HASTALARINDA BDT VE DIŞAVURUMCU TEKNİKLERLE YAPILAN ÇALIŞMALAR.....	18
1.9. PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE BDT VE DIŞAVURUMCU TEKNİKLERİN KULLANIMI.....	21
2. MATERYAL VE YÖNTEM.....	27
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIMI.....	27
2.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	27
2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	27
2.3.1. Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Belirlenmesi.....	28
2.3.2. Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Belirlenmesi.....	30
2.4. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİNİN ÖZELLİKLERİ.....	30
2.4.1. Katılımcıların Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	30
2.4.2. Katılımcıları Çalışmadan Dışlama Kriterleri.....	30
2.4.3. Araştırma Sırasında Örneklemden Çıkarılma Kriterleri.....	31
2.5. ARAŞTIRMANIN KÖRLEMESİ VE YANLILIĞIN ÖNLENMESİ.....	31
2.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE ÖZELLİĞİ.....	33
2.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	34
2.6.2. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu (UYBÖ-HF).....	34
2.6.3. Kadınlık Algılarını Belirleme Görüşme Formu.....	34
2.7. VERİLERİN TOPLANMASI.....	35

2.7.1. Nicel Verilerin Toplanması	35
2.7.2. Nitel Verilerin Toplanması.....	35
2.8. KADINLIK KİMLİĞİNİ İYİLEŞTİRME PROGRAMI' NIN UYGULANMASI	36
2.8.1. “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” nın Hazırlanması.....	36
2.8.2. Müdahalenin Uygulandığı Ortama ve Grup Kurallarına İlişkin Bilgi...	41
2.8.3. Müdahale Grubundaki Hastalara “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” nın Uygulama Aşaması.....	44
2.8.3.1. Araştırmacının Program ve Uygulama İçin Hazırlığı	44
2.8.3.2. Kadınlik Kimliğini İyileştirme Programı’ nın Uygulanması.....	44
2.8.4. Kontrol Grubu.....	50
2.9. UYGULAMA PROTOKOLÜ İLKELERİ.....	50
2.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANALİZİ	51
2.10.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi	51
2.10.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi.....	51
2.11. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	52
2.12. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ.....	52
3. BULGULAR VE TARTIŞMA	54
3.1. NİCEL BULGULAR VE TARTIŞMA	54
3.1.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	54
3.1.1.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	54
3.1.1.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	55
3.1.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu Ölçümlerine İlişkin Bulgular	56
3.1.2.1. Müdahale ve Kontrol Grubunun Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu Sonuçlarının Zamana Göre Değişiminin İncelenmesine Yönelik Bulgular.....	56
3.1.2.2. Müdahale ve Kontrol Grubunun Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu Ölçüm Puanlarının Farklı Zamanlardaki Ölçümlerinin Farklarına Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular	58
3.1.2.3. Müdahale ve Kontrol Grubunun Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu İzlem Test Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular	59
3.2. NİTEL BULGULAR VE TARTIŞMA.....	67
3.2.1. Çalışmanın Nitel Boyutuna Dahil Olan Katılımcıların Bireysel Özellikleri	67
3.2.2. Temalar ve Alt Temaların İncelenmesi.....	68
3.2.2.1. Tema 1. Tek Kelime ile Kadınlik.....	68
3.2.2.2. Tema 2. Süreçte Yaşanan En Yoğun Duygu.....	69
3.2.2.3. Tema 3. Oturumlar Sonrası Beden Algısı	72
3.2.2.4. Tema 4. Oturumlar Sonrası Benlik Algısı	76
3.2.2.5. Tema 5. Oturumlar Sonrası Cinsellik Algısı	87
3.2.2.6. Tema 6. Oturumlarda En Çok Akılda Kalan.....	89
4. SONUÇ VE ÖNERİLER	93
5. KAYNAKLAR	98
6. EKLER	114
6.1. EK 1: KATILIM BELGESİ	114
6.2. EK 2: KATILIM BELGESİ	115
6.3. EK 3: KATILIM BELGESİ	116
6.4. EK 4: KATILIM BELGESİ	116

6.5. EK 5: KATILIM BELGESİ	117
6.6. EK 6: KATILIM BELGESİ	117
6.7. EK 7: KATILIM BELGESİ	118
6.8. EK 8: KATILIM BELGESİ	118
6.9. EK 9: KATILIM BELGESİ	119
6.10. EK 10: KATILIMCI BİLGİLENDİRME KİTAPÇIĞI ÖRNEK SAYFALAR	120
6.11. EK 11: ETİK KURUL ONAY BELGESİ	121
6.12. EK 12: ÇALIŞMA İÇİN KURUM İZNI	122
6.13. EK 13: ÇALIŞMA İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	123
6.14. EK 14: NİTEL GÖRÜŞMELER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	124
6.15. EK 15: UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ-HASTA FORMU	125
6.16. EK 16: ÖLÇEK KULLANIM İZNI	126
6.17. EK 17: KADINLIK ALGILARINI BELİRLEME GÖRÜŞME FORMU..	127
ÖZGEÇMİŞ	128

ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Güç analizi raporu.	29
Şekil 2.2. Araştırmanın CONSORT akış diyagramı.....	33
Şekil 3.1. Müdahale ve kontrol grubunun UYBÖ-HF puanlarının farklı zamanlardaki ölçümlerinin karşılaştırılması.	57
Şekil 3.2. Müdahale ve kontrol grubunun UYBÖ-HF puanlarının izlem testi (düzeltilmiş ortalama) ölçümlerinin karşılaştırılması.....	60
Şekil 3.3. Tek kelime ile kadınlık haritası..	69
Şekil 3.4. Süreçte yaşanan en yoğun duygu haritası.....	70
Şekil 3.5. Oturumlar sonrası beden algısı haritası.	73
Şekil 3.6. Oturumlar sonrası benlik algısı alt tema haritası.....	76
Şekil 3.7. Kendilik algısı alt temasına ait harita.	77
Şekil 3.8. Baş etme için geliştirilen yeni beceriler alt temasına ait harita.	81
Şekil 3.9. Oturumlar sonrası cinsellik algısı haritası.	87
Şekil 3.10. Oturumlarda en çok akılda kalan haritası.....	91

ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa No

Çizelge 2.1. Yapılan pilot çalışma sonuçlarının gruplara göre karşılaştırılması..	28
Çizelge 2.2. Uzman görüşleri KGO Çizelgesi.....	37
Çizelge 2.3. Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı İçeriği.....	39
Çizelge 3.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı..	55
Çizelge 3.2. Hastaların hastalık özelliklerinin gruplara göre dağılımı..	56
Çizelge 3.3. Müdahale ve kontrol grubunun UYBÖ-HF puanlarının farklı zamanlardaki ölçümlerinin karşılaştırılması.....	57
Çizelge 3.4. Müdahale ve kontrol grubunun UYBÖ-HF puanlarının farklı zamanlardaki ölçümlerinin farklarının karşılaştırılması.....	58
Çizelge 3.5. Müdahale ve kontrol grubunun izlem test ölçümlerinin ANCOVA analizi ile karşılaştırılması.	59
Çizelge 3.6. Nitel görüşme yapılan katılımcıların bireysel özellikleri..	68

GÖRSEL LİSTESİ

Sayfa No

Görsel 1. Müdahale programının uygulandığı ortam (Bireysel çalışma için örnek).....	42
Görsel 2. Müdahale programının uygulandığı ortam (Grup çalışması için örnek).....	42
Görsel 3. Oturumlarda kullanılan bazı malzemeler.....	43
Görsel 4. Katılımcılar için tasarlanan yaka kartı.....	45
Görsel 5. Oturumlarda bireysel çalışma örneği.....	46
Görsel 6. Oturumlarda grup çalışması örneği.....	46
Görsel 7. “Bahçemizdeki Çiçekler” adlı çalışmada hastalar tarafından oluşturulan bazı görseller.....	46
Görsel 8. “Hastalığın Resmini Çiz” adlı çalışmada hastalar tarafından oluşturulan bazı görseller.....	47
Görsel 9. “Kendinizi Çizin” adlı çalışmaya ait bir hasta tarafından oluşturulan görseller.....	47
Görsel 10. “Kendinizi Çizin” adlı çalışmaya ait bir hasta tarafından oluşturulan görseller.....	48
Görsel 11. “Sessiz Çılgılık” adlı çalışmada hastalar tarafından oluşturulan bazı görseller.....	48
Görsel 12. “Kadınlık kavramını bir nesne ile özdeşleştirme” hikaye yazma çalışmasına ait hastalar tarafından oluşturulan hikayeler.....	49
Görsel 13. “Bir Kadın Oluştur” adlı çalışmada hastalar tarafından oluşturulan bazı görseller.....	49
Görsel 14. “Duygunu Çiz” adlı çalışmada hastalar tarafından oluşturulan bazı görseller.....	50

KISALTMALAR

BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
GLOBOCAN	Küresel Kanser Gözlem Verileri
HPV	Human Papilloma Virüsü
ITT	Intent to treat
UYBÖ-HF	Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu



ÖZET

JİNEKOLOJİK KANSER HASTALARINA UYGULANAN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI VE DIŞAVURUMCU TEKNİKLERE TEMELLENDİRİLMİŞ “KADINLIK KİMLİĞİNİ İYİLEŞTİRME PROGRAMI”NIN UZAMIŞ YAS TEPKİLERİNE ETKİSİ VE “KADINLIK ALGISI” NIN BELİRLENMESİ

Kevser PAMUK

Düzce Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Danışman: Doç. Dr. Aysel KARACA

Şubat 2024, 127 sayfa

Araştırma jinekolojik kanser hastalarına uygulanan bilişsel davranışçı ve dışavurumcu tekniklere temellendirilmiş “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı”nın uzamış yas tepkilerine etkisi ve hastaların kadınlık algılarının belirlenmesi amacıyla nicel ve nitel yaklaşımın birlikte kullanıldığı karma yöntemde yapılmıştır. Araştırmanın protokol kaydı Clinical Trials kayıt sistemine NCT05529303 numarası ile kaydedilmiştir. Araştırma Eylül 2022-Eylül 2023 tarihleri arasında Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini yapılan güç analizi sonucunda çalışmaya katılmayı kabul eden ve örnekleme alınma kriterlerini karşılayan toplam 80 jinekolojik kanser hastası (müdahale=40, kontrol=40) oluşturmuştur. Araştırmanın nicel verileri Kişisel Bilgi Formu ve Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu ile ön test, son test ve izlem testi şeklinde toplanmıştır. Veriler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) V23 ile analiz edilmiştir. Nitel veriler ise müdahale programı sonrası müdahale grubundan görüşmeyi kabul eden 11 kadın ile veri doygunluğu esas alınarak “Kadınlık Algılarını Belirleme Görüşme Formu” ile toplanmıştır. Derinlemesine görüşmelerden elde edilen verilerin içerik analizinde; MAXQDA 2020 programı kullanılmıştır. Analizler sonucunda; müdahale ve kontrol grubu arasında UYBÖ-HF puan ortalamalarının zamana göre değişiminin anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Müdahale ve kontrol grubuna göre UYBÖ-HF ön test ve son test puanı farkı ortanca değerleri arasında ve ön test ve izlem testi puanı farkı ortalama değerleri arasında ($p<0,001$), gruplara göre UYBÖ-HF son test ve izlem testi puanı farkı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,033$). Müdahale ve kontrol grubunun UYBÖ-HF ön test ve son test ölçüm puanının etkisi arındırıldığında; ANCOVA analizi sonuçlarında müdahale ve kontrol grubuna göre; UYBÖ-HF izlem testi puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,006$). Müdahale grubunda yer alan hastaların uygulama sonrası UYBÖ-HF puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu ve etki büyüklüğünün ($\eta^2: 0,110$) güçlü düzeye ($0,114$) yakın olduğu saptanmıştır. Nitel analizler sonucunda ise jinekolojik kanser hastalarının oturumlar sonrası kadınlık algılarına yönelik altı ana tema ortaya çıkmıştır. Sonuçlar doğrultusunda; jinekolojik kanser hastalarının kadınlık ile ilişkilendirilen kayıplarına yönelik uzamış yas tepkilerine bilişsel davranışçı ve dışavurumcu tekniklerden oluşan “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı”nın kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Jinekolojik kanser, Uzamış yas, Bilişsel davranışçı terapi, Sanat terapi.

ABSTRACT

THE EFFECT OF THE "FEMININITY IDENTITY IMPROVEMENT PROGRAM" BASED ON COGNITIVE BEHAVIORAL AND EXPRESSIVE TECHNIQUES APPLIED TO GYNECOLOGICAL CANCER PATIENTS ON PROLONGED GRIEF REACTIONS AND DETERMINING THE PERCEPTION OF FEMININITY

Kevser PAMUK

Düzce University

Graduate School, Department of Nursing

Doctoral Thesis

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Aysel KARACA

February 2024, 127 pages

The study employed the mixed-methods approach, combining quantitative and qualitative methods, to investigate the impact of the "Femininity Identity Improvement Program", grounded in cognitive-behavioral and expressive techniques, on prolonged grief responses in patients with gynecological cancer. Additionally, the research aimed to determine patients' perceptions of femininity. The research protocol was registered in the Clinical Trials registry with the number NCT05529303. The study was conducted at Afyonkarahisar Health Sciences University Health, Practice, and Research Hospital from August 2022 to October 2023. The sample for the study consisted of a total of 80 gynecological cancer patients, with 40 participants in the intervention group and 40 in the control group, who agreed to participate and met the inclusion criteria based on a power analysis. Quantitative data were collected through the Personal Information Form and the Prolonged Grief Disorder Scale-Patient Form at pretest, posttest, and follow-up test stages. Analyses revealed that the changes in PG-12-Patient Form scores over time between the intervention and control groups were statistically significant ($p < 0.05$). The analysis revealed statistically significant differences between the intervention and control groups in terms of the median values of the PG-12-Patient Form pre-test and post-test score differences, as well as the mean values of the pre-test and follow-up test score differences ($p < 0.001$). Additionally, a statistically significant difference was found between the groups in terms of the median values of the PG-12-Patient Form post-test and follow-up test score differences ($p = 0.033$). When the effects of P PG-12-Patient Form pre-test and post-test measurements were controlled, ANCOVA analysis results indicated a statistically significant difference in PG-12-Patient Form follow-up test scores between the intervention and control groups ($p = 0.006$). Post-intervention PG-12-Patient Form mean scores of the patients in the intervention group were significantly lower than those in the control group, and the effect size ($\eta^2: 0,110$) was close to a strong level (0.114). Qualitative analyses revealed six main themes related to the patients' perceptions of femininity after the sessions. Based on the results, it is recommended that the "Femininity Identity Improvement Program," incorporating cognitive-behavioral and expressive techniques, be utilized to address prolonged grief responses associated with the losses linked to femininity experienced by gynecological cancer patients.

Keywords: Woman, Gynecological cancer, Prolonged grief, Cognitive behavioral therapy, Art therapy.

EXTENDED ABSTRACT

THE EFFECT OF THE "FEMININITY IDENTITY IMPROVEMENT PROGRAM" BASED ON COGNITIVE BEHAVIORAL AND EXPRESSIVE TECHNIQUES APPLIED TO GYNECOLOGICAL CANCER PATIENTS ON PROLONGED GRIEF REACTIONS AND DETERMINING THE PERCEPTION OF FEMININITY

Kevser PAMUK

Düzce University

Graduate School, Department of Nursing

Doctoral Thesis

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Aysel KARACA

February 2024, 127 pages

1. INTRODUCTION

Cancer is a significant and increasingly prevalent disease that poses a threat to human health, capable of affecting any part of the body. Gynecological cancers are specifically defined as malignancies affecting the female genital organs. In gynecological cancers, both symptoms and treatment methods can lead to challenges such as the impairment of a woman's reproductive capability. This, in turn, may result in the loss of fertility, feelings of inadequacy, defectiveness, and insufficiency, a decrease in body image and self-esteem, reluctance to engage in close relationships with the opposite sex, a lack of confidence, and a sense of being unable to complete one's family. In the face of life-threatening diseases, individuals may experience normal reactions such as suffering, grief, and mourning due to the physical, emotional, and social losses incurred. The attitudes, intermediate beliefs, and core beliefs that an individual holds play a crucial role in interpreting events. When evaluating the impact of active cognitive processes and suppressed emotions in individuals undergoing the cancer process, cognitive-behavioral techniques are crucial from a cognitive perspective. Additionally, expressive techniques are essential for bringing suppressed emotions to the surface.

2. MATERIAL AND METHODS

This study aimed to investigate the impact of the "Femininity Identity Improvement Program," grounded in cognitive-behavioral and expressive techniques applied to gynecological cancer patients, on prolonged grief responses and to determine patients' perceptions of femininity. The study employed a mixed-methods approach, incorporating

both quantitative and qualitative methods. A randomized controlled experimental design with pretest, posttest, and follow-up test was utilized within the scope of quantitative approach, while in-depth interview techniques were employed within the scope of qualitative approach. The research protocol was registered in the Clinical Trials registry with the number NCT05529303. The population of the study consisted of 143 patients who were admitted to the Women's Diseases and Obstetrics Outpatient Clinic of Afyonkarahisar Health Sciences University Health, Practice, and Research Center between September 2022 and September 2023 and who underwent surgery due to a diagnosis of gynecological cancer at least three months ago. A power analysis (G*Power 3.1.9.7 program) was conducted to calculate the sample size. According to the power analysis, with a 95% confidence level ($1-\alpha$), 95% test power ($1-\beta$), and effect size $d=0.932$, the total number of participants to be included in the study was found to be 66, with 33 participants in each group based on the two-sided Mann-Whitney U test result. However, considering possible losses during the study, the number was increased by 20%, resulting in a total of 80 participants, with 40 in the intervention group and 40 in the control group. Patients were assigned to the intervention and control groups through simple random allocation performed by an external expert to prevent bias. For the quantitative part of the research, data were collected using the Personal Information Form containing participants' individual characteristics and the Prolonged Grief Disorder Scale-Patient Form (PG-12-Patient Form) to assess prolonged grief responses. The Femininity Identity Improvement Program, designed by the researcher in line with the literature, was administered to patients in the intervention group. The content of the program consists of cognitive-behavioral and expressive techniques. The program, comprising a total of 10 sessions, was conducted once a week, with each session completed in an average of 110 minutes. The study involved pre-test measurements before the intervention program, post-test measurements at the completion of the intervention program, and follow-up measurements three months after the conclusion of the program. At the conclusion of the intervention program, in-depth interviews were conducted with 11 patients who participated in the program and agreed to be interviewed. The determination of perceptions of femininity was the primary objective, and data saturation was considered during these interviews to ensure comprehensive data collection. During the interviews, the "Femininity Perception Interview Form" was used to collect qualitative data. IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) V23 was employed for the quantitative data analysis, while MAXQDA 2020 was utilized for content analysis of the qualitative

data.

3. RESULTS AND DISCUSSIONS

Analyses revealed that the changes in PG-12-Patient Form scores over time between the intervention and control groups were statistically significant ($p < 0.05$). The analysis revealed statistically significant differences between the intervention and control groups in terms of the median values of the PG-12-Patient Form pre-test and post-test score differences, as well as the mean values of the pre-test and follow-up test score differences ($p < 0.001$). Additionally, a statistically significant difference was found between the groups in terms of the median values of the PG-12-Patient Form post-test and follow-up test score differences ($p = 0.033$). When the effects of PG-12-Patient Form pre-test and post-test measurements were controlled, ANCOVA analysis results indicated a statistically significant difference in PG-12-Patient Form follow-up test scores between the intervention and control groups ($p = 0.006$). Post-intervention PG-12-Patient Form mean scores of the patients in the intervention group were significantly lower than those in the control group, and the effect size ($\eta^2: 0,110$) was close to a strong level (0.114). In qualitative analyses, themes related to patients' perceptions of femininity after the sessions were identified. Six main themes and corresponding sub-themes were obtained: "Femininity in a single word," "Most intense emotion experienced during the process," "Body perception after the sessions," "Self-perception after the sessions," "Sexuality perception after the sessions," and "Most memorable aspects of the sessions."

4. CONCLUSION AND OUTLOOK

In light of these findings, the effect of the "Femininity Identity Improvement Program" applied to gynecological cancer patients on their prolonged grief responses has been established. It is observed that the program equips women with coping skills such as positive self-perception, self-confidence, cognitive processing ability, and acceptance, positively influencing their perceptions of femininity. Psychiatric nurses are recommended to plan individual and group interventions for cancer patients in oncology clinics, chemotherapy, and radiotherapy units. These interventions should focus on identifying and addressing patients' physical, emotional, and social needs, aiming to strengthen their coping mechanisms. Additionally, the utilization of cognitive-behavioral and expressive techniques is advised in these interventions.

1. GİRİŞ

Kanser, insan sağlığını tehdit eden, bedenin herhangi bir bölümünü etkileyebilen farklı türleri olan ve çağımızda görülme sıklığı giderek artan önemli hastalıklardan birisidir. Dünya Sağlık Örgütü' nün 2022' de yayınladığı son verilere göre; kansere bağlı yaklaşık 10 milyon ölüm gerçekleşmiş ve 2020 yılında dünya genelinde ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır [1].

Jinekolojik kanserler kadın genital organlarının malign hastalığı olarak tanımlanmaktadır ve yerleştiği yere göre isim almaktadır [2]. Son Küresel Kanser Gözlem Verileri (GLOBOCAN)' ne göre dünyada yaşa göre standardize edilmiş tahmini insidans oranları; serviks kanseri yüz binde 13,3 endometrium kanseri yüz binde 8,7 over kanseri yüz binde 6,6 vulva kanseri yüz binde 0,85 ve vajinal kanserler için ise yüz binde 0,36' dır. Mortalite oranları ise serviks kanseri için yüz binde 7,3 over kanseri için yüz binde 4,2 endometrium kanseri için yüz binde 1,8 vulva kanseri için yüz binde 0,30 ve vajinal kanserler için ise yüz binde 0,16' dır [3]. Jinekolojik kanserler Türkiye' de kadınların sık tanı aldığı ilk on kanser arasında bulunmaktadır [4].

Jinekolojik kanserlerde ortaya çıkan semptomlar ve uygulanan tedavi yöntemleri (cerrahi, radyoterapi, kemoterapi gibi) kadının üreme yeteneğinin etkilenmesine ve buna bağlı olarak üreme yeteneğini kaybetme, kendini yetersiz, kusurlu ve eksik hissetme, beden imgesi ve öz saygının azalması, karşı cinsle yakın ilişkilere girmekten çekinme, özgüven eksikliği ve ailesini tamamlayamama hissi gibi sorunlar ortaya çıkarabilmektedir [5]–[7]. Özellikle kadınlık kimliği ile ilişkilendirilen beden parçalarının kaybı, kadının algılanan görünümüne, kadınlığına, cinselliğine duygusal ve davranışsal bir tepki olarak tanımlanan beden imajını büyük ölçüde etkilemektedir [8]. Kadınlıkla ilgili bir organın kaybı başkaları için görünür olsun ya da olmasın, biyolojik bedenin bir parçası olarak benlik algısındaki derin değişiklikleri de ifade eder. Çünkü bu kayıp sadece fizyolojik bir kayıp değildir ve kadının benlik kavramına, benlik saygısına, benlik imajına ve kadın olma duygusunu getiren unsurlara yansıyan bir kayıptır [9]. Çünkü toplumun “kadınlık kimliğine” verdiği rolde doğurganlık, eş olma ve annelik rolü önemli bir yer tutar [5], [10], [11]. Bu önemli rolü yerine getiremediğini hisseden kadın için kanser tanısı

kusurluluk ve gerçek bir yas anlamına gelir [5], [7], [12], [13].

Yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı fiziksel, duygusal ve sosyal kayıplar ile ortaya çıkan acı çekme/ keder /yas gibi durumların doğal ve evrensel bir tepki olduğu ifade edilir [14]. Uzamış yas durumunda belirgin bir sıkıntı ve işlev kaybı belirtilere eşlik eder ve birey yaşadığı kayıpla acısının asla dinmeyeceğine ve yaşamının sona erdiğine inanır. Kanserli kişide kayıp algısının ilk olarak ne zaman (hastalığın ilk belirtilerinin ortaya çıkışı, teşhis süreci, tedavi aşaması, terminal evrede olduğunu öğrenmek...) algılandığı belirsizdir. Normal yasin nerede bittiği, uzamış yasin ise nerede başladığının tespit edilmesi oldukça zordur [15]. Literatürde örnekleminde jinekolojik kanser hastalarının da bulunduğu boylamsal bir çalışmada hastaların yas düzeylerinin zaman içerisinde arttığı belirtilmiştir [16]. Kanser hastalarının yas sürecinin incelenmesi amaçlanan çalışmalarda hastaların yas düzeylerinin yüksek olduğu ve bazı değişkenlere bağlı olarak yas ortalamalarında artış olduğu ifade edilmiştir [17], [18]. Tedavi sürecinde önerilen kemoterapiye bağlı olarak ortaya çıkan saç dökülmesi durumunda yine hastalar farklı tepkiler verebilmektedir. Kadın için saçlar kişilik temsilinde sembolik bir anlam taşırken kadınlık, cinsellik ve çekiciliği ifade eder. Yapılan bir çalışmada çoğunluğu over kanseri tanısı almış hastalarda saç dökülmesi ile beden imajının zedelendiği ve bazı hastalarda saçlar geldikten sonra da bu durumun devam ettiği bildirilmiştir [19]. Kadınlarda kimlik duygusunu etkileyen kadın kimliğine atfedilen organlar ve kadınsı özelliklerin (saç gibi...) kaybı ile kadınlık algısı da olumsuz anlamda etkilenmektedir [13], [19]–[22].

Kanser hastalarının süreç içinde yaşadığı tüm zorluklar göz önüne alındığında psikolojik müdahaleler önem arz etmektedir. Kanser hastalarına uygulanan gerek bireysel gerek grupla psikolojik müdahaleler incelendiğinde; farkındalık temelli sanat terapi gibi dışavurumcu teknikler, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), kabul ve kararlılık terapileri ve farkındalık temelli müdahaleler görülmektedir [23]–[27]. BDT teknikleri, dışavurumcu sanat tekniklerinin kullanımıyla uyumludur. Çünkü dışavurumcu sanatlar ve BDT’ de danışanda davranış değişikliği hedeflenmektedir [28]. Grup çalışmalarında yaşanan kayıplar bireyler tarafından paylaşıldığında hissedilen yoğun acı, keder gibi duyguların da ortak olduğunun farkına varılarak rahatlama sağlanmaktadır [29]. Kemoterapi tedavisi alan jinekolojik kanser hastalarında sanat terapinin kaygı ve umut düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada hastaların sanat terapi uygulamaları sonrası hem kaygı hem de umut düzeylerinde önemli ölçüde iyileşme olduğu

belirlenmiştir [30]. Serviks kanseri tanılı hastalarla yapılan başka bir çalışmada bilişsel davranışçı stres yönetimi müdahalesinin hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini azalttığı ve yaşam kalitesini iyileştirdiği ortaya konmuştur [31].

Kanser gibi önemli yaşam olaylarında bireyin sahip olduğu tutumlar, ara ve temel inançlar aktive olarak olayları anlamlandırmasında önemli rol oynar. Bununla birlikte "neden şimdi?", "neden ben?" gibi anlam bulmaya yönelik bilişler bireylerin zihinlerini çok fazla meşgul edebilmektedir. "Yetersizim", "görünüş her şeydir", "benim çirkin olduğumu düşünüyorlar" gibi beden imajıyla ilgili yıkıcı ve karamsar düşüncelere dalmak bireyde duygusal sıkıntıyı artırarak pek çok olumsuz duygu ve bilişi ortaya çıkarabilir [32]. Literatüre bakıldığında farklı kanser hastaları ile yapılan görüşmelerde hastalarda anlam bulmaya yönelik farklı bilişlerin olduğu görülmektedir [33], [34]. Farklı bir çalışmada kanser hastalarının duygularını bastırma, engelleme veya inkâr etme eğiliminde oldukları belirtilmektedir [35]. Duyguların bastırılması durumunun sağlık üzerindeki etkilerine yönelik yapılan on iki yıllık bir takip çalışmasında, kansere bağlı ölüm oranları ile yüksek düzeyde bastırılan duygular arasında önemli ilişkiler olduğu ortaya çıkmıştır [36]. Kanser sürecinde hastalarda aktif olan bilişsel süreçler ve bastırılan duyguların birey üzerindeki etkileri göz önünde bulundurulduğunda; bilişsel süreçler açısından bilişsel davranışçı teknikler ve bastırılan duyguların açığa çıkarılması açısından ise dışavurumcu teknikler önem arz etmektedir. Yaratıcı sanat terapi müdahalelerinin içinde yer alan resim, müzik gibi teknikler hemşirelik müdahaleleri sınıflamasında da yer almaktadır. Tüm dünyada bu tür hemşirelik bakım müdahaleleri daha sık kullanılmaya başlanmıştır. Hemşirelerin bu müdahaleleri tıbbi tedaviler ile bütünleştirme ve hastanın yaratıcı potansiyelini harekete geçirmede hastayı cesaretlendirme açısından önemli bir yeri vardır [37].

Literatür incelendiğinde; jinekolojik kanser hastalarının kadınlık kimliğine yönelik kayıplarına verdikleri uzamış yas tepkilerine ve kadınlık algılarının belirlenmesine ilişkin bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Bu çalışma ile jinekolojik kanser hastalarının yaşadıkları kayıplar ile kadınlık kimliğine ilişkin ortaya çıkan psikososyal sorunları için bilişsel davranışçı kurama temellendirilmiş dışavurumcu müdahalelerin psikiyatri hemşireliği rolleri çerçevesinde kullanılması hedeflenmektedir. Jinekolojik kanser hastalarında "kadınlık kimliğini iyileştirme" kavramı ilk kez bu çalışmada ele alınmaktadır. Aynı zamanda oluşturulan bu program kadınlık kimliğini iyileştirmede iki ayrı psikoterapötik müdahalenin (bilişsel davranışçı kuram ve sanat terapi) yenilikçi bir

yaklaşım ile entegre edilerek yapılandırıldığı psikiyatri hemşireliği uygulaması olarak literatüre kazandırılması hedeflenmektedir. Bu programın onkoloji ve diğer ilgili kliniklerde psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanabilir hale getirilmesi, hastalara güncel yaklaşımlarla optimum bütüncül bakımın sunulması ve dolayısıyla hastaların yaşam kalitesinin artırılmasına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma; jinekolojik kanser hastalarına uygulanan bilişsel davranışçı ve dışavurumcu tekniklere temellendirilmiş “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı”nın hastaların uzamış yaş tepkilerine etkisini ve kadınlık algılarını belirlemek için planlanmıştır.

1.1. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1₀: Jinekolojik kanser hastalarına uygulanan bilişsel davranışçı ve dışavurumcu tekniklere temellendirilmiş “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı”nın uzamış yaş tepkilerine etkisi yoktur.

H2₀: Müdahale grubunda yer alan jinekolojik kanser hastalarının uzamış yaş bozukluğu ölçek puan ortalamasında ölçüm zamanına göre değişim yoktur.

H3₀: Müdahale grubu ile kontrol grubu arasında son test ölçümlerinde Uzamış Yaş Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu (UYBÖ-HF) puan ortalaması yönünden fark yoktur.

H4₀: Müdahale grubu ile kontrol grubu arasında izlem ölçümlerinde Uzamış Yaş Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu puan ortalaması yönünden fark yoktur.

H1₁: Jinekolojik kanser hastalarına uygulanan bilişsel davranışçı ve dışavurumcu tekniklere temellendirilmiş “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı”nın uzamış yaş tepkilerine etkisi vardır.

H2₁: Müdahale grubunda yer alan jinekolojik kanser hastalarının uzamış yaş bozukluğu ölçek puan ortalamasında ölçüm zamanına göre değişim vardır.

H3₁: Müdahale grubu ile kontrol grubu arasında son test ölçümlerinde Uzamış Yaş Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu puan ortalaması yönünden fark vardır.

H4₁: Müdahale grubu ile kontrol grubu arasında izlem ölçümlerinde Uzamış Yaş Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu puan ortalaması yönünden fark vardır.

Araştırma Soruları:

- 1) Uygulanan “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” sonrası hastaların beden algısı açısından kadınlık algıları nasıldır?

- 2) Uygulanan ‘‘Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı’’ sonrası hastaların benlik algısı açısından kadınlık algıları nasıldır?
- 3) Uygulanan ‘‘Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı’’ sonrası hastaların cinsellik algısı açısından kadınlık algıları nasıldır?

1.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın sonuçları, araştırmaya dahil edilen 18-65 yaş arasındaki çalışmaya katılmayı kabul eden jinekolojik kanser hastaları için geçerlidir. Araştırmaya yalnızca Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği’ ne başvuran hastaların alınması, hastalardan okuryazar olmayanların araştırmaya dahil edilmemesi, müdahale programının sadece on oturum uygulanması ve kanser hastalarında yaşla yapılan çalışmaların kısıtlı olması araştırmanın sınırlılığıdır.

1.3. JİNEKOLOJİK KANSERLER

1.3.1. Serviks (Rahim Ağzı) Kanseri:

GLOBOCAN verilerine göre; serviks kanseri dünyada kadınlarda tüm kanserler arasında en sık görülen dördüncü kanser iken; jinekolojik kanserler içinde ilk sırada yer almaktadır. Ülkemizde jinekolojik kanserler arasında görülme sıklığı açısından üçüncü sırada ve görülme sıklığı yüz binde 4,8’ dir [3]. Sıklıkla 30 yaşın üzerindeki kadınlarda görülür ve çoğunlukla nedeni Human Papilloma Virüsü (HPV)’ dür [38]. HPV, cinsel ilişki esnasında ya da vücudun enfekte olmuş bölgeleriyle teması sırasında yayılabilen çok yaygın bir enfeksiyondur [2]. Diğer risk faktörleri arasında cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, doğum sayısının fazla olması, erken yaşta başlayan cinsel aktivite, sigara kullanımı, riskli cinsel partner ve düşük sosyo-ekonomik durum gelmektedir. Erken dönemde serviks kanserleri belirti ve semptomlara neden olmayabilir. İlerleyen dönemlerde menstrual kanamalar arasında, menapozdan sonra veya cinsel ilişki sonrası normal olmayan vajinal kanama, artan veya kötü kokulu vajinal akıntı, sırtta, bacaklarda veya pelviste kalıcı ağrı gibi belirtiler, kilo kaybı, yorgunluk ve iştah kaybı, vajinal rahatsızlık ve bacaklarda şişlik gibi belirtiler ile ortaya çıkmaktadır. Serviks kanserinin tedavisinde kanserin türüne ve yayılımına göre cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi

tedavisi uygulanmaktadır. Erken tanı ve bağışıklama serviks kanserinin önlenmesinde etkili bir yoldur. Erken tanı için düzenli aralıklarla pap smear testi ve bağışıklama için de HPV aşısı önerilmektedir [2], [38]–[40].

1.3.2. Endometrium Kanseri:

Endometrium uterusun (rahim) en iç tabakasıdır. Rahim kanserinin yerleşim yerine göre farklı türleri olmasına rağmen en sık yerleşim yeri endometrium olması nedeniyle endometrium kanserleri rahim kanseri olarak adlandırılmaktadır [2]. Ülkemizde görülme sıklığı yüz binde 11,3 olup; jinekolojik kanserler arasında ilk sırada yer almaktadır [3]. Sıklıkla postmenopozal kadınlarda görülen, obezite ile ilişkilendirilen ve 45 yaş altı kadınlarda nadir görülen bir kanser türüdür. Endometrium kanseri tanısı alan kadınların ortalama yaşı 60' tır. Endometrium kanseri riskini artıran faktörler arasında obezite, postmenopozal dönemde östrojen kullanımı, yaşam boyu adet döngüsü sayısının fazla olması (menarş yaşının 12' den önce olması ve menapoz yaşının ileri yaşlara uzaması), ailede endometrium veya kolon kanseri öyküsünün olması, daha önceden geçirilmiş over ya da meme kanseri öyküsü bulunmaktadır. Hastaların çoğunluğu semptomatiktir ve menstrüel siklusta değişiklik, ara kanamalar ya da postmenopozal anormal vajinal kanama şeklinde ortaya çıkar. Pelvik ağrı, kitle hissi ve kilo kaybı da hastalığın ilerleyen evrelerinde görülen belirtiler arasındadır. Endometrium kanserinin tedavisinde hastanın durumuna uygun olarak cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, hedefe yönelik tedavi ve immünoterapi gibi farklı tedavi türleri uygulanabilmektedir [2], [38], [40], [41].

1.3.3. Over (Yumurtalık) Kanseri:

Overler kadınlarda rahmin her iki yanında birer tane olmak üzere pelviste yer alır. Over kanseri, kadınlık hormonlarının ve üreme için ovumun (yumurta) üretildiği yer olan overler ve uterus ile bağlantıyı sağlayan fallop tüplerinin ve peritonun ilgili bölgelerinden kaynaklanan bir grup hastalıktır [38]. Ülkemizde görülme sıklığı yüz binde 7,6 olup; jinekolojik kanserler arasında ikinci sıradadır. Sağ kalım oranı en düşük kanser türlerindedir [3]. Over kanseri riski, kadının yaşamı boyunca yumurtlama döngü sayısı arttıkça artar. Bu nedenle hiç doğum yapmama over kanseri riskini artırırken, gebelik, emzirme ve oral kontraseptif kullanımı yumurtalık kanseri riskini azaltır [42]. Ailede ve yakın aile üyelerinde over kanseri öyküsünün olması, bireyin kendi geçmişinde meme, endometrium ya da kolon kanseri öyküsünün olması, bireyin hiç doğum yapmamış olması ya da gebe kalmakta zorlanmış olması, uzun süreli (on yıl ve üzeri) östrojen kullanımı,

sigara kullanımı ve vücut ağırlığının fazla olması over kanseri riskini artıran faktörler arasında bulunmaktadır. Over kanseri ileri evrede teşhis edilmesi ve nüks oranının %80 civarında olması nedeniyle jinekolojik kanserler arasında ölüm oranı en yüksek olan jinekolojik kanser türüdür. Normal olmayan vajinal kanama ve akıntı, karın veya sırt ağrısı, şişkinlik, çok çabuk doyma hissi ya da yemek yemede zorlanma, sık idrara çıkma ve/veya kabızlık gibi belirtiler ile ortaya çıkar. Tedavisinde hastalığın yayılımına ve hastanın durumuna uygun olarak cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, hedefe yönelik tedavi ve immünoterapi gibi farklı tedavi türleri uygulanabilmektedir [2], [38], [43].

1.3.4. Vulva Kanseri:

Vulva, kadın dış genital organlarının tümüne verilen isimdir. Vulva kanseri, dış genital organlar olarak adlandırılan vajina açıklığı, labialar, üretra, klitoris ve vestibülün tutulumu ile oluşur [2]. Ülkemizde görülme sıklığı yüz binde 0,85' dir [3]. Görülme sıklığının yaşla birlikte artması nedeniyle sıklıkla postmenapozal dönemde ortaya çıkar. Vakaların %20' sinden azı 50 yaş altındaki kadınlarda görülürken yarıdan fazlası 70 yaş üzerinde görülür. HPV enfeksiyonu ile ilişkili bir türü bulunmaktadır. HPV genital siğillere neden olmaktadır. Cinsel temas, oral ya da anal seks esnasında bulaş gerçekleşmektedir. Geçirilmiş serviks ve vajen kanseri öyküsü, ailede vulva kanseri öyküsü, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon varlığı, immün yetmezlik, HPV enfeksiyonu varlığı ve sigara kullanımı risk faktörleri arasındadır. Geçmeyen ve iyileşmeyen kaşıntı, vulva derisinde farklılaşma ve renk değişikliği, siğil benzeri şişlikler, ağrı, yanma, ara kanama, akıntı, açık yara gibi belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Tedavisinde hastalığın durumuna göre cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve topikal tedavi seçenekleri kullanılmaktadır [2], [38], [40].

1.3.5. Vajinal Kanseri:

Vajina uterusun alt kısmından başlayıp vulvaya açılır. Vajinada başlayan kanserler, diğer organlarda (serviks, uterus, rektum veya mesane gibi) başlayıp daha sonra vajinaya yayılan kanserlere göre çok daha az görülür. Bu kanserler başladıkları yerin adını alır [2]. Vajinal kanserlerin ülkemizde görülme sıklığı yüz binde 0,36' dır [3]. Diğer bölgelere (serviks, endometrium) metastaz oranı %85' dir. Görülme sıklığı yaşla orantılı olarak artmaktadır. 40 yaşın altında çok daha nadir olarak görülürken; vakaların neredeyse yarısı 70 yaş ve üzeri kadınlarda görülür. Risk faktörleri arasında geçirilmiş serviks ya da endometrium kanseri öyküsü, genital siğil bulunması, pap smear sonucu pozitifliği, erken

yaşta cinsel deneyim yaşanması, radyasyona maruz kalma, vajinal adenoz, HIV, poligami, sigara ve alkol kullanımı bulunmaktadır. Postkoital vajinal kanama, anormal vajinal akıntı, vajinada hissedilen kitle varlığı ve ilişki esnasında ağrı vajinal kanserin belirtilerindedir. İlerleyen dönemlerde dizüri, dışkıda ya da idrarda kan görülmesi, sık idrara çıkma isteği, konstipasyon, pelviste ve karın alt kadranında ağrı, sırt ağrısı ve bacaklarda şişme ile karakterizedir. Vajinal kanserlerde cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavi seçenekleri mevcuttur [2], [38], [40].

1.4. JİNEKOLOJİK KANSERLERİN HASTALAR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Tüm gelişmelere rağmen günümüzün en güncel ve önemli sorunlarından biri olan kanser, fiziksel bir hastalık olduğu gibi ruhsal ve psikososyal bileşenleri de içinde barındıran çok boyutlu bir kavramdır. Kansere karşı verilen tepkiler kişilik özellikleri, hastalığın türü, evresi, bireyin yaşamını etkileme şekli gibi değişkenlere bağlı olarak kanserin her aşamasında (tanı, tedavi, iyileşme gibi) değişmektedir. Henüz tanı almamış bireylerde kanser ihtimalinin varlığı korku, endişe, öfke gibi duygularla beraber bağımlılık, ölüm ve işe yaramama gibi düşüncelerini de tetikleyebilir. Kanser tanısını yeni alan bir bireyde ise ortaya çıkan ilk tepki genellikle şok ve inanamamadır. İlerleyen süreçte hastada ölüm ve yabancılaşma hissi ile kayıp algısı ve anksiyete görülür. Tedavinin başlayıp umudun gelişmesi sürecine kadar hastalarda korku ve uyku düzensizlikleri görülür. Genellikle bir iki hafta süren bu süreç, tedaviye başlanması ve hastada umut gelişmesiyle sona erer [44], [45].

Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlarda gerek hastalığın belirtileri gerekse tedavi sürecinin getirdiği pek çok etki görülmektedir. Uygulanan kemoterapi ve radyoterapi sonrası ekstremitelerde periferik uyuşukluk, cilt dokusunda ve renginde değişiklikler, saç dökülmesi, iştahsızlık, bulantı, tat duyusunda değişiklikler, kas ağrısı, işitme kaybı, bağırsak düzeninde değişiklikler, ışın uygulanan bölgede esneklik kaybı, kilo kaybı gibi farklı sıklıkta görülen yan etkiler ortaya çıkabilmektedir [46]–[49]. Uyku bozukluğu, yorgunluk, yaşam kalitesinde bozulmalar, ürolojik semptomlar (sık idrara çıkma, dizüri ve idrar yapmada zorlanma), gastrointestinal semptomlar (mide bulantısı, kusma, ishal ve bağırsak tıkanıklığı) ve lenf ödem görülebilmektedir [48]–[51].

Jinekolojik kanserlerde cerrahi tedaviler çoğu zaman cinsel problemlere neden olmaktadır. Bu problemler hormonal salgı seviyelerindeki değişiklikler veya genital

organların çıkarılmasından kaynaklanmaktadır. Örneğin; histerektomi cinsel zevk kaybıyla, overektomi östrojen sekresyonunun azalması ve bunun sonucunda vajinadaki kuruluşun artması ile vulvektomi ise cinsel organların görünümünü ve işleyişini değiştirmesi ile ilişkilendirilir [52]. Geçirilen cerrahi operasyon ne kadar radikal olursa cinsel işlev bozukluğu olasılığı da o kadar artmaktadır. Ameliyat sonrası hastalarda kemoterapi/radyoterapinin de etkisi ile vajinal kısılma, vajinal kuruluk, disparoni, orgazm güçlüğü, düşük libido, lenf ödem, klitoris nöropatisi, menopoiz semptomlarının ani ve yoğun olması ve infertilite görülebilmektedir. Uygulanan radyoterapi ile ışına maruz kalan dokularda kısılma ve vajinanın daralmasıyla birlikte skarlaşma ortaya çıkabilirken bu durum da penetrasyonu engelleyebilmektedir [48], [50], [52]–[54].

Jinekolojik kanser hastalarında tedavi sonrasında ortaya çıkan fiziksel bakım ihtiyacının yanında genellikle kadınlarda; depresyon, kaygı, travma sonrası stres bozukluğu, kişilerarası ilişkilerde sorunlar, cinsel sorunlar, beden imajı bozukluğu, yaşam kalitesinde azalma, şok, özgüven kaybı, kanserle ilgili işlevsel olmayan düşünceler, intihar düşünceleri, umut-umutsuzluk, öfke, suçluluk, çaresizlik, izolasyon ve yalnızlık gibi duygular ortaya çıkmaktadır [50], [51], [54]–[57]. Çünkü tedavi süreci sonrasında hastalar tedavinin getirdiği yan etkiler ile de mücadele etmek zorunda kalırlar. Bu etkiler arasında saç dökülmesi, infertilite, erken menopoiz, kilo alımı, yara izi, tedavinin neden olduğu genital organların şeklinin bozulması da yer alır. Böylece kanserli kadınlar kendilerini “sakat, hasarlı, asimetrik, eksik” olarak tanımlayabilmektedirler [52].

Hastalığa ilişkin belirti ve tedaviler kadın kimliğini oluşturan organların kaybı ve fiziksel değişiklikler ile kadının cinsel kimliğine, beden imajına ve üreme yeteneğine tehdit olarak algılanarak kadının özgüveni, benlik saygısı ve beden algısı üzerinde olumsuz bir etki oluşturmaktadır. Aynı zamanda kadının üreme yeteneğinin kaybedileceği düşüncesi ile kadına atfedilen doğurganlık, annelik ve eş olma rollerinin de olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır [52], [58], [59]. Üreme dönemindeki kadınlar üreme organlarındaki kayıplara bağlı çocuk sahibi olamamayı bir kadın olarak başarısızlık gibi düşünerek kendilerini eksik, yetersiz ve değersiz olarak algılayabilmektedir [52]. Bu süreçte kadınlar daha çekingen kişilik özellikleri sergilerken kendilerini daha az çekici, daha az kadınsı ve yetersiz hissettiklerini, bedenlerinden memnun olmadıklarını ifade etmektedir [22], [60]. Aynı zamanda tedaviler beden imajı ve cinsel kimlik üzerinde derin etkiler yaratmaktadır [48], [54], [59]. Jinekolojik kanser nedeniyle histerektomi uygulanan kadınlarla yapılan

görüşmelerde “beni kadın yapan şeyi ortadan kaldırdılar, artık daha az kadınsı hissediyorum” gibi ifadeler dikkat çekmektedir [6], [21].

Beden imajı, duygusal ve davranışsal bir tepki olarak tanımlanırken kişinin fiziksel ve algılanan görünümüne, kadınlığına ve cinsel çekiciliğine ilişkin algısını, bunlardan duyduğu memnuniyeti içermektedir [8], [61]. Bu süreçte olan hastaların eskisi kadar görünüşlerine önem vermedikleri, görünüşlerinden nefret ettikleri, aynaya bakamadıkları ve saç dökülmesi gibi bedensel değişikliklerini gizleme ihtiyacı duydukları belirtilmektedir [46], [60].

Kadın cinselliği birçok farklı yönü içeren karmaşık bir süreçtir. Fiziksel, psikolojik ve sosyal bileşenlerden oluşmaktadır. Fiziksel bileşen, cinsel heyecanı deneyimleme ve fiziksel tatmin elde etme kapasitesini ifade eder. Psikolojik bileşen, cinsel tepkilerden önce gelen ve cinsel tepkiler sırasında ortaya çıkan duygusal ve bilişsel süreçleri ifade ederken sosyal bileşen ise partnerle olan ilişki ve yakın bir ilişkiye girme ihtiyacı ile ilgilidir. Kanseri tedavisi ve sonuçları, fizyolojik engellere ve sonrasında cinsel yaşamı etkileyebilecek psikolojik zorluklara neden olabilir. Teşhis konulduğunda birçok kadın cinsel dürtüde tam bir kayıp yaşar. Özellikle tedavi tamamlandıktan sonra cinsel yaşam birçok kadın için zorlu bir konu haline gelmektedir. Kanser ve tedavisine bağlı olarak kadınlarda meydana gelen cinsel yaşam kaygısı, düşük libido, vajinal kuruluk, dispareni gibi sorunlar nedeniyle cinsellik algısı değişerek cinsel istekte azalma ve orgazm sorunları yaşanabilmektedir [52], [54], [58]. Bu semptomlarla ilişkili olarak hastalarda ilişki esnasında canının yanacağı korkusu, cinsel istek eksikliğinden dolayı suçluluk, cinsel ilişkinin sağlık açısından zarara yol açacağı, kanserin cinsel yolla partnerine bulaşabileceği düşünceleri ve ayrılma olasılığı konusunda endişeler ortaya çıkabilmektedir [52], [54], [59], [61]. Tüm bu endişelerine rağmen bazen kadınlar cinsel konular hakkındaki sorunlarını sağlık profesyonelleri ile paylaşmaya çekinebilmektedir [10], [22]. Tedavi ve sonuçlarına ilişkin bilgi eksikliği, durumun daha da karmaşık hale gelmesine ve hastaların endişelerinin artmasına neden olmaktadır [52].

Hastalık sürecinin uzun olması cinsel ilişkilerdeki zorlukların yanında kadınların annelik ve eş olma rollerindeki işlevselliğini de etkilemektedir. Bu da yine kadınlarda evlilik hayatındaki yerini kaybetme endişesi, yakınlığın bozulması, boşanma ihtimali gibi zorluklarla karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır. Bir çalışmada arzuları olmadan seks yapmaya zorlandıkları için cinsel saldırıya maruz kalan jinekolojik kanser

hastalarının, eşlerinin kendilerini cinsel ilişkiye zorlayan bu davranışlarını hiçbir zaman unutmayacakları ve acı bir deneyim olarak hep hafızalarında kalacağı ifadelerine yer verilmiştir [59].

Sonuç olarak bazı kültürlerde bir kadının toplumdaki statüsü ve kişisel kimliği büyük ölçüde üreme yeteneğine bağlı olması nedeniyle jinekolojik kanserler sonucunda kadın kimliğine atfedilen organlar ve kadınsı özelliklerin (saç gibi...) kaybı ile kadınlarda kimlik duygusu ciddi olarak zedelenirken kadınlık algısı da olumsuz anlamda etkilenmektedir [13], [21], [60], [62]. Bu kayıpla kadınlar artık tam veya gerçek bir kadın olmadıklarını düşünmekte ve acı çekmektedir [21], [62], [63].

1.5. KANSER HASTALARINDA YAS KAVRAMI

Kayıp ve yas genellikle önemli bir kişinin ölümüyle ilişkilendirilse de, son zamanlarda kronik ve yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı ilişki kaybı, geleceğe yönelik hayallerin kaybı ve yaşam süresindeki kayıpların da yas kavramının bileşenleri olduğu kabul görmektedir [64]. Yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı fiziksel, duygusal ve sosyal kayıplar ile ortaya çıkan acı çekme/yas/keder gibi durumların evrensel ve doğal bir tepki olduğu ifade edilir [14]. Almış oldukları hastalık tanısı ile ölümlü yüzleşen hastalar sağlık, bağımsızlık, fiziksel yetenek, işlev, rol, ilişki ve geleceğe yönelik hayallerin kaybı dahil olmak üzere hepsi de yas kaynağı olabilecek birçok kayıpla karşı karşıyadır. Bu kayıplar bireyde öfke, korku, umutsuzluk, üzüntü, yalnızlık ve çaresizlik duygularını artırabilir [65], [66]. Kayıpları nedeniyle acı çekenlerin kendilerine ve başkalarına yabancılaşabileceği ve acı çekmenin, duygularını açıkça ifade etme yeteneğini engelleyebildiği ifade edilmektedir [67]. Yas evrenseldir ve genellikle zamanla azalsa da bir kaybın ardından yaşanan sıkıntının başlangıcı ve ifade edilmiş biçimi son derece kişiselleştirilmiş bir yanıtıdır [68]. Beklentisel yas hem hastaların hem de hasta yakınlarının ölümden önce yaşadıkları yas semptomları olarak tanımlanırken hastalar ve hasta yakınları tanıyı öğrendiklerinde sıklıkla geleceğe yönelik bir acı yaşarlar. Bu durum ölüm korkusunun altında yatan bağımsız işlev görme yeteneğinin kaybı, kimlik kaybı ve rol tanımındaki değişikliklere yönelik bir yanıt olabilmektedir [66], [69]. Bazıları için kanser tanısının kendisi ölümcül hastalıkla eş tutulabilir ve geleceğe yönelik yas genellikle yaklaşan büyük değişikliklerin farkına varıldığında verilen normal bir tepki olarak ifade edilmektedir [66]. Elizabeth Kübler Ross' a göre ölümcül hastalık tanısı alan

hastalar inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak beş evreye ayrılan psikolojik tepkiler gösterebilmektedir. Kanser gibi hastalıklarda hastanın hastalığını inkâr edemediği zaman, daha fazla tedaviye ihtiyacı olduğunda ve daha fazla semptomlarla baş etmeye çalışırken zayıf düştüğünde artık bu duruma gülümseyerek bakamayacak bir hale geldiği ve duygusuzluğunun ya da öfkesinin yerini büyük bir kayıp duygusu aldığı belirtilmektedir. Bu kaybın herkeste farklı tepkiler şeklinde ortaya çıkabildiği; örneğin meme kanseri olan bir kadın bedenindeki kadın şeklini kaybetmiş olmaya tepki verebilirken rahim kanseri olan bir kadının artık gerçek bir kadın olmadığını düşünebileceği ifade edilmektedir [70]. Jinekolojik kanserlerin kadınlar üzerinde güçlü bir duygusal etkisi vardır. Üreme çağında tanı alan kadınlar üreme yeteneklerinin kaybı ve geleceğe yönelik hayallerinin yok olması nedeniyle çok daha yıkıcı etkiler yaşayabilmektedirler. Kanser olduğunun farkındalığı, kişinin kendi algısı, kendi sağlığı, kadın, eş ve anne olarak kadın kimliği ile ilgili kusurluluk ve gerçek bir yas anlamına gelebilmektedir [5], [10], [22], [56], [71].

Yas, kayıp karşısında verilen normal bir tepki olarak ele alınsa da çözümlenemediği durumlarda karmaşık ve işlevselliği bozucu bir durum olan uzamış yas durumu gelişebilmektedir. Bu durumda belirtilere bireyde yoğun bir sıkıntı ve işlevsellikte kayıp eklenir [15], [72]. Kanser durumunda kişide kayıp algısının ilk olarak hangi durumda (tanı öncesindeki belirtiler, tanı süreci, terminal evrede olduğunu öğrenmek...) ortaya çıktığı belirsizdir. Normal yasin nerede bittiği, uzamış yasin ise nerede başladığının tespit edilmesi oldukça güçtür. Kayıp algısını başlatan temel olayın kanser tanısı almak olduğu varsayılarak yapılan bir çalışmada, katılımcılar tanı almasının üzerinden altı aydan kısa süre geçmiş olanlar ve tanı almasının üzerinden altı aydan uzun süre geçmiş olanlar olmak üzere iki farklı gruba ayrılmışlardır. İki grup yas belirtilerinin yoğunluğu açısından karşılaştırılmış olup; gruplar arasında yas belirtilerinin yoğunluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca göre kanser hastalarında patolojik yas tanısına karar vermek için belirtilerin süresi dışında başka ölçütlerin belirlenmesi önerileri desteklenmiştir [15], [65]. Bu nedenle yası ölçmek için geliştirilen Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu' nun da normal ve patolojik yasin birbirinden ayrımını sağlamayacağı ve tanı koydurucu amaçla uygulanmadığı belirtilmiş ve yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireylerin yas süreci hakkında ruh sağlığı uzmanlarına yol gösterici olması hedeflenmiştir [15]. Literatürde örnekleminde jinekolojik kanser hastalarının da bulunduğu boylamsal bir çalışmada hastaların yas

düzelelerinin zaman içerisinde arttığı belirtilmiştir [16]. Kansere hastalarının yaş sürecinin incelenmesi amaçlanan çalışmalarda hastaların yaş düzeylerinin yüksek olduğu ve bazı değişkenlere bağlı olarak yaş ortalamalarında artış olduğu ifade edilmiştir [17], [18].

Uzamış yaşın karakteristik bir özelliği, kayıptan bir yıl veya daha uzun süre sonra devam eden üzücü ve kayba karşı duyulan yoğun özlemdir. Diğer karakteristik semptomlar arasında kayıplara inanmama ve kabullenememe, kayıptan bu yana başkalarından duygusal olarak kopma, yalnızlık, kimlik bozukluğu ve anlamsızlık duygusu yer almaktadır. Uzamış yaş yaşayan bu bireyler için yaş yıllarca sürebilir ve işlevsiz düşünceler ile kendine zarar verme riskiyle karşı karşıya bırakabilir. Her ne kadar yaşlı bireylerin çoğu, önemli bir kaybın ardından hayata uyum sağlıyor olsa da bu konuda sorun yaşayanların arasında ciddi olumsuz sonuçların ortaya çıkması ihtimali yoğun acı çeken bireylerin doğru zamanda hassasiyetle belirlenmesi ihtiyacını vurgulamaktadır [73].

1.6. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI KURAM VE TEKNİKLER

Bilişsel model Aaron T. Beck tarafından 1960' ların sonunda geliştirilmiştir. Bilişsel modelde biliş, düşünce süreci, düşünce içeriği, bireyin nasıl düşündüğü ve ne düşündüğüne odaklanılmaktadır [74]. Bilişsel kuram temel olarak olayların kendisinden çok olayların nasıl algılandığı ve yorumlandığı üzerinde durur. Bilişsel süreçler bireyin olayları algılayarak değerlendirmesi ve aralarındaki ilişkiyi belirleyerek bireyin çevreye uyumuna yardımcı olur. Eğer birey yaşadığı durumu tehlikeli olarak algılıyorsa endişeye kapılır ve uzaklaşmayı tercih edebilir. Geri dönüşü olmayan kayıplar yaşandığında birey bu durumun değişmeyeceğine inanmışsa ve özellikle bu durumda kendini suçluyorsa kendini karamsar, kederli hissedebilir ve herhangi bir şey yapmamayı tercih eder. Eğer bireyin yorumlarını ve dünyaya bakış açısını belirleyen inançları ve beklentileri işlevsel değilse birey sorunlar yaşamaya başlamaktadır. Bu nedenle bilişsel terapi öncelikle duygu, düşünce ve davranış arasındaki ilişkiyi tespit ederek bireyin yaşadıklarını daha işlevsel yorumlaması üzerine çalışır [75]. Bu noktada bilişsel davranışçı modelde duygu, bedensel duyum, davranış ve düşüncelerin tanımlanması ile bunların arasındaki ilişki önemlidir.

Duygular: Üzüntü, öfke, korku ve suçluluk gibi duygular genelde bireyi yardım aramaya yönlendirirken aynı zamanda psikolojik sıkıntının da önemli bir bileşenidir [74]–[76].

Bedensel Duyumlar: Psikolojik sıkıntının bedensel olarak ortaya çıkmasını ifade eder. Yaşanan duyguya göre fizyolojik belirtiler ortaya çıkmaktadır. Örneğin üzüntülü zamanlarda iştahta azalma ya da artma, kaygı ile kalp atışlarında ve solunum hızında artış, terleme gibi bulguların yaşanması [74]–[76].

Davranışlar: Bireyin ortaya koyduğu eylemlerdir. Yaşanan psikolojik sıkıntı ile birey bazen etkili bazen etkisiz başa çıkma yöntemleri ortaya koyabilmektedir [74]–[76].

Düşünceler: Psikolojik sıkıntının bilişsel bileşenini tanımlar. Düşünceler genellikle bireyin bilinç kontrolünde olmaması nedeniyle otomatik olarak adlandırılmaktadır. Otomatik düşünceler daha çok sıkıntı anlarında ortaya çıkan bireyin davranışlarını etkileyen duruma ve ortama özgü bilişlerdir. Aynı zamanda kişide hoş gitmeyen duyguların ortaya çıkmasına neden olurlar. Sıklıkla düşünceler fark edilmezler, düşüncenin yerine eşlik eden duygunun farkında olunur [74]–[76].

Çevreden alınan bilgi ve algıyı uygun olmayan şekilde işlemleyerek olaya uygun olmayan ve duygusal sıkıntılara neden olan otomatik düşünceler, bireyin psikolojik sıkıntı yaşadığı durumlarda daha ilkel bir bilgi işleme sistemine geçmesiyle bilişsel çarpıtma/bilişsel hata/bilişsel işleme tipi adı verilen sistemik hatalar nedeniyle oluşmaktadır. Bilişsel hata olarak da tanımlanan bu bilişsel işlemler aslında normal zihnin işleyişinin bir sürecidir. Sorun yaşanan durumlarda ise normalde herkeste var olan bu bilişsel işlemler daha katı ve uygunsuz biçimde çalışarak bireyde sorun oluşturmaktadır [75]. Sık kullanılan bilişsel çarpıtmalardan bazıları aşağıda yer almaktadır:

- ✓ Ya hep ya hiç tarzında düşünme: Hayattaki gri tonlara yer verilmezken hayat siyah ve beyaz tonları içinde katı sınıflamalarla geçer.
- ✓ Felaketleştirme: Gerçekleşmesi muhtemel diğer sonuçları düşünmeden hep olumsuz sonuçların dikkate alınmasıdır.
- ✓ Etiketleme: Bireyin kendisi ve diğerleri hakkında genel değerlendirmeler yapmasıdır.
- ✓ Büyütme veya küçültme: Olumlu bilgi göz ardı edilirken, olumsuz bilginin dikkate alınmasıdır.
- ✓ Zihin okuma: Başkalarının düşüncelerine yönelik öngöründe bulunmak ve bu düşünceye inanmaktır.
- ✓ “Meli/malı” ve gereklilik ifadeleri: Yaşamı katı kurallar içinde sınırlandırmaktır.

- ✓ Kişiselleştirme: Bireylerin sıkıntılı olduğu durumlarda kendilerine fazla odaklanmaları nedeniyle sonuç ile ilişkili olarak kendilerini suçlama eğilimidir.
- ✓ Aşırı genelleme: Sınırlı sayıda olayı temel alarak genel bir kurala inanmaktır [74]–[76].

Duygu-düşünce-davranış ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda; bilişsel davranışçı terapide uygulanan bilişsel müdahalelerin amacı; bireyin inanç ve düşüncelerinde değişiklikler yapmak, davranışçı müdahalelerin amacı; bireyin davranışlarında değişiklik yapmak ve nefes/gevşeme teknikleri kullanılarak ise bedensel duyumalarda değişiklik yapmaktır. Tüm bu müdahalelerden duygular da dolaylı olarak etkilenmektedir [76]. BDT’ de bireylere var olan sorunlarına yönelik kullanabilecekleri baş etme becerilerini nasıl geliştirebilecekleri öğretilir. Özellikle insanlar, duygusal işlevlerini etkileyen olumsuz otomatik düşünceleri tanımlamaya yardımcı olmak için tasarlanmış bilişsel teknikleri öğrenirler. BDT uygulayıcıları hastaların işlevsiz düşünceleri ve inançlarını tanımlamalarına ve ardından bu uyumsuz algıları nasıl değiştireceklerini öğrenmelerine yardımcı olurlar. Örneğin, yardım istemeyi reddetmek, başkalarına yük olma düşüncesinden ve bedenindeki değişiklikler nedeniyle ortaya çıkan suçluluk duygusundan kaynaklanabilir. Böyle bir durumda bireye davranışsal bir strateji olarak bu düşünce ve duyguları başkalarıyla paylaşmak ve diğerlerinin bu konudaki düşünce ve duygularının öğrenilmesi gibi davranışçı stratejiler öğretilir. Davranışsal başa çıkma stratejileri aynı zamanda hedef belirlemeyi, atılganlık eğitimini, rahatlamayı, meditasyonu ve anlamlı iletişimi de içermektedir. Kısacası, bilişsel davranışçı terapinin terapötik süreci, bilişsel farkındalığın yanı sıra bilişsel ve davranışsal başa çıkma stratejilerini de içerir [77].

BDT’ de seanslar sıklıkla haftada bir ya da iki haftada bir olacak şekilde planlanmaktadır. Seans yapıları genellikle sırasıyla duygu durum kontrolü ve hafta içinde yaşanan önemli olayların konuşulması, önceki seansla bağlantı kurma, ev ödevinin gözden geçirilmesi, gündemin belirlenmesi, gündem maddelerinin ele alınması (özel BDT tekniklerinin uygulanması), ev ödevlerinin verilmesi, seansın özetlenmesi ve seansa ait geri bildirimlerin alınması şeklindedir [76]. Bireyin öz farkındalığını artırma, sorunlara uygulamalı çözümler bulma, seanslarda öğrenilen bilgi ve tekniklerin pekiştirilmesi, düşünceleri test etme, bilişsel, davranışsal ve duygusal beceri pratiğini artırma ve nüksleri önleme amacı ile ev ödevleri verilmektedir [78]. Literatürde ev ödevlerinin BDT’nin

sürdürücü döngüsü açısından oldukça olumlu etkilere sahip olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur [79]–[81].

BDT’de danışanın ihtiyacına göre başa çıkma yöntemleri olarak psikoeğitim, nefes egzersizleri, gevşeme teknikleri, farkındalık teknikleri gibi farklı teknikler kullanılmaktadır. Kullanılan davranışçı müdahaleler arasında maruz bırakma ve davranış deneyleri bulunmaktadır. Bilişsel müdahalelerde ise; düşünce ile gerçekliği ayırma, düşünce ve inançlar hakkında psikoeğitim, olumsuz otomatik düşüncelerin belirlenmesi, hayal etmenin kullanımı, en kötü durum senaryosu, günlük tutma, bilişsel yeniden yapılandırma, alternatif düşünceler oluşturma, düşünce durdurma teknikleri, varsayımlar ve temel inançlarla çalışma gibi teknikler yer almaktadır [75], [76].

1.7. DIŞAVURUMCU TEKNİKLER

Sanat terapi kavramı ilk olarak 1940’ lı yıllarda Hill tarafından kullanılmıştır. Hill’ in sanatın gücünü keşfettiği ilk grubu tüberküloz hastalarından oluşmaktaydı. Hill, sanatla uğraşan hastaların hastalıklarına yönelik tutumlarında olumlu yönde değişim olduğunu ve iyileşme sürelerinin kıaldığını fark ederek hastaların iyileşme sürecinde sanatın yararlı olacağını ileri sürmüştür [82]–[84].

Sanat terapisi müzik, dans/hareket, drama, resim, sinema, tiyatro, şiir/yazının terapötik kullanımı ve görsel sanat materyalleriyle çalışan sanat terapisi gibi terapileri kapsayan bir şemsiye terimdir [82], [85]–[87]. Dolayısıyla, bireylerle veya gruplarla yapılan çalışmalarda bu terapilerden bir veya daha fazlasının kullanılması dışavurumcu sanatlar terapisi olarak tanımlanır [82], [87].

Sanat terapisi; bireyin duygularını dışa vurmasını kolaylaştırarak içsel bir değişime katkı sağlamak, bireylerde çatışmaları çözümlmek, olumlu değişimlere neden olmak, bedensel ve ruhsal problemleri en aza indirmek, sorun çözmek ve stres yönetimine yardımcı olmak üzere çeşitli sanat materyallerinin kullanımınıdır [82]–[84], [87]. Uygulanan teknikler sözsüz ifadenin dışa aktarımını sağlarken rahatlamaya destek olmaktadır [85].

Hastalık tanısı almak bireyleri zorlayan bir durumdur. Hastalık türü ve hastada oluşturacağı kayıplara bağlı olarak hastaya ölüm korkusu, pişmanlık-suçluluk duyguları

bedeninde bir organın/bölümün zedeleneceğine dair kaygı gibi duygular eşlik eder. Bu durum hastanın bilişsel işlevlerini, duygu durumunu, sosyal alanını, dengesini, beden imgesini ve fiziksel-duygusal otonomisini etkiler. Geçmişten gelen çatışma ve çözümlenememiş odak noktaları da aktif hale gelir. Bu karmaşık duygu durumu ile bireyler problem çözme becerilerini kullanamayabilirler. Kanser gibi hastalıklarda bireyler bu karışık emosyonel durumun yanında ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk, anksiyete gibi hastalığın ve tedavi sürecinin getirdiği semptomlarla baş edebilmek, yaşam kalitelerini iyi hale getirmek, her alanda iyilik halini sürdürmek, kendileri için bir şey yapabilmek ve tıbbi tedaviye destek olması amacıyla sanat terapi uygulamalarına yönelmektedir [88].

Sanat terapi uygulamaları hem bireysel hem de grup uygulaması şeklinde gerçekleştirilebilmektedir. Sanat terapisinde grup çalışmaları oldukça etkili olmaktadır. Gruptaki katılımcı sayısının 8-10 kişi olması önerilmektedir. Uzman, sanat terapi uygulamalarında katılımcıların yapamama kaygısını ortadan kaldırmak için önemli olanın ortaya güzel bir ürün koymak olmadığını belirtir. Çalışmalar esnasında süre kısıtlaması bulunmamaktadır. Tüm katılımcılar çalışmalarını bitirdikten sonra paylaşımlara geçilmektedir. Gruptaki hiçbir üye çalışmayı yapmaya zorlanamaz. Daha sonra uygulayıcı katılımcının ortaya koyduğu ürün ile ilgili sorular sorarak bireyi konu hakkında konuşmaya teşvik eder. Grup uygulamalarının süresi katılımcı sayısı ve uygulamalar sonrası katılımcıların dönüşlerine göre değişmekle birlikte ortalama 1,5-3 saat arasında sürmektedir [84].

Dışavurumcu sanat terapisinde kullanılan farklı birçok teknik vardır. En yaygın kullanılan araç çizimdir. Çizim malzemeleri arasında kurşun kalemler, boya kalemleri, keçeli kalemler, tebeşir, pastel boyalar ve üzerine çizim yapılabilecek kâğıt ve kumaşlar bulunmaktadır. Bir diğer teknik resimdir. Resim malzemeleri arasında sulu boya, parmak boyları, akrilikler, yağlı boyalar, mürekkepler ve resim yapmak için bir araç (firça/kalem/el) bulunur. Sık kullanılan bir diğer teknik kil kullanımıdır. Kil, üç boyutlu düşünmeyi ve dokunsal duyuların kullanımını teşvik eder; toprak, hamur, oyun hamuru gibi malzemeleri içerir. Yine sık kullanılan tekniklerden biri kolaj tekniğidir. Kolaj kâğıt, karton, tuval gibi bir yüzey ve yüzeye yapıştırılabilen her malzemeyi (kağıtlar, dergi resimleri ve fotoğraflar, ahşap artıkları, iplik, elyaf, kumaş, doğal malzemeler ve el işi ürünleri) içermektedir. Kişiyi sakinleştiren ve bilinçdışından kesitleri dışavurduğu için

terapötik olarak kabul edilen mandalada sık kullanılan teknikler arasında yer almaktadır [82], [87], [89].

Tercih edilen bu uygulamalar ile dışavurumcu sanat terapi; farkındalığı artırması, duygusal çatışmaları uyumlu hale getirmesi, sosyal becerileri ve problemleri çözme becerisi geliştirmesi, gerçeğe yönlendirmesi, davranışları yönetmesi, öz saygıyı arttırması ve kaygıyı azaltma özellikleri ile terapötik olarak kabul edilmektedir [89].

1.8. JİNEKOLOJİK KANSER HASTALARINDA BDT VE DIŞAVURUMCU TEKNİKLERLE YAPILAN ÇALIŞMALAR

Literatürde iki tekniğin bir arada kullanıldığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Jinekolojik kanserli hastalarda ameliyat sonrası dönemde danışmanlık ve rahatlama müdahalesinin psikolojik semptomlar üzerindeki etkisini inceleme amacıyla yapılan ve program içerisinde beden taraması, gevşeme egzersizleri, yönlendirilmiş imgelem ve nefes tekniklerinin kullanıldığı çalışmada hastaların psikolojik semptomlarında azalma görülmüştür [90].

Hastanede yatış sırasında brakiterapi gören jinekolojik ve meme kanseri hastalarında anksiyete ve depresyonu azaltmak için gevşeme ve yönlendirilmiş imgelemeden oluşan psikolojik müdahalenin etkinliğinin belirlenmesi amaçlanan çalışmanın sonucunda müdahale grubunun kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anksiyete, depresyon ve fiziksel semptomlarında (bulantı gibi) istatistiksel olarak anlamlı bir azalma görülmüştür [91].

Jinekolojik kanser hastalarında cinsel işlev bozukluğuna yönelik 90 dakikalık üç seanstan oluşan farkındalık temelli bilişsel davranışsal müdahale programı uygulanan bir çalışmada, programın hastaların cinsel tepkilerinin tüm alanlarında önemli iyileşmelere ve cinsel sorunların azaltılmasında önemli bir eğilime yol açtığı sonucuna varılmıştır [92]. Jinekolojik kanserli ve uykusuzluk çeken kadınlara uygulanan altı haftalık BDT seansının etkilerini inceleyen randomize kontrollü bir çalışmada; BDT' nin onkoloji hastalarının klinik ihtiyaçlarını karşılama ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini iyileştirmeye yardımcı olma potansiyeline sahip olduğu belirlenmiştir [93].

Jinekolojik kanser tanısı almış hastalara yönelik iki psikolojik müdahalenin karşılaştırıldığı çalışmada; bir grup hastaya bilişsel davranışsal müdahalelerden oluşan

sekiz oturumluk başa çıkma ve iletişim müdahale programı, diğer gruba ise sekiz oturumluk destekleyici danışmanlık müdahale programı uygulanmıştır. Çalışma sonucunda hastaların çoğunluğunun yüksek düzeyde sıkıntı yaşadığı bir dönemde bilişsel davranışçı müdahalelerden oluşan programın hastaların depresyon düzeyleri, kansere özgü sıkıntılar ve duygusal refahı üzerinde önemli bir etkisi olduğu, tanı sonrası bu tür sıkıntıların iyileştirilmesi ve bu müdahalelerin klinik bakıma dahil edilmesi gerekliliği sonucuna varılmıştır. Onkoloji ortamlarında sıklıkla tedavi modeli olan kısa destekleyici danışmanlığın psikolojik sıkıntıyı etkilemediği de belirtilmiştir [94].

Jinekolojik kanser hastalarına, bilişsel davranışçı terapi unsurlarını içeren bir psikoeğitim uygulamasının, hastaların cinsel istek, uyarılma, orgazm, tatmin, cinsel sıkıntı, depresyon ve genel refah üzerinde ve fizyolojik genital uyarılma ve algılanan genital uyarılmada önemli ölçüde iyileşme sağladığı belirlenmiştir [95].

Jinekolojik ve meme kanseri olan kadınlara yönelik içinde bilişsel davranışçı terapi tekniklerinin yer aldığı nüks korkusuna yönelik altı haftalık bir tedavi programının, kadınlarda tedavi sonrası ve tedaviden üç ay sonra nüks korkusunda büyük bir azalmaya yol açtığı görülmüştür [96].

Jinekolojik kanser hastalarında sanat terapisi müdahalelerinin hem kaygı hem de umut üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlayan çalışmada; hastalara kemoterapi alırken müdahalelere uygun olan jinekolojik kanser hastalarında sanat terapisinin hem kaygı hem de umutta iyileşme ile ilişkili olabileceği sonucuna ulaşılmıştır [30].

Kemoterapi alan jinekolojik kanser hastalarında sanat terapisi müdahalesinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada, hastalara uygulanan beş seans sanat terapisi uygulaması sonrası hastaların kemoterapinin seyri boyunca yaşam kalitelerinde anlamlı bir değişiklik göstermediği sonucuna varılmıştır. Kemoterapi sürecinin yaşam kalitesindeki düşüşle ilişkili olduğu ve sanat terapisinin bu düşüşü önlemeye veya hafifletmeye yardımcı olabileceği belirtilmiştir [97].

Kemoterapi alan hastalara uygulanan farklı dışavurumcu tekniklerin kullanıldığı bir çalışmada, hastaların daha rahat, sakin, umutlu ve güçlü hissetmelerine katkıda bulunduğu ve onların şimdiki yaşamalarına, hastalıklarının getirdiği zorluklarla kendileri için mücadele etmelerine yardımcı olduğu ve kendilerini ifade etmeye teşvik ederek,

kişisel farkındalığı artıran ve etkili başa çıkma becerilerini öğreten duygusal ve psikolojik destek sağladığı sonucuna varılmıştır [98].

Örnekleminde jinekolojik kanser hastalarının da bulunduğu, hastaların farkındalık temelli dışavurumcu sanat müdahalesini nasıl deneyimlediklerini keşfetmek ve deneyimlerini etkileyen bireysel ve bağlamsal faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, kanser hastaları için fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılayabilecek farkındalık temelli dışavurumcu müdahalelerin önemine vurgu yapılmıştır [99].

Farklı bir çalışmada kanser hastalarına yönelik yeni geliştirilen farkındalık temelli sanat terapisi psikososyal grup müdahalesinin etkinliği hakkında veri toplama amacıyla yapılan çalışmada, katılımcılara sekiz haftalık program uygulanmış ve müdahale grubundaki hastaların stres belirtilerinde önemli bir azalma ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin temel yönlerinde önemli iyileşmeler gözlenmiştir [100].

Sanat terapinin bir alanı olan bireysel müzik terapisi seansları ile radyoterapi gören meme ve jinekolojik kanserli kadınlarla çalışılan bir çalışmada; müzik terapinin kansere bağlı yorgunluğu ve depresyon belirtilerini azaltmanın yanı sıra, yaşam kalitesini artırmada da etkili olduğu ancak yorgunluk üzerindeki etkilerinin yeterince belirlenebilmesi için iyi tasarlanmış daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu ifade edilmiştir [101].

Hastalar ve yakınları için kanser rehabilitasyon müdahalesinin bir parçası olarak hikâye anlatımı kullanımının araştırılması amaçlanan çalışmada; dans, sanat ve el sanatları gibi etkinliklerle iç içe geçmiş hikâye anlatımı ve metafor kullanımının, hastalara ve yakınlarına kanserle ilgili endişelerini yönetme konusunda daha sonra günlük yaşamlarında uygulayabilecekleri stratejiler sağladığını göstermektedir [102].

Brakiterapi uygulanan jinekolojik kanser hastaları ile yapılan bir başka çalışmada; hastalara dans/hareket terapisi uygulanmıştır. Uygulamanın zihin-beden bağlantısını güçlendirerek bireyin iyileşme sürecine yardımcı olduğu, benlik imajı, kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunları doğrudan ele aldığı gösterilmiştir [103].

Over kanseri tanısı alan bir hasta ile yapılan çalışmada; kemoterapi sürecinde uygulanan müzik terapi seanslarının hastanın duyguları ve genel sağlık durumu üzerinde olumlu değişimler oluşturduğu belirlenmiştir. Ayrıca ellerinde renk değişimi, ellerinin sıcaklığı ve fiziksel hareket ve nefes almada da iyileşmeler gibi fizyolojik değişikliklerde

gözlenmiştir [104].

1.9. PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE BDT VE DIŞAVURUMCU TEKNİKLERİN KULLANIMI

Psikiyatri hemşireliği American Psychological Association (APA)' a göre; hemşirelik alanında, mental bozuklukları veya davranış sorunları olan bireylerin fiziksel ve psikososyal iyilik hallerini geliştirmek amacıyla bütüncül bakım sağlayan bir uzmanlık alanıdır. Psikiyatri hemşireliği, kişilerarası ilişkilerin terapötik bir araç olarak kullanılmasına vurgu yapar ve ruh sağlığını etkileyen çevresel faktörleri dikkate alır. Bu nedenle sadece fiziksel bakım sağlamakla kalmaz, aynı zamanda olumlu değişimi teşvik eden güvenli ve rahat bir ortam yaratmak için hastalarıyla sosyalleşir ve iletişim kurarlar [105].

Hasta bireyin bütüncül yaklaşımlarla ele alındığı hemşirelik bakımında sanatsal faaliyetlerde yer almaktadır. Psikiyatri hemşireleri tarafından danışmanlık rolleri kapsamında; ruh sağlığının korunma ve geliştirilmesinde, bireye baş etme becerilerinin kazandırılması ve geliştirilmesi, yeti yitimlerinin en aza indirilmesi hedeflenmektedir. Psikiyatri hemşireleri psikoterapi alanında sertifikalar edinerek uzmanlaşabilmektedir. Böylece birey, aile ve gruplara ruh sağlığını koruma ve geliştirme, işlevselliği bozulmuş ve fonksiyon kaybı olan bireyin hastalık öncesi halinin tekrar kazandırılması, ruhsal hastalık ve yeti yitimini önlemede psikoterapist rolü ile psikoterapi uygulayabilmektedir [106].

Sertifikalandırılmış psikiyatri hemşireleri tarafından bireyin etkili baş etme davranışlarını geliştirmek ve hemşirelik bakımının terapötik etkinliğini artırmak amacıyla BDT uygulanabilmektedir. BDT yaklaşımlarının ilişki kurma, empati ve terapötik iletişim gibi bazı temellerinin hemşireliğin temelleri ile olan benzerlikleri psikiyatri hemşirelerinin hasta bakımında BDT teknikleri kullanımını desteklemektedir. Hemşirenin BDT' yi uygularken amacı; hastayı bilgilendirme, tedaviye uyumunu artırma ve stresle baş etmeyi öğretmektir. Hemşirelik sürecinde olduğu gibi BDT' de hasta merkezlidir. Uygulayıcı ve hasta arasında güçlü bir iş birliği gerektirir. Hemşirelikte ve BDT' de kanıta dayalı yaklaşımlar ve ölçme araçları kullanılmaktadır [106].

Literatür incelendiğinde psikiyatri hemşireliği alanında BDT yaklaşımlarının gerek

bireysel gerek grup müdahalesi olarak farklı gruplarda kullanıldığı görülmektedir. Bu çalışmalardan bazıları aşağıda sıralanmıştır.

- Madde bağımlısı bireylere hemşireler tarafından uygulanan bilişsel davranışsal müdahalelerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışma sonucunda, madde bağımlılarının yaşam kalitesi ve sağlık durumunda iyileşme olduğu belirtilmiştir [107].
- Literatürde bir olgu sunumunda sınav kaygısı problemi olan bir öğrenci hemşireye, Roy Adaptasyon Modeli ve BDT yaklaşımlarının beraber kullanımı ile hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Psikiyatri hemşireliği uygulaması olarak görüşmelerin ortalama 40-45 dakika sürdüğü çalışmada öğrenci hemşire ile toplam beş görüşme yapılmıştır. Sonuç olarak, olgunun sınav kaygısı düzeyinde azalma ve uyum alanlarında olumlu gelişmeler olduğu ifade edilmiştir [108].
- Bilişsel-davranışçı grup danışmanlığının ikinci ve üçüncü sınıftaki hemşirelik öğrencilerinin benlik algıları ve stresle baş etme biçimlerine etkisinin incelendiği bir çalışmada; öğrencilere haftada bir kez ve toplam on iki oturumdan oluşan 90 dakikalık grup danışmanlığı programı uygulanmıştır. Çalışma sonucunda; öğrencilerin olumsuz ruh sağlığı belirtilerinin, olumsuz stresle başa çıkma tarzlarının ve otomatik düşüncelerinin azaldığı, olumlu başa çıkma tarzlarının ise arttığı sonucuna varılmıştır [109].
- Bilişsel davranışçı tekniklere dayalı öfke ile baş etme programının ergenlerin öfke, saldırganlık ve ruhsal belirtileri üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla dokuzuncu sınıf öğrencileri ile yapılan çalışmada; deney grubuna haftada bir gün, bir buçuk saat süren, on oturumdan oluşan öfke ile baş etme programı uygulanmıştır. Çalışma sonucunda ise, programın öğrencilerin öfke, saldırganlık ve ruhsal belirtileri üzerinde olumlu ve istendik yönde değişim yarattığı ifade edilmiştir [110].
- Uygulanan Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı' nın şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ruhsal durumları, stresle başa çıkma tutumları ve bakım yüküne etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada bakım vericilerin stres belirtilerini, ruhsal hastalık riskini ve bakım yüklerini azaltıcı, sorun odaklı ve duygu odaklı başa çıkma tutumlarını geliştirici bir etkisi olduğu sonucuna varılmıştır [111].

- Kanserli çocuğu olan ebeveynlere verilen bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin umutsuzluk ve stresle baş etme üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada katılımcılara bireysel olarak sekiz oturum uygulanmış ve sonucunda kanserli çocuğu olan ebeveynlere verilen bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin stresle başa çıkma tarzlarını artırmada, umutsuzluk düzeylerini azaltmada etkili olduğu ifade edilmiştir [112].
- Alkol kullanım bozukluğunda bilişsel davranışçı model temelli ve psikoeğitim destekli egzersizin relaps için risk faktörü olan depresyon, anksiyete ve öz yeterlilik düzeyine etkisini belirlemek amacıyla 41 kişi ile yapılan çalışmada; uygulanan programın depresyonu ve anksiyeteyi azaltmada, öz yeterliliği artırmada etkili olduğu dolaylı olarak relapsları önleme noktasında katkı sağladığı sonucuna ulaşılmıştır [113].
- Madde bağımlılarında bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığının madde kullanımına ilişkin inanç ve dürtüselliliğe etkisini belirlemek amacıyla sekiz oturumluk grup danışmanlığı programı uygulanan çalışmada; bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığının madde bağımlılarının madde kullanımlarına yönelik olumsuz inanç ve dürtüsel davranma düzeyini azaltmada etkili bulunduğu belirtilmiştir [114].
- Alkol ve madde kullanım bozukluklarında bilişsel davranışçı model temelli müzik terapinin stres, özyeterlilik ve relaps düzeyine etkisini belirlemek amacıyla 62 kişiye üç hafta boyunca sekiz oturum uygulanmıştır. Sonuç olarak; alkol ve madde kullanım bozukluğunda bilişsel davranışçı model temelli müzik terapinin stresi azaltmada, öz yeterliliği artırmada ve relapsları önlemede katkı sağladığı belirtilmiştir [115].
- Duygudurum (bipolar tip II) bozukluğu tanısı alan bireylerde bilişsel davranışçı terapinin iyileşmeye etkisini belirlemek amacıyla girişim grubundaki bireylere on seans bireysel bilişsel davranışçı terapi uygulandığı çalışmanın sonucunda; bilişsel davranışçı terapinin, duygudurum bozukluğu olan bireylerin umutsuzluk düzeylerini düşürmek, işlevselliklerini ve tedaviye uyumlarını artırmak için etkin bir yaklaşım olduğu ifade edilmiştir [116].

Hemşirelik, kendi içsel yaratıcı kaynaklarını kullanırken başkalarının deneyimlerini dönüştürmek için kullanılan bir sanattır. Hemşirenin kişiyi ve kişinin ihtiyaçlarını

algılaması olarak görülen sanat, hemşirenin becerilerini profesyonel olarak sergilemesiyle ilişkilidir [117]. Sanat terapi, sıklıkla hastaların kendilerini kelimeler ile ifade edemediği, duyguların yoğun bir biçimde bastırıldığı hastalıklar olan kaygı bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, kanser, bilişsel bozukluklar, depresyon ve kişilik bozuklukları gibi hastalıklarda hastaların kendilerini ifade etmelerine bir aracı olmaktadır [89].

Literatür incelendiğinde; sağlık ve hemşirelik bakımında farklı hasta gruplarına uygulanan sanat terapi müdahaleleri görülmektedir. Bu çalışmalardan bazıları aşağıda verilmiştir.

- Farklı yaş gruplarındaki çocuklarda ameliyat öncesi kaygı düzeylerinin azaltılması amacıyla yapılan sanat müdahalesinin hastaların kaygı düzeylerinin anlamlı derecede azalmasına katkı sağladığı belirlenmiştir [118].
- Ebru sanatı terapisinin şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarının kaygı düzeylerine etkisini araştırmak amacıyla yapılan çalışmada uygulanan sanat terapisinin, şizofreni hastalarının negatif ve pozitif belirtilerinde iyileşme sağladığı ve hem şizofreni hem de bipolar bozukluğu olan hastalarda kaygı düzeylerinde azalma olduğu sonucuna varılmıştır [119].
- Uzun süreli bireysel psikodinamik sanat psikoterapisi alan kişilik bozukluğu hastalarında psikoterapinin başlangıç ve bitiş evrelerindeki değişimlerin psikososyal, semptomatik, tanısal ve kişilik özellikleri açısından incelenmesi amaçlanan çalışmada; psikoterapiye dört yıl veya daha fazla katılım sağlayan hastaların semptomlarında belirgin bir azalma, işlevselliklerinde iyileşme, iş ve eğitim başarılarında artış olduğu gözlenmiştir [120]
- Ebru sanatını kullanan sanat psikoterapisinin aile içi şiddet mağduru travma sonrası stres bozukluğu tanılı kadınlarda depresyon, kaygı ve umutsuzluk üzerine etkisini inceleyen farklı bir çalışmada; kadınlara on dört seanslık ebru sanatı uygulanmış ve uygulamanın kadınlarda depresyon, kaygı ve umutsuzluk düzeyini azaltmada olumlu bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın kadınların gömülü travmatik deneyimlerinin ortaya çıkarılmasına yardımcı olduğu da ifade edilmiştir [121].
- Sınırdaki kişilik bozukluğu hastalarının bireysel psikodinamik sanat terapi sürecindeki değişimlerinin incelenmesi amaçlanan çalışmada; uzun süre (6-8 yıl) boyunca psikodinamik sanat psikoterapisine devam eden hastaların sürecin

başlangıcında hem kendilerine hem de başkalarına yönelik saldırgan, yıkıcı ve uyumsuz davranışları ile suçluluk, yoğun acı, üzüntü, yetersizlik, kaygı gibi duygularının şiddetli olduğu ve belirtilerin ancak sonlanma döneminde başlangıca göre istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı sonucuna ulaşılmıştır [122].

- Epilepsi, gastrointestinal sistem hastalıkları, kanser, kalp-damar hastalıkları, ortopedi ve genel cerrahi hastalarını içeren hastanede yatan hastalarla klinikte uygulanan sanat terapisinin etkisini belirlemek için yapılan çalışma sonucunda; tüm hastalarda sanat terapisi seanslarının başlangıcı ve bitişi arasında ağrı, ruh hali ve kaygı düzeylerinde anlamlı iyileşmeler olmuştur [123].
- Meme kanseri olan kadınlarda sanat terapisi müdahale programının baş etme kaynakları üzerindeki etkisini tanımlamak üzere yapılan bir çalışma sonucunda; sanat terapisi müdahalesine katılan kadınlarda başa çıkma kaynaklarında genel bir artış olduğu ifade edilmiştir [124].
- Literatürde yaşlı yetişkinlerde, demans ve alzheimer hastalarında dışavurumcu sanat terapi etkinliklerinin uygulandığı çalışmalarda mevcuttur [125]–[127].

Sonuç olarak; jinekolojik kanser hastalarının kadınlık kimliğine yönelik kayıplarına verdikleri uzamış yas tepkilerine ve kadınlık algılarının belirlenmesine ilişkin ve aynı zamanda jinekolojik kanser hastalarında iki ayrı psikoterapötik müdahalenin (bilişsel davranışçı kuram ve dışavurumcu teknikler) kullanıldığı randomize kontrollü bir çalışmaya rastlanılamamıştır.

Çalışmamızda kullandığımız BDT ve dışavurumcu teknikleri kullanarak hazırladığımız programla birlikte jinekolojik kanser hastalarının;

- Duygu-düşünce-davranış arasındaki ilişkiyi kavraması, kanserin kendi üzerinde oluşturduğu psikolojik etkilerin bedensel yansımalarının farkına vararak, bedeni ve duyguları arasında ilişki kurabilmesi,
- İşlevsiz düşüncelerinin ve bilişsel çarpıtmalarının farkına varmaları, yerine alternatif düşünceler geliştirmeleri,
- Fiziksel ve psikososyal sorunlarında kullanabilecekleri baş etme yöntemlerini öğrenmeleri,

- Dışavurumcu teknikler ile bedensel ihtiyaçlarının, öfke ve kızıgnlık gibi engellenmiş duygularının, karşılanmamış ihtiyaçlarının, yaşadıkları kayıplara ilişkin zorlayıcı duyguların farkına varabilmeleri,
- Zorlayıcı duyguları ile başa çıkmayı öğrenebilmeleri,
- Farkına varılan zorlayıcı duyguları yönetme becerisinin geliştirilebilmesi gibi pek çok farklı kazanım hedeflenmiştir.



2. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, araştırmanın tipi, araştırmanın örnekleme ile ilgili bilgiler, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, araştırmanın uygulama süreci, “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı”nın tanıtımı ve verilerin analizine dair bilgiler yer almaktadır.

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIMI

Bu araştırmanın amacı, jinekolojik kanser hastalarına uygulanan bilişsel davranışçı ve dışavurumcu tekniklere temellendirilmiş “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı”nın uzamış yas tepkilerine etkisi ve hastaların kadınlık algılarının belirlenmesidir. Araştırma, nicel ve nitel yaklaşımın birlikte kullanıldığı karma yöntemde yapılmıştır. Nicel yaklaşımda ön test, son test ve izlem testi ile randomize kontrollü deneysel tasarım, nitel yaklaşımda ise derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırmanın protokol kaydı Clinical Trials kayıt sistemine NCT05529303 numarası ile kaydedilmiştir.

2.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımlı değişkeni jinekolojik kanser hastalarının uzamış yas düzeyleri, bağımsız değişkeni ise “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” olarak belirlenmiştir.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği’ne Eylül 2022-Temmuz 2023 tarihleri arasında başvuran, jinekolojik kanser tanısı nedeniyle ameliyat olmuş ve ameliyatının üzerinden en az üç ay geçmiş olan 143 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın evreni belirlenirken yas kuramlarının ortak noktası olan yasin kayıplarda geleneksel olarak bir yıl sürmesi ve zaman içinde kendiliğinden azalabiliyor olması göz önünde bulundurularak son bir yıl içinde ameliyat olan hastalar dahil edilmiştir [128].

Yine literatürde kanser tedavileri sonrası üç ay içinde ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler (vajende kuruma, elastikiyetin kaybolması gibi..) ve bu değişikliklere bağlı tutumların ortaya çıkması nedeniyle cerrahinin üzerinden en az üç ay geçmiş olma kriteri ele alınmıştır [129], [130].

2.3.1. Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Belirlenmesi

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında güç analizi (G*Power 3.1.9.7 programı) uygulanmıştır. Çalışmada değişken olarak kanser hastalarında uzamış yas bozukluğu ölçümünde kullanılan UYBÖ-HF puan ortalamaları esas alınmıştır. Bu ölçeğin puan ortalamalarının alınmasının nedeni müdahale grubuna uygulanan “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” içeriğinin uzamış yas bozukluğu ve kadınlık algısına yönelik olarak hazırlanmasıdır. Planlanan çalışma için literatür incelendiğinde, uygulanacak ölçeğin kendisi ya da paralel bir formunun kullanılmadığı tespit edilmiştir. Literatür bilgisinin olmadığı durumlarda pilot çalışma yapılarak elde edilen değerler ile power analizinin yapılması sağlıklı bir yöntem olacağından toplamda 30 vaka üzerinden (15 vaka müdahale 15 vaka kontrol grubu) pilot çalışma yapılarak güç analizi sürecinin işletilmesi önerilmektedir [131]. Kayıplar göz önünde bulundurularak pilot çalışmadaki örneklem sayısı 40 olarak alınmış olup 20 vaka müdahale 20 vaka kontrol grubu şeklinde uygulama gerçekleştirilmiştir.

Gruplara göre ön test (birinci ölçüm) ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,914$). Gruplara göre son test (ikinci ölçüm) ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p=0,014$). Müdahale grubunun ortancası 17 iken kontrol grubunun ortancası 26 olarak elde edilmiştir (Çizelge 2.1).

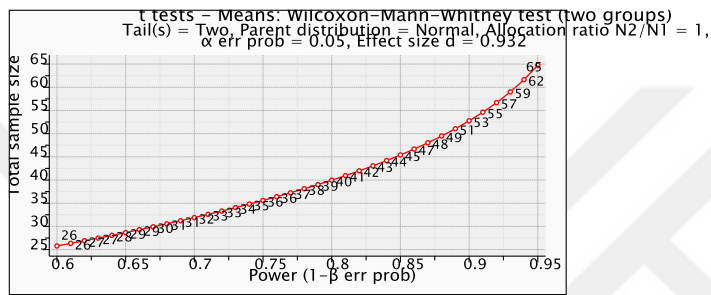
Çizelge 2.1. Yapılan pilot çalışma sonuçlarının gruplara göre karşılaştırılması.

	Grup				Test İs.*	p
	Müdahale		Kontrol			
	Ortalama \pm SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama \pm SS	Ortanca (Min - Maks)		
Ön test- 1. ölçüm	26,5 \pm 10,0	27,5 (12,0 - 47,0)	27,4 \pm 10,4	25,0 (14,0 - 51,0)	204,500	0,914
Son test- 2. ölçüm	18,4 \pm 4,8	17,0 (13,0 - 30,0)	28,6 \pm 12,5	26,0 (14,0 - 51,0)	71,500	0,014

* Mann Whitney U testi

Pilot çalışma ölçüm sonuçları baz alındığında %95 güven ($1-\alpha$), %95 test gücü ($1-\beta$) ve $d=0,932$ etki büyüklüğü ile iki yönlü Mann-Whitney U testi sonucuna göre her bir grupta

33 vaka olmak üzere çalışmaya dahil edilmesi gereken toplam vaka sayısı 66 olarak bulunmuştur (Şekil 2.1). Ancak çalışma esnasında kayıpların olabileceği düşünülerek sayı %20 artırılarak müdahale grubuna 40, kontrol grubuna 40 olmak üzere toplam 80 kadın alınmıştır [132]. İyi tanımlanmış tasarıma sahip olan uygulamalarda pilot çalışma sonrası program üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmadıysa önceki ve sonraki verilerin bir havuzda toplanabilmesi mümkündür ve dahili (iç) pilot çalışma olarak adlandırılmaktadır [133]–[135]. Çalışma kapsamında yapılan pilot çalışma sonucunda müdahale programında herhangi bir değişiklik yapılmaması nedeniyle dahili (iç) pilot çalışmada yer alan hastalarda çalışmanın örneklem grubunda yer almıştır.



Şekil 2.1. Güç analizi raporu.

GPOWER PROTOKOLÜ

t tests - Means: Wilcoxon-Mann-Whitney test (two groups)

Options: A.R.E. method
Analysis: A priori: Compute required sample size
Input: Tail(s) = Two
Parent distribution = Normal
Effect size d = 0.932
α err prob = 0.05
Power (1-β err prob) = 0.95
Allocation ratio N2/N1 = 1
Output: Noncentrality parameter δ = 3.6995046
Critical t = 1.9996068
Df = 61.0253575
Sample size group 1 = 33
Sample size group 2 = 33
Total sample size = 66
Actual power = 0.9535911

Araştırmanın müdahale ve kontrol grubunda 40'ar hasta olmak üzere 80 hasta ile başlanmıştır. İkinci izlemde sekiz, üçüncü izlemde iki hasta olmak üzere toplam on hasta farklı nedenlerle (bir hasta eşinin programa devam etmesini istememe, bir hasta il

değişikliği, iki hasta tedavi sürecindeki seyrin değişmesi ile farklı bir ile sevk olma, üç hasta vefat, bir hasta sebep belirtmeden programa devam etmeme, bir hasta izlem ölçümünde terminal evrede olması nedeniyle bilincinin kapalı olması ve bir hasta farklı sağlık problemi (yanık) nedeniyle programa devam edememe) araştırmayı tamamlamamıştır. Randomize kontrollü çalışmalarda örneklem kaybının %15' in altında olması önerilmektedir [136]. Araştırmada örneklem kaybı oranı %12,5' dir.

2.3.2. Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Belirlenmesi

Çalışmada katılımcıların kadınlık algılarını değerlendirmek için programı tamamlayan katılımcılar ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Çalışmanın nitel boyutunun evrenini “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” oturumlarına katılan ve oturumları tamamlayan 34 katılımcı oluşturmuştur. Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğü belirlenirken alınan veriler kendini tekrar etmeye başlayana kadar veri toplamaya devam edilir [137]. Bu araştırmada amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi kullanılmış olup; örneklem büyüklüğü katılımcılar ile görüşmede elde edilen veriler tekrar edene kadar yani veri doygunluğuna ulaşılan kadar görüşmelere devam edilmiştir. Bu bağlamda araştırmanın nitel boyutunun örneklemini müdahale programı uygulanan 11 katılımcı oluşturmuştur.

2.4. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİNİN ÖZELLİKLERİ

2.4.1. Katılımcıların Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18-65 yaş aralığında olmak,
- Jinekolojik kanser tanısı almış olmak,
- Kanser tanısı aldığını biliyor olmak,
- Cerrahi tedavisinin tamamlanmasının üzerinden en az üç ay geçmiş olmak,
- Okuma-yazma biliyor olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

2.4.2. Katılımcıları Çalışmadan Dışlama Kriterleri

- Herhangi bir ruhsal bozukluk tanısına sahip olma (depresyon, anksiyete, şizofreni, bipolar bozukluk gibi)

- Etkili iletişim kurma ve sürdürmeye yönelik bir engeli olma
- Terminal evrede olma

2.4.3. Araştırma Sırasında Örneklemden Çıkarılma Kriterleri

- Katılımcının araştırmadan ayrılmak istediğini belirtmesi,
- Katılımcının en az iki oturuma herhangi bir nedenden dolayı katılmaması/katılamaması,
- Katılımcının ruhsal iyilik halinde bozulma durumunun olması ve/veya katılımcının oturumlara katılmasını engelleyecek tıbbi bir durumun gelişmesi.

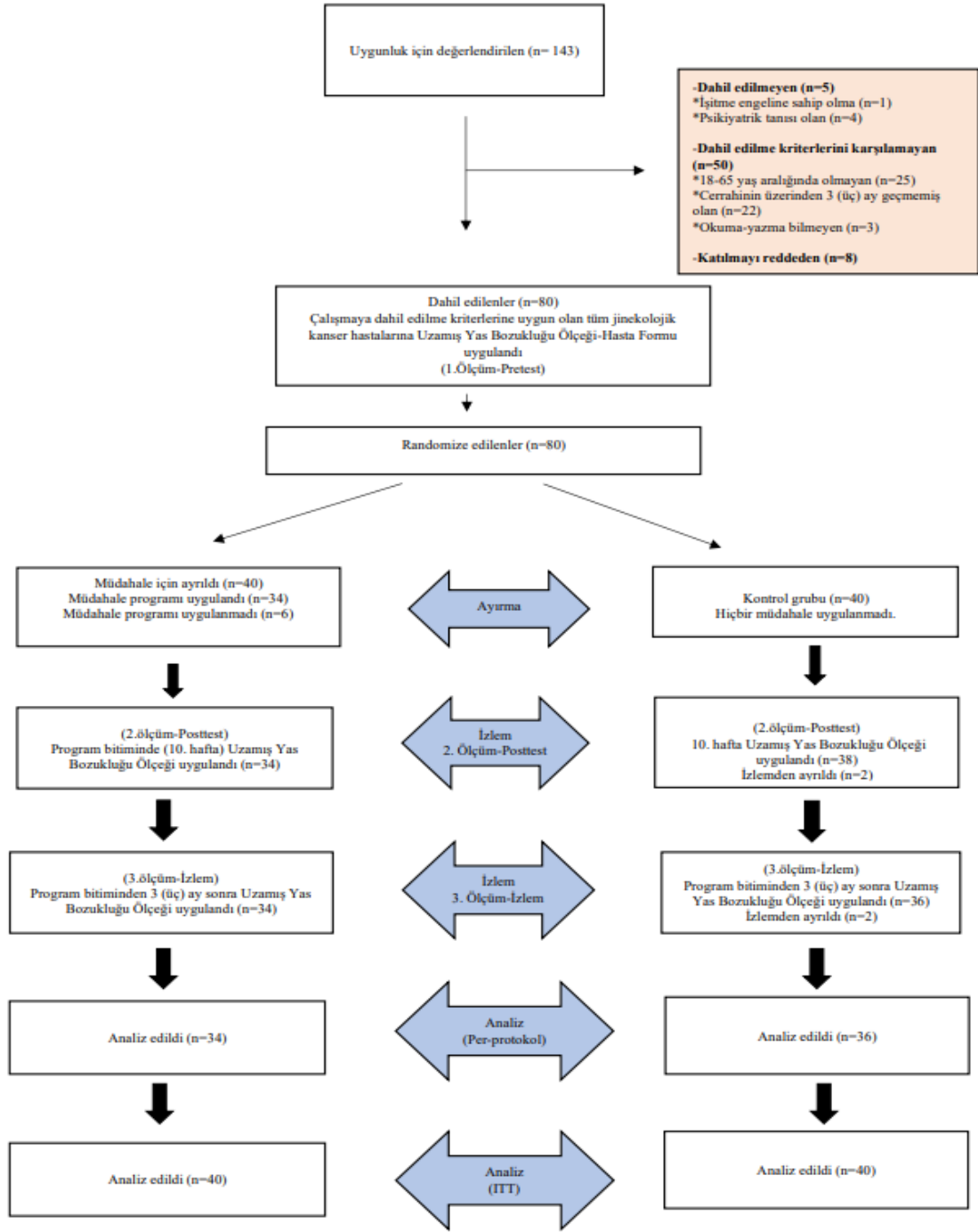
2.5. ARAŞTIRMANIN KÖRLEMESİ VE YANLILIĞIN ÖNLENMESİ

Araştırmada, müdahale grubuna uygulanan “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” özel eğitim almış olan çalışmayı yürüten araştırmacı tarafından uygulandığı için araştırmacı körlemesi yapılamamıştır.

Hastaların müdahale ve kontrol grubuna ataması araştırma dışından bir uzman tarafından basit rastgele atama yolu ile yapılmıştır [138]. Atama esnasında her bir bireye karşılık gelecek rastgele sayıyı Microsoft Excel programında “=yuvarla(S_SAYI_ÜRET();4)” fonksiyonu ile virgülden sonra dört basamaklı sayılar üretilmiştir. Bu üretim tamamen rastgele program tarafından gerçekleştirilmiş ve her seferinde birbirinden bağımsız sayılar üretilmiştir. Üretilen rastgele sayılar müdahale ve kontrol grubuna dahil edilecek toplam kişiye ait sayılar içinde kaçınıcı sıraya denk geldiği “=RANK(C2;\$C\$2:\$C\$50)” fonksiyonu ile belirlenmiştir. Rastgele sayılar ve ilgili sıralar belirlendikten sonra <https://www.random.org/sequences/> bağlantısı ile kişilerin rastgele olarak hangi grupta yer alacağı belirlenmiş ve random iki gruba bölünmüştür. Elde edilen bu değerlere göre kişilerin listenin hangi grubunda yer alacağı “=EĞERHATA("Grup No=" &DÜŞEYARA(D2;listem;2;0);" Grup Ataması Yapılmadı")” fonksiyonu ile otomatik olarak atanmıştır. Gruplara yapılan atamalar sonucunda her bir gruptaki UYBÖ-HF puanları IBM SPSS paket programına girilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiş ve verilerin normal dağıldığı tespit edilmiştir. Verilerin normal dağılması sonucunda grupların ortalama değerlerinin karşılaştırılmasında bağımsız örnekler t testi kullanılmıştır. Grup bir için ortalama değer 26,42±10,15 Grup iki için ise 24,98±10,10 olarak belirlenmiştir ve elde edilen ortalama değerler arasında

istatistiksel olarak fark olmadığı görülmüştür ($p=0,524$).

Müdahale grubundaki katılımcılara on oturum ‘‘Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı’’ uygulandığından katılımcı körlemesi de yapılamamıştır. Son test ve izlem testleri katılımcıların hangi grupta olduğunu bilmeyen başka bir uzman hemşire tarafından uygulanmıştır. Aynı kişi tarafından veriler A ve B şeklinde kodlanıp bilgisayar ortamına aktarılmış, kodlanan gruplara ait verilerin analizi araştırmadan bağımsız bir istatistik uzmanı tarafından yapılmıştır. İstatistiksel analizler ve rapor yazım süreci tamamlandıktan sonra verileri bilgisayar ortamına aktaran araştırmacı tarafından müdahale ve kontrol grubu için yapılan kodlamalar açıklanmıştır. Randomizasyon ile grupların belirlenmesi, son test ve izlem testlerinin toplanması, verilerin kodlanması, istatistik uzmanı ve raporlama yönünden tek körleme yapılarak saptama yanlılığı, istatistiksel yanlılık ve raporlama yanlılığı kontrol altına alınmıştır.



Şekil 2.2. Araştırmanın CONSORT akış diyagramı.

2.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE ÖZELLİĞİ

Araştırmanın nicel kısmının verilerinin toplanmasında; katılımcıların bireysel özelliklerini içeren “Kişisel Bilgi Formu” ve uzamış yas tepkilerini değerlendirmek için Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği- Hasta Formu (UYBÖ-HF) kullanılmıştır. Nitel kısmında

ise araştırmacı tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış form olan “Kadınlık Algılarını Belirleme Görüşme Formu” kullanılmıştır.

2.6.1. Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür taranarak [10], [30], [139] oluşturulan formda, jinekolojik kanser hastalarının yaş, medeni durum, yaşadığı yer, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, aile yapısı, çalışma durumu, geçirilen kanser ve tedavi türü gibi bilgileri içeren toplam 15 soru yer almaktadır.

2.6.2. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu (UYBÖ-HF): Kanser hastalarının, hastalığın yol açtığı kayıplara ilişkin duygusal deneyimlerini ve yas tepkilerini değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir ve Prigerson’un öncülük ettiği bir grup araştırmacı tarafından yas belirtilerini ölçmek üzere geliştirilen ve önceleri Karmaşık Yas Envanteri olarak adlandırılmış, uzamış yas bozukluğu tanısının International Classification of Diseases-11 için önerilen sınıflandırma içine alınmasıyla birlikte Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği adını almıştır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Danışman vd. tarafından 2017 yılında yapılmıştır. 5’li likert tipte bir ölçek olup; 12 maddesi bulunmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın yükselmesi; yas belirtilerindeki artışa işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,88 bulunmuştur [15]. Bu çalışmada ise Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı ön test için 0,86 son test ve izlem testi için ayrı ayrı 0,91 olarak bulunmuştur.

2.6.3. Kadınlık Algılarını Belirleme Görüşme Formu: Araştırmada görüşmeye yol gösterici olması ve rehberlik etmesi için araştırmacı tarafından hazırlanmış olan yarı yapılandırılmış form (rehber görüşme formu) kullanılmıştır. Formda katılımcıların katılmış oldukları müdahale programı sonrası kadınlık ile ilgili duygu, düşünce, algı ve tutumlarını belirlemek için açık uçlu sorular bulunmaktadır. Görüşme formu konu ile ilgili geniş bir literatür taramasından sonra geliştirilmiştir [30], [49], [60], [71], [98], [140], [141]. Formun kapsam geçerliliği için psikiyatri hemşireliği alanında beşuzmandan görüş alınmıştır. Uzmanların önerileri ışığında forma son hali verilmiş ve görüşmeler bu soruların doğrultusunda yapılmıştır.

2.7. VERİLERİN TOPLANMASI

2.7.1. Nicel Verilerin Toplanması

Araştırma kapsamına alınan tüm hastalara araştırmacı tarafından çalışma hakkında detaylı bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Nicel verilerin toplanmasında aşağıdaki yol izlenmiştir:

- Ön test (Birinci ölçüm-Oturumlar öncesi): Randomizasyon öncesinde araştırmacı tarafından tüm hastalara ilk olarak Kişisel Bilgi Formu ve UYBÖ-HF uygulanmıştır.
- Hastaların müdahale ve kontrol grubuna ataması araştırmadan bağımsız bir uzman tarafından randomizasyonla belirlenmiştir.
- Son test (İkinci ölçüm-Oturumlar sonrası): Müdahale çalışmasının son oturumundan sonraki iki gün içinde hem müdahale hem de kontrol grubundaki hastalara yanlılığın önlenmesi adına araştırmadan bağımsız bir uzman hemşire tarafından uygulanmıştır.
- İzlem testi (Üçüncü ölçüm-Oturumlar sonrası) Müdahale programının son oturumundan üç ay sonra hem müdahale hem de kontrol grubundaki hastalara yanlılığın önlenmesi adına araştırmadan bağımsız bir uzman hemşire tarafından uygulanmıştır.
- Müdahale ve kontrol grubunun ölçümleri aynı zamanlarda yapılmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması ortalama olarak ön test için (Kişisel Bilgi Formu ve UYBÖ-HF) yaklaşık 15 dakika, son test (UYBÖ-HF) ve izlem testi (UYBÖ-HF) için yaklaşık sekiz dakika sürmüştür.

2.7.2. Nitel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nitel verilerinin toplanması için müdahale programını tamamlayan ve derinlemesine görüşme için gönüllü olan hastalarla görüşme randevuları oluşturulmuştur. Görüşmeler, hastalar için tanıdık bir ortam olan müdahale programının uygulandığı odada gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler derinlemesine görüşme tekniği ile yarı yapılandırılmış görüşme formu (Kadınlık Algılarını Belirleme Görüşme Formu) kullanılarak yapılmıştır. Her bir görüşme yaklaşık 30 dakika sürmüştür ve görüşmelerin kaydedilmesinde ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Görüşmeye başlamadan önce hastalara görüşmenin amacı, ses kayıt cihazının kullanılması ve görüşme sırasında istediği zaman kaydı durdurabileceği

hakkında bilgi verilmesinin ardından sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Ayrıca görüşme sırasında katılımcıların yüz ifadeleri, mimikleri, beden duruşları, duygusal ve davranışsal durum değişimleri görüşme gözlem notlarına kaydedilmiştir.

2.8. KADINLIK KİMLİĞİNİ İYİLEŞTİRME PROGRAMI' NIN UYGULANMASI

2.8.1. “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” nın Hazırlanması

Uygulanan müdahale programı araştırmacı tarafından literatür [75], [76], [84], [142]–[145] doğrultusunda oluşturulmuştur. İlk kez uygulanacak olan “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” ve hastalara verilecek olan “Katılımcı Bilgilendirme Kitapçığı” nın amaç ve hedeflerinin uygunluğu açısından değerlendirilmesi amacıyla alanında uzman (psikiyatri hemşiresi, psikolog, halk sağlığı hemşiresi, kadın hastalıkları ve doğum hemşiresi) 10 kişiden görüş alınmıştır. Uzman görüşleri alınırken literatürde sıklıkla kullanılan Lawshe tekniği kullanılmış ve Kapsam Geçerlilik Oranları (KGO) formülüne göre hesaplama yapılmıştır:

$$KGO = (NG / N/2) - 1$$

“KGO herhangi bir maddeye ilişkin “gerekli” görüşünü belirten uzman sayılarının, maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısına oranının bir eksiği ile elde edilmektedir”.

NG: Maddeye gerekli/uygun diyen uzman sayısı

N: Maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısını ifade etmektedir.[146]

Yurdugül' ün aktardığı üzere Lawshe tekniğine göre KGO için minimum değerleri Çizelgelaştıran Veneziano ve Hooper (1997) tarafından 10 uzman görüşü alınan çalışmalarda her bir maddenin KGO' sunun minimum değerinin 0,62 olması beklenmektedir [146]. Uzman görüşlerinden gelen dönüşlere göre Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı ve Katılımcı Bilgilendirme Kitapçığı' nın her bir maddesi KGO formülü ile hesaplandığında en düşük KGO: 0,8 en yüksek KGO: 1 olarak bulunmuştur (Çizelge 2.2). Orana göre uygunluğu belirlenen program, araştırmacı tarafından süpervizörler (tez danışmanı ve tez izlem komitesi üyesi) eşliğinde uygulanmıştır.

Çizelge 2.2. Uzman görüşleri KGO Çizelgesi.

Müdahale Programı	Uzman 1	Uzman 2	Uzman 3	Uzman 4	Uzman 5	Uzman 6	Uzman 7	Uzman 8	Uzman 9	Uzman 10	KGO
1. oturum amaçlar	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0,8
1. oturum hedefler	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0,8
1. oturum içerik	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0,8
2. oturum amaçlar	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
2. oturum hedefler	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0,8
2. oturum içerik	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0,8
3. oturum amaçlar	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
3. oturum hedefler	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0,8
3. oturum içerik	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
4. oturum amaçlar	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
4. oturum hedefler	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
4. oturum içerik	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
5. oturum amaçlar	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
5. oturum hedefler	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
5. oturum içerik	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0,8
6. oturum amaçlar	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
6. oturum hedefler	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0,8
6. oturum içerik	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
7. oturum amaçlar	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
7. oturum hedefler	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
7. oturum içerik	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
8. oturum amaçlar	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
8. oturum hedefler	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0,8
8. oturum içerik	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0,8
9. oturum amaçlar	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
9. oturum hedefler	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
9. oturum içerik	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
10. oturum amaçlar	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1

Çizelge 2.2. (devamı) Uzman görüşleri KGO Çizelgesi.

10. oturum hedefler	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
10. oturum içerik	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Bilgilendirme Kitapçığı												
Soru 1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Soru 2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Soru 3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Soru 4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Soru 5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Soru 6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Soru 7	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Soru 8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Soru 9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Soru 10	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Soru 11	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Soru 12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1

Literatürde bilişsel davranışçı kuram temelli grupla psikolojik danışma uygulamalarının sıklıkla altı-on iki hafta (ortalama dokuz hafta) arasında uygulandığı ve amaca göre yapılan uygulamalarla katılımcıların ifade durumlarına göre her bir oturum süresinin değişebildiği görülmüştür [77], [86], [147], [148]. Araştırma kapsamında içeriğinde bilişsel davranışçı tekniklere temellendirilmiş sanat terapi uygulamalarının yer aldığı “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” literatürle uyumlu olarak haftalık bir oturum olmak üzere toplam on oturum olarak geliştirilmiş ve dışavurumcu tekniklerde katılımcıların kendilerini ifade etme durumları göz önünde bulundurularak her bir oturum süresinin 90-120 dakika olarak esnek tutulması planlanmıştır. Haftada bir defa toplam on oturumdan oluşan programda her bir oturum ortalama 110 dakikada tamamlanmıştır (Çizelge 2.3).

Çizelge 2.3. Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı İçeriği.

Program Oturumları	Amaç	Oturum İçeriği	Süre	Kullanılacak Materyaller
Birinci Oturum “Tanışma”	<ul style="list-style-type: none"> Grup üyelerinin tanışması Grup sürecinin açıklanması Grup üyelerinin grup çalışması ile ilgili beklentilerini ifade etmesi Grup üyeleri ile grubun amacının paylaşılması Grup kurallarının ortaya koyulması Hastalık deneyimlerinin paylaşılması 	<ul style="list-style-type: none"> Grup liderinin kendini tanıtmaması Grup üyelerine grubun toplanma yeri, sıklığı, süresi ve oturum içerikleri hakkında detaylı bilgi verilmesi Katılımcılar için hazırlanan bilgilendirme kitapçığının dağıtılması Tanışma oyunu Grup üyeleri için hazırlanan yaka kartlarının dağıtılması “Bahçemizdeki Çiçekler” adlı çalışma Etkinlik sonrası etkileşimlerle grup kurallarının belirlenmesi Gevşeme egzersizi Ev ödevi hakkında bilgilendirme Oturumun özetlenmesi Grup üyelerinin oturum için duygu ve düşüncelerini paylaşması Bir dakikalık sessizlik uygulaması 	90-120 dakika	A3 boyutunda resim kâğıdı, renkli kartondan hazırlanmış çiçek saksıları, kurşun kalem, kuru boya kalemleri, makas, yapıştırıcı, farklı sanat malzemeleri (farklı renklerde el işi kağıtları, fon kartonları, pamuk, ip, düğme, sim...)
İkinci Oturum “Psikoeğitim ve Bilişsel Model”	<ul style="list-style-type: none"> Grup üyelerine kanserin biyopsikososyal etkileri hakkında farkındalık kazandırılması Bilişsel modelin sunulması 	<ul style="list-style-type: none"> Duygu-durum kontrolü İlk oturumun kısaca hatırlanması Ev ödevi paylaşımları Gündem hakkında bilgilendirme “Duyguları Canlandır” ısınma oyunu Kanserin biyopsikososyal etkilerinin duygu-düşünce-davranış arasındaki ilişki ile sunulması “Hastalığın Resmini Çiz” çalışması “4-4-6-2” Nefesi Sayma Çalışması Ev ödevi hakkında bilgilendirme Oturumun özetlenmesi Grup üyelerinin oturum için duygu ve düşüncelerini paylaşması Bir dakikalık sessizlik uygulaması 	90-120 dakika	A4 kâğıdı, kurşun kalem, renkli kalemler
Üçüncü Oturum “Kendini Keşif ve Bedensel Farkındalık”	<ul style="list-style-type: none"> Grup üyelerinin kanser nedeniyle bedeninde oluşan değişiklikleri tanımları Beden farkındalığının artırılması Bedenini bir bütün olarak algılayabilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Duygu-durum kontrolü Bir önceki oturumun kısaca hatırlanması Ev ödevi paylaşımları Gündem hakkında bilgilendirme Beden taraması (oturma pozisyonunda) “Kendinizi Çizin” çalışması “Yıldızına Uzan” oyunu Ev ödevi hakkında bilgilendirme Oturumun özetlenmesi Grup üyelerinin oturum için duygu ve düşüncelerini paylaşması Bir dakikalık sessizlik uygulaması 	90-120 dakika	3 adet A4 kâğıdı, kurşun kalem, renkli kalemler

Çizelge 2.3. (devamı) Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı İçeriği.

Dördüncü Oturum "Kendini Keşif- Duygular"	<ul style="list-style-type: none"> Engellenmiş duygularını fark edebilmesi Karşılanmamış ihtiyaçlarını fark ederek dile getirebilmesi Beden imajının genel ifade edilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Duygu-durum kontrolü Bir önceki oturumun kısaca hatırlanması Ev ödevi paylaşımları Gündem hakkında bilgilendirme "Sessiz Çılgılık" çalışması Ağaç Meditasyonu Ev ödevi hakkında bilgilendirme Oturumun özetlenmesi Grup üyelerinin oturum için duygu ve düşüncelerini paylaşması Bir dakikalık sessizlik uygulaması 	90-120 dakika	LLA4 kâğıdı, kurşun kalem, renkli keçeli kalemler
Beşinci Oturum "Kadınlık Algısı"	<ul style="list-style-type: none"> Grup üyeleri ile "kadınlık (kadın olma)" kavramının tartışılması Grup üyelerinin kadınlık ile ilgili duygularını açık ifade edebilmesi Grup üyelerinin bir kadın olarak bedenleri ile ilgili duygularını açık ifade edebilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Duygu-durum kontrolü Bir önceki oturumun kısaca hatırlanması Ev ödevi paylaşımları Gündem hakkında bilgilendirme "Kadınlık (kadın olma)" konusunda çalışma: Kadınlık kavramını bir nesne ile özdeşleştirme "Şelale" oyunu Ev ödevi hakkında bilgilendirme Oturumun özetlenmesi Grup üyelerinin oturum için duygu ve düşüncelerini paylaşması Bir dakikalık sessizlik uygulaması 	90-120 dakika	A4 kâğıdı, kurşun kalem
Altıncı Oturum "İçsel Değişim"	<ul style="list-style-type: none"> Kayba ilişkin zorlayıcı duyguların farkına varılması Farkına varılan zorlayıcı duyguları yönetme becerisinin geliştirilmesi Bir bütün olarak kendini algılayabilmesi Öz şefkat geliştirilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Duygu-durum kontrolü Bir önceki oturumun kısaca hatırlanması Ev ödevi paylaşımları Gündem hakkında bilgilendirme Psikoeğitim "Bir Kadın Oluştur" çalışması "Öz şefkat molası" meditasyonu Ev ödevi hakkında bilgilendirme Oturumun özetlenmesi Grup üyelerinin oturum için duygu ve düşüncelerini paylaşması Bir dakikalık sessizlik uygulaması 	90-120 dakika	A3 boyutunda resim kâğıdı, kurşun kalem, farklı boya kalemleri (kuru, keçeli, sulu boya vb.), makas, yapıştırıcı, farklı sanat malzemeleri (farklı renklerde el işi kağıtları, fon kartonları, pamuk, ip, düğme, sim...)
Yedinci Oturum "Kabul"	<ul style="list-style-type: none"> Bedenini sevmek ve kayıpları kabullenmek Sınırlılıklarını kabul etmek Kendini ifade etme zorluklarının üstesinden gelmek 	<ul style="list-style-type: none"> Duygu-durum kontrolü Bir önceki oturumun kısaca hatırlanması Ev ödevi paylaşımları Gündem hakkında bilgilendirme "Duygunu Çiz" çalışması Kabulu içeren oturma meditasyonu Ev ödevi hakkında bilgilendirme Oturumun özetlenmesi Grup üyelerinin oturum için duygu ve düşüncelerini paylaşması Bir dakikalık sessizlik uygulaması 	90-120 dakika	A4 kâğıdı, kurşun kalem, kuru boya kalemleri

Çizelge 2.3. (devamı) Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı İçeriği.

<p>Sekizinci Oturum “Benlik Saygısı”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kadınlık hakkında olumsuz inançlarını ve çarpıtmaları ortaya koymak • Güçlü yönlerini ortaya koymak • Güçlendirmeye açık olan yönlerini ortaya koymak • Bireyin uyum yeteneğini artırmak 	<ul style="list-style-type: none"> • Duygu-durum kontrolü • Bir önceki oturumun kısaca hatırlanması • Ev ödevi paylaşımları • Gündem hakkında bilgilendirme • Bilişsel çarpıtmalar hakkında kısa bilgi sunumu • Kadın olmaya yönelik bilişsel çarpıtmaların grup üyeleri tarafından paylaşımı • Bilişsel çarpıtmaları ortaya koymaya yönelik canlandırma • Selamlama uygulaması • Ev ödevi hakkında bilgilendirme • Oturumun özetlenmesi • Grup üyelerinin oturum için duygu ve düşüncelerini paylaşması • Bir dakikalık sessizlik uygulaması 	<p>90-120 dakika</p>	<p>Herhangi bir malzeme gereksimi yok.</p>
<p>Dokuzuncu Oturum “Benlik Saygısı”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Özgüven geliştirmek • Benlik saygısının artırılması 	<ul style="list-style-type: none"> • Duygu-durum kontrolü • Bir önceki oturumun kısaca hatırlanması • Ev ödevi paylaşımları • Gündem hakkında bilgilendirme • “Sepetim Yanımda, Alışverişe Gidiyorum” çalışması • Ev ödevi hakkında bilgilendirme • Oturumun özetlenmesi • Grup üyelerinin oturum için duygu ve düşüncelerini paylaşması • Bir dakikalık sessizlik uygulaması 	<p>90-120 dakika</p>	<p>Araştırmacı tarafından kartondan oluşturulmuş sepetler, farklı renklerde kartonlar, makas, yapıştırıcı, kalem</p>
<p>Onuncu Oturum “Umut ve Yaşamın Amacı”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Umut aşlamak • Yaşam amaçlarının belirlenmesi • Grup sürecinin sonlandırılması 	<ul style="list-style-type: none"> • Duygu-durum kontrolü • Bir önceki oturumun kısaca hatırlanması • Ev ödevi paylaşımları • Gündem hakkında bilgilendirme • “Bizim Bahçe” çalışması • “Cümle tamamlama oyunu” ile “Amaçlar Poster” oluşturulması • Oturumun özetlenmesi • Grup üyelerinin oturum için duygu ve düşüncelerini paylaşması • Grup üyelerinin tüm oturumlar için duygu ve düşüncelerini paylaşması • Bir dakikalık sessizlik uygulaması 	<p>90-120 dakika</p>	<p>Resim yapmaya uygun bez (Amerikan bezi), çeşitli kalınlıkta fırçalar, yağlı boya, akrilik boya, tek kullanımlık koruyucu önlük, yapıştırıcı</p>

2.8.2. Müdahalenin Uygulandığı Ortama ve Grup Kurallarına İlişkin Bilgi

Müdahale programının uygulanmasında üniversitede grup müdahalelerine uygun olarak tasarlanmış bir oda kullanılmıştır. Literatürde sanat terapi uygulama ortamı için katılımcıların başkaları tarafından izleniyor hissi olmadan, güven içinde ve özgürce çalışabileceği, grup çalışmalarında özellikle birbirini rahatsız etmeyecekleri şekilde oturmaları ve malzemelerin kolaylıkla ulaşılabilir olması gerektiği önemle vurgulanmıştır

[143]. Bu hususlar dikkate alınarak, programın uygulanacağı fiziki alan katılımcıların kendilerini rahatlıkla ifade edebilecekleri başka alanlardan ses ve görüntü açısından izole, dışavurumcu etkinlikler yapılırken bireysel çalışmalarda birbirinden etkilenmemeleri için tek tek masalar olacak şekilde düzenlenmiştir (Görsel 1).



Görsel 1. Müdahale programının uygulandığı ortam (Bireysel çalışma için örnek)
(Araştırmacı tarafından fotoğraflanmıştır)

Grup çalışmalarında ise tekli masaların çok kolay bir şekilde birleştirilebiliyor olması büyük kolaylık sağlamıştır (Görsel 2).



Görsel 2. Müdahale programının uygulandığı ortam (Grup çalışması için örnek)
(Araştırmacı tarafından fotoğraflanmıştır)

Oturumun yapılacağı alan temizlik, hijyen, havalandırma açısından her oturum öncesi araştırmacı tarafından katılımcılar için uygun hale getirilerek kontrolü sağlanmıştır. Oturumlarda kullanılacak olan malzemeler oturum boyunca tüm katılımcıların rahatlıkla

ulaşabilmesi için bireysel olarak her katılımcının masasının üzerine bırakılmış, ortak olarak kullanılabilir olan malzemeler ise merkezi bir alana konumlandırılmıştır. Sanat terapisinde malzemenin çeşitli olması katılımcıların duygularını harekete geçirerek yaratıcılıklarını ortaya çıkarır. Çeşitli olmasının yanında kaliteli olması da önemlidir. Sanat terapisinde farklı nitelikte kağıtlar, farklı türde ve renklerde boyalar, simler, pullar, düğmeler, yapıştırıcılar, ipler, kumaşlar gibi farklı materyallerin kullanılması önerilmektedir [143]. Çalışmada farklı renklerde ve boyutlarda fon kartonları, kuru boya, keçeli kalem, akrilik boya, el işi kağıtları, ipler, sim, düğme, yapıştırıcı, makas, kurşun kalem, mukavva karton, amerikan bezi, A4 kâğıdı, farklı boyutlarda fırçalar, renkli krapon kağıtları gibi geniş materyal çeşitliliği sunulmuştur (Görsel 3). Ayrıca oturumlar boyunca katılımcıların ihtiyacının olabileceği düşünölen su, kâğıt mendil, maske, dezenfektan gibi ihtiyaçlar oda içerisinde ve masalarda hazır halde bulundurulmuştur. Genel grup kuralları ilk oturumda uygulama sonrası grup üyeleri ile belirlenmiş ve kurallar posterine yazılarak her oturumda herkesin görebileceği şekilde duvara asılmıştır. Katılımcıların bilgisi ve izni olmadan oturumlarda kesinlikle görüntü ve ses kaydı alınmamıştır.



Görsel 3. Oturumlarda kullanılan bazı malzemeler
(Araştırmacı tarafından fotoğraflanmıştır)

2.8.3. Müdahale Grubundaki Hastalara “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” nın Uygulama Aşaması

2.8.3.1. Araştırmacının Program ve Uygulama İçin Hazırlığı

Araştırmacı programın hazırlanması ve oturumlar öncesinde programın içinde aktif kullanılacak teknikleri uygulayabilmek amacıyla 50 saatlik Bilişsel Davranışçı Terapi Temel Teori Eğitimi (EK-1), 30 saatlik Bilişsel Davranışçı Terapi Beceri Kazandırma ve Süpervizyon Uygulaması Eğitimi (EK-2), 80 saatlik Sanat Terapi Eğitimi (EK-3), üç modül teorik, iki modül uygulamalı Psiko-onkoloji Danışmanlığı Eğitimi (EK-4), sekiz haftalık Mindfulness Temelli Stres Azaltma (MBSR) Programı (EK-5), 50 saatlik Nefes Koçluğu Sertifika Programı (EK-6), 120 saatlik Bilişsel Davranışçı Oyun Terapi Eğitimi (EK-7), 464 saatlik Aile Danışmanlığı Programı (EK-8) ve 11 saatlik randomize kontrollü deneyler eğitimini (EK-9) tamamlamıştır.

2.8.3.2. Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı’ nın Uygulanması

Randomizasyon öncesi araştırmacı tarafından gönüllü tüm hastalar ile görüşmeler yapılmıştır. Yapılan görüşmede, yapılacak olan çalışma hakkında bilgi verilerek, dahil edilme kriterlerine ilişkin bilgiler toplanmıştır. Bu süreçte katılma kriterlerini karşılayan hastalardan çalışmaya katılımlarına ilişkin sözlü ve yazılı olarak imzalı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Hastalara ilk olarak Kişisel Bilgi Formu ve UYBÖ-HF uygulanmıştır. Hastaların, müdahale ve kontrol grubuna ataması bağımsız araştırmacı tarafından randomizasyonla belirlenmiştir.

Güç analizi için örneklem sayısının belirlenmesi için randomizasyonla ilk olarak 20 kişilik müdahale grubu kendi arasında iki gruba ayrılmıştır. Her grupta 10 kişi olacak şekilde ayrılan gruplardan 10 hafta boyunca her pazar günü (26.02.2023-30.04.2023) 14.00-16.00 saatleri arasında birinci grup ile her salı günü (28.02.2023-02.05.2023) 14.00-16.00 saatleri arasında ise ikinci grup ile uygulama gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonucunda yapılan güç analizi sonucunda ikinci 20 kişilik müdahale grubu randomizasyon ile belirlenerek her grupta 10 kişi olacak şekilde grup ikiye ayrılmış ve çalışmanın üçüncü grubu ile 10 hafta boyunca her pazar (09.07.2023-10.09.2023) 14.00-16.00 saatleri arasında dördüncü grup ile ise her pazartesi (10.07.2023-11.09.2023) 14.00-16.00 saatleri arasında uygulama gerçekleştirilmiştir.

Tez danışmanının süpervizyonunda araştırmacı tarafından geliştirilen program on haftalık

ve yaklaşık 110 dakika süren oturumlardan oluşmaktadır. Programda oturum içerikleri duygu durum kontrolü, bir önceki oturumun kısaca hatırlanması, ev ödevlerinin paylaşımları, gündem hakkında bilgilendirme, dışavurumcu etkinlik (oyun, resim çizme, hikâye yazma, canlandırma, tartışma gibi), bedensel ve/veya zihinsel gevşeme etkinliği, ev ödevinin verilmesi, oturumun özetlenmesi ve oturum için katılımcıların duygu ve düşüncelerinin paylaşılması, bir dakikalık sessizlik uygulaması ile oturumun sonlandırılması olarak yapılandırılmıştır. İlk oturumda grup üyelerinin birbiri ile tanışması sağlanmıştır. Grup üyeleri için programın içeriğine uygun tasarlanan yaka kartları dağıtılarak her oturumda yakalarına takmaları sağlanmıştır (Görsel 4).



Görsel 4. Katılımcılar için tasarlanan yaka kartı.
(Araştırmacı tarafından fotoğraflanmıştır)

Grubun toplanma yeri, sıklığı, süresi ve oturum içerikleri hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Katılımcılar için hazırlanan oturum içerikleri hakkında detaylı bilgilerin, oturum içeriklerine uygun şiir, hikâye, görsellerin ve haftalık olarak verilen ev ödevleri hakkında açıklamaların ve örneklerin yer aldığı bilgilendirme kitapçığı (katılımcı el kitabı) her bir üyeye dağıtılmıştır (EK-10). Oturumlarda kullanılan araştırmacı tarafından verilen yönergelerle yapılan gevşeme egzersizleri, meditasyon gibi pratiklerin sürekliliğinin sağlanması için araştırmacının farklı bir alanda kendi sesi ile kayıt altına aldığı ses kayıtlarının iletilerek pratiklerin evde de yapılabilmesi ve oturum zamanlarının hatırlatılması için grup üyelerinin tamamının rızası ile whatsapp grubu oluşturulmuş ve ses kayıtları gerekli zamanlarda gruba iletilmiştir.

Müdahale grubunun on oturumluk programının tamamlanmasından sonra iki gün içerisinde son test-ikinci ölçüm uygulanmıştır. Son oturumdan üç ay sonra ise izlem testi-üçüncü ölçüm uygulanmıştır.



Görsel 5. Oturumlarda bireysel çalışma örneği.
(Araştırmacı tarafından fotoğraflanmıştır)



Görsel 6. Oturumlarda grup çalışması örneği.
(Araştırmacı tarafından fotoğraflanmıştır)



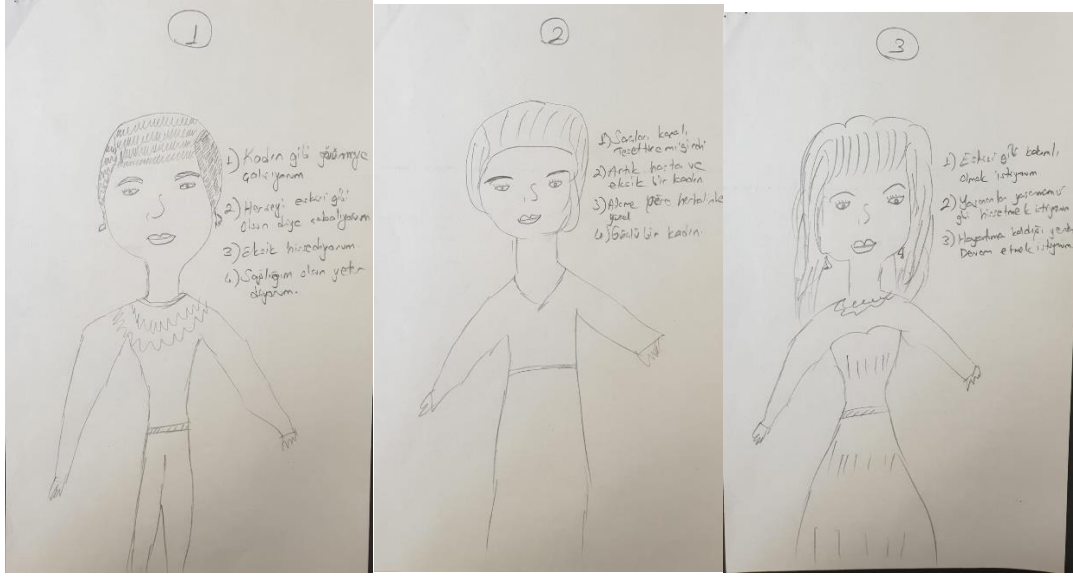
Görsel 7. “Bahçemizdeki Çiçekler” adlı çalışmada hastalar tarafından oluşturulan bazı görseller.
(Araştırmacı tarafından fotoğraflanmıştır)



Görsel 8. “Hastalığın Resmini Çiz” adlı çalışmada hastalar tarafından oluşturulan bazı görseller
(Araştırmacı tarafından fotoğraflanmıştır)



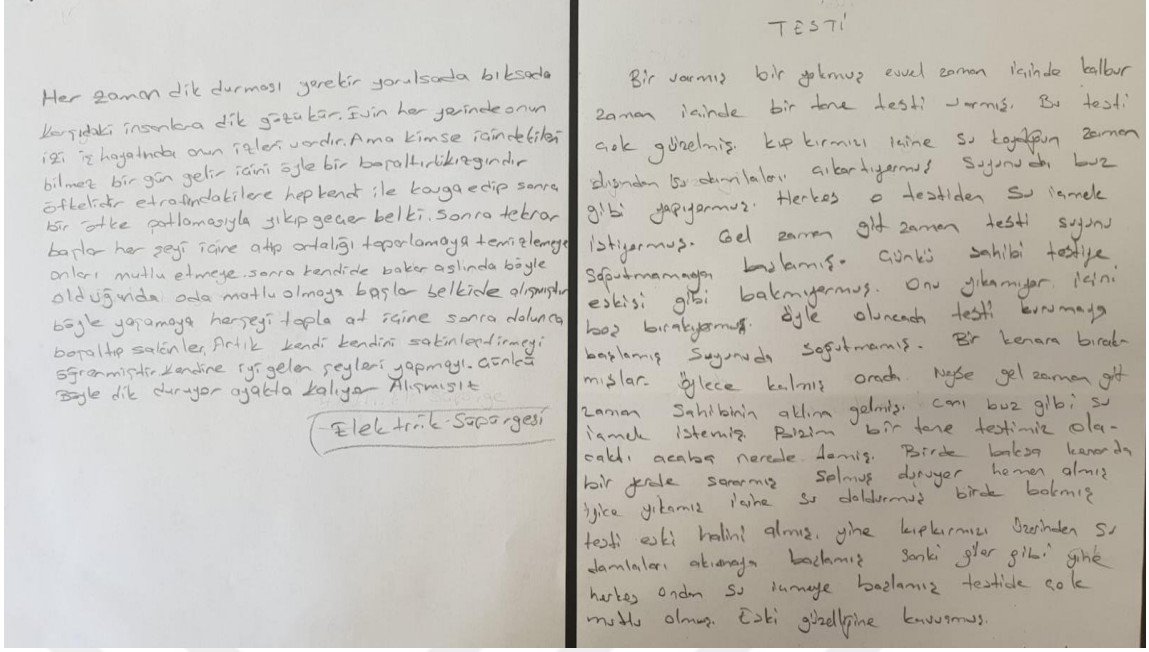
Görsel 9. “Kendinizi Çizin” adlı çalışmaya ait bir hasta tarafından oluşturulan görseller
(Araştırmacı tarafından fotoğraflanmıştır)



Görsel 10. “Kendinizi Çizin” adlı çalışmaya ait bir hasta tarafından oluşturulan görseller
(Araştırmacı tarafından fotoğraflanmıştır)



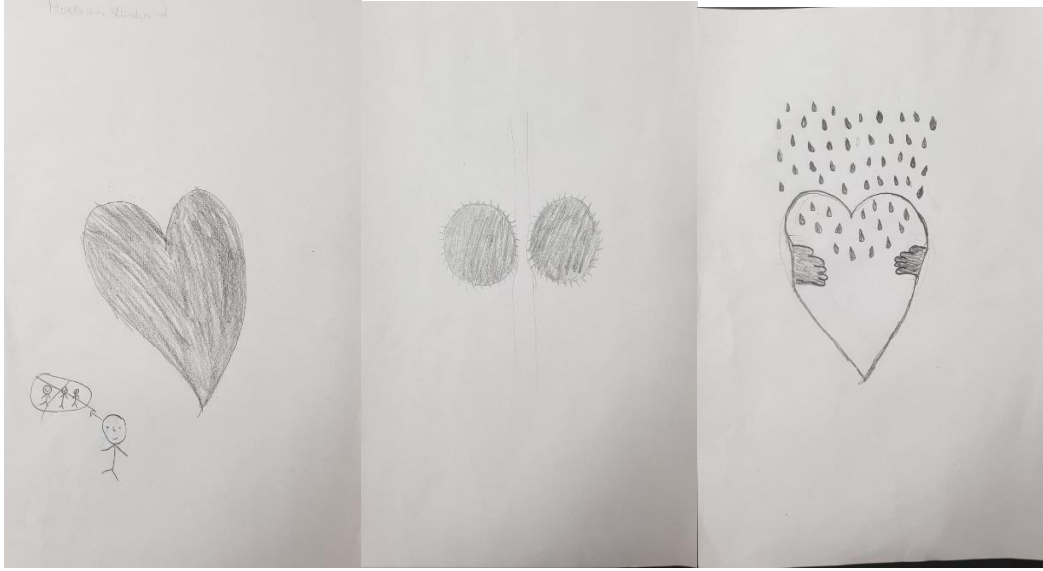
Görsel 11. “Sessiz Çığlık” adlı çalışmada hastalar tarafından oluşturulan bazı görseller
(Araştırmacı tarafından fotoğraflanmıştır)



Görsel 12. “Kadınlık kavramını bir nesne ile özdeşleştirme” hikaye yazma çalışmasına ait hastalar tarafından oluşturulan hikayeler.
(Araştırmacı tarafından fotoğraflanmıştır)



Görsel 13. “Bir Kadın Oluştur” adlı çalışmada hastalar tarafından oluşturulan bazı görseller
(Araştırmacı tarafından fotoğraflanmıştır)



Görsel 14. “Duygunu Çiz” adlı çalışmada hastalar tarafından oluşturulan bazı görseller (Araştırmacı tarafından fotoğraflanmıştır)

2.8.4. Kontrol Grubu

Bu gruptaki hastalara herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Hastalara ön test (Kişisel Bilgi Formu, UYBÖ-HF), son test (UYBÖ-HF) ve izlem testi (UYBÖ-HF) olmak üzere müdahale grubu ile eş zamanlı olarak üç kez ölçüm yapılmıştır. Kontrol grubundaki hastalarla nitel görüşme yapılmamıştır. Çalışma tamamlandıktan sonra kontrol grubundaki hastalara gönüllü olanlar ile programın uygulanacağı duyurusu yapılmıştır. Başvurular devam etmektedir.

2.9. UYGULAMA PROTOKOLÜ İLKELERİ

- Araştırmada kullanılan eğitim, danışmanlık, müdahale bilgilerinin ulusal ve uluslararası kılavuzlara dayandırılması
- Katılımcıların motivasyonunlarını artırmak ve güçlü tutmak için rehberlik etme
- Bireyleri destekleme ve geri bildirimler verme
- Katılımcıların hazırlanan müdahale programından mümkün olduğu kadar yararlanmalarını sağlama
- Bireylerin endişeleri ya da sorularını iletmeleri için ulaşılabilir olma
- Kontrol grubunun da müdahale programından faydalanmasını sağlama

2.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANALİZİ

2.10.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk çarpıklık-basıklık katsayıları (± 3) ile analiz edildi. Gruplara göre kategorik değişkenlerin incelenmesinde Fisher's Exact Testi, Pearson Ki-Kare Testi ve Fisher-Freeman-Halton Testi kullanıldı. Gruplara göre normal dağılım gösteren UYBÖ-HF puanlarının karşılaştırılmasında Bağımsız Örnekler t Testi, normal dağılıma uymayan ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanıldı. İzlem test sonuçlarının gruplara göre karşılaştırılmasında ANCOVA analizi kullanıldı. Analiz sonuçları nicel değişkenler için ortalama \pm standart sapma ve ortanca (minimum–maksimum) şeklinde sunuldu. Önem düzeyi $p < 0,050$ olarak alındı. Kayıp veriler için intent to treat (ITT) analizi yapıldı. Kayıpların tamamen rasgele olup olmadığı Little's Ki-Kare Testi ile incelendi. Kayıp veri analizi beklenti maksimizasyonu (EM) yöntemi ile yapıldı.

2.10.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Yarı yapılandırılmış görüşme formunda bulunan her bir soruya ait sözlü ve yazılı olarak toplanan veriler, görüşme esnasında tutulan gözlem notları ile değiştirilmeden bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Veriler bilgisayar ortamına aktarılırken katılımcıların isimleri kullanılmamış, numaralandırma yapılmıştır. Aktarılan görüş ve notların araştırmanın amacına uygun olup olmadığı kontrol edilmiş ve amaca uygunluğu belirlenmiştir. Derinlemesine görüşmelerden elde edilen verilerin içerik analizinde MAXQDA 2020 programı kullanılmıştır. Öncelikle, katılımcıların ifadeleri hiç değiştirilmeden bilgisayar ortamında deşifre edilmiştir. İkinci aşamada program üzerinde bu ifadeler tekrar tekrar okunarak anlamlı kategoriye giren ifadeler kodlar ve alt kodlarla etiketlenmiştir. Daha sonra, tüm görüşmelerden elde edilen kodlar, benzerlik ve farklılıkları belirlemek için çapraz incelemeye (araştırmacı ve tez danışmanı tarafından) tabi tutulmuştur. Kodlar anlam bütünlüğüne göre gruplandırılmış ve bu kodları temsil edebilecek, tema ve alt temalar oluşturulmuştur [137], [149]. Analizin görsel içeriği hazırlanırken de MAXQDA 2020 programının görsel araçlar alanından faydalanılmıştır.

2.11. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma Helsinki Deklorasyonu Prensipleri'ne uygun bir şekilde yürütülmüştür. Araştırma için Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05.08.2022 tarih ve 423 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır (EK-11). Araştırmanın örneklemini oluşturan hastaların tedavi gördükleri kurum olan Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği'nden gerekli E-70847213-929-82432 sayılı kurum izni alınmıştır (EK-12). Araştırmaya dahil edilen müdahale ve kontrol grubundaki hastaları bilgilendirmek ve onamlarını almak için "Bilgilendirilmiş Onam Formu" kullanılmıştır (EK-13). Araştırmanın nitel kısmında görüşme yapılan katılımcılar için ayrıca bir "Bilgilendirilmiş Onam Formu" kullanılmıştır (EK-14). Araştırma sonunda elde edilen bilgilerin araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacağı, kişisel bilgilerin gizli tutulacağı ve katılımcıların istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları sözel ve yazılı olarak belirtilmiştir. UYBÖ-HF' nin (EK-15) kullanımı için elektronik posta yolu ile gerekli izin alınmıştır (EK-16).

2.12. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

- Araştırmanın randomize kontrollü deneysel bir çalışma olması
- Uygulama aşamasında araştırmacının bizzat uygulayıcı olması ve bu uygulamalar öncesi alanında uzmanlardan gerekli eğitimleri almış olması
- Yapılan uygulamaların alanında uzman süpervizyonlar kontrolünde uygulanması
- Uygulanan müdahale programının bir kurama dayalı olarak geliştirilmesi
- Uygulanan müdahale programında BDT ve sanat terapi uygulamalarının birlikte kullanılması
- Uygulanan müdahale programının hazırlanmasında alanında uzman on kişiden görüş alınması
- Araştırmada yanlılığı önlemek için son test ve izlem testlerinin ölçümünde, verilerin kodlanması, istatistik uzmanı ve raporlama yönünden körleme yapılmış olması
- Müdahale programı sonrası hastalarla derinlemesine görüşmeler yapılarak hastaların görüşlerine yer verilmesi

- Araştırma esnasında ve sonrasında müdahalenin uygulandığı müdahale grubunda herhangi bir olumsuz etkinin görülmemesi.



3. BULGULAR VE TARTIŞMA

3.1. NİCEL BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde Kişisel Bilgi Formu ve UYBÖ-HF kullanılarak toplanan verilerden elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

3.1.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde müdahale ve kontrol grubunda bulunan jinekolojik kanser hastalarının sosyodemografik ve hastalık özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir.

3.1.1.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına dahil edilen jinekolojik kanser hastalarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Çizelge 3.1’ de sunulmuştur. Bulgulara göre; müdahale grubunda yer alan hastaların yaş ortalamalarının $49,48 \pm 9,06$ olduğu, %85,0’ inin evli olduğu, evli olanların %97,1’ inin evlilik süresinin 11 yıl ve üzeri olduğu, %85,0’ inin çocuk sahibi olduğu, %60,0’ inin ilkokul mezunu olduğu, %72,5’ inin herhangi bir işte çalışmadığı ve %82,5’ inin çekirdek aile yapısında olduğu belirlenmiştir. Çizelge 3.1’ deki bulgular incelendiğinde; müdahale ve kontrol gruplarına dahil edilen jinekolojik kanser hastalarının sosyodemografik özellikleri bakımından birbirine benzer olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı.

	Müdahale Grubu (n= 40)		Kontrol Grubu (n= 40)		Toplam (n= 80)		Test İstatistiği	p
	n	%	N	%	n	%		
Medeni Durum								
Evli	34	85,0	34	85,0	68	85,0	1,994	0,721*
Bekar	3	7,5	1	2,5	4	5,0		
Boşanmış	1	2,5	3	7,5	4	5,0		
Eşi vefat etmiş	2	5,0	2	5,0	4	5,0		
Evlilik Yılı								
1-5 yıl	1	2,9	1	2,9	2	2,9	1,192	1,000*
6-10 yıl	-	0,0	1	2,9	1	1,5		
11 yıl ve üzeri	33	97,1	32	94,1	65	95,6		
Çocuk Sahibi Olma Durumu								
Yok	6	15,0	3	7,5	9	11,3	---	0,481**
Var	34	85,0	37	92,5	71	88,7		
Eğitim Durumu								
Okuryazar	1	2,5	2	5,0	3	3,8	2,367	0,700*
İlkokul	24	60,0	28	70,0	52	65,0		
Ortaokul	5	12,5	2	5,0	7	8,8		
Lise	7	17,5	5	12,5	12	15,0		
Lisans ve üzeri	3	7,5	3	7,5	6	7,5		
Çalışma Durumu								
Çalışmıyor	29	72,5	34	85,0	63	78,8	2,664	0,353*
Çalışıyor	8	20,0	3	7,5	11	13,8		
Hastalıktan dolayı bırakmış	3	7,5	3	7,5	6	7,5		
Aile Biçimi								
Çekirdek	33	82,5	29	72,5	62	77,5	3,216	0,346*
Eşinin Ailesi ile	-	0,0	3	7,5	3	3,8		
Kendi Ailesi ile	1	2,5	1	2,5	2	2,5		
Yalnız	6	15,0	7	17,5	13	16,3		
Yaş	49,48 ± 9,06		52,25 ± 9,79		50,86 ± 9,47		-1,316	0,192****
	52 (20-64)		55,5 (29-64)		53 (20-64)			

*Fisher-Freeman-Halton Testi; ** Fisher's Exact Testi; ***Pearson Ki-Kare Testi; ****Mann Whitney U Testi; Ortalama ± Standart sapma; Ortanca (minimum – maksimum) p<0,05

3.1.1.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına dahil edilen jinekolojik kanser hastalarının hastalık özelliklerine

ilişkin bulgular Çizelge 3.2’ de sunulmuştur. Bulgulara göre; müdahale grubunda yer alan hastaların %75,0’ inin endometrium kanseri tanısı aldığı ve her iki gruptaki hastaların çoğunluğuna (%32,5) tedavi türü olarak sadece cerrahi tedavi uygulandığı görülmektedir. Müdahale ve kontrol gruplarına dahil edilen jinekolojik kanser hastalarının hastalık özellikleri bakımından homojen dağıldığı ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.2. Hastaların hastalık özelliklerinin gruplara göre dağılımı.

	Müdahale Grubu (n= 40)		Kontrol Grubu (n= 40)		Toplam (n= 80)		Test İstatistiği	p
	n	%	N	%	n	%		
Kanser Türü								
Serviks	2	5,0	7	17,5	9	11,2		
Over	8	20,0	10	25,0	18	22,5	3,812	0,143*
Endometrium	30	75,0	23	57,5	53	66,3		
Görülen Tedavi								
Sadece Cerrahi	13	32,5	13	32,5	26	32,5		
Cerrahi-Kemoterapi	7	17,5	15	37,5	22	27,5	6,691	0,082***
Cerrahi-Radyoterapi	8	20,0	2	5,0	10	12,5		
Cerrahi-Kemoterapi -Radyoterapi	12	30,0	10	25,0	22	27,5		

*Fisher-Freeman-Halton Testi; ***Pearson Ki-Kare Testi; $p<0,05$

3.1.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu Ölçümlerine İlişkin Bulgular

3.1.2.1. Müdahale ve Kontrol Grubunun Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu Sonuçlarının Zamana Göre Değişimin İncelenmesine Yönelik Bulgular

Çizelge 3.3’ de gruplara göre UYBÖ-HF ön test puanı ortalama değerleri arasında müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,524$). Müdahale grubunda ön test ortalama değeri $26,4\pm 10,15$ iken kontrol grubunda bu değer $24,98\pm 10,10$ olarak elde edilmiştir. Gruplara göre UYBÖ-HF son test puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Müdahale grubunda son test ortanca değeri 16 iken kontrol grubunda bu değer 25 olarak elde edilmiştir. Gruplara göre UYBÖ-HF izlem test puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur

($p < 0,001$). Müdahale grubunda izlem puanı ortalama değeri $16,06 \pm 3,78$ iken kontrol grubunda bu değer $27,61 \pm 11,19$ olarak elde edilmiştir (Çizelge 3.3).

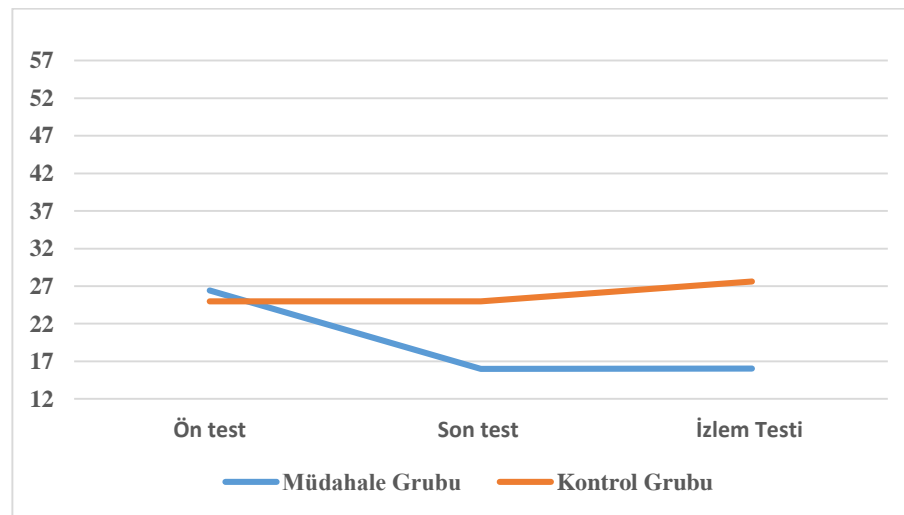
Araştırma tamamlanmadan müdahale ve kontrol grubundan ayrılan jinekolojik kanser hastalarının çalışmaya devam ettiği öngörülerek yapılan ITT analiz sonuçlarının, Per-protokol analiz sonuçları ile benzer olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.3).

Çizelge 3.3. Müdahale ve kontrol grubunun UYBÖ-HF puanlarının farklı zamanlardaki ölçümlerinin karşılaştırılması.

	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Test İst.	p
	Ortalama \pm S.sapma	Ortanca (min-mak)/n	Ortalama \pm S.sapma	Ortanca (min-mak)/n		
UYBÖ-HF Ön test (n=80)	$26,42 \pm 10,15$	26,5 (12-48)/40	$24,98 \pm 10,10$	23 (14-51)/40	0,641	0,524*
UYBÖ-HF Son test (n=72)	$16,82 \pm 4,55$	16 (12-35)/34	$26,79 \pm 11,47$	25 (14-51)/38	276	<0,001**
UYBÖ-HF İzlem testi (n=70)	$16,06 \pm 3,78$	15,5 (12-27)/34	$27,61 \pm 11,19$	26 (12-52)/36	-5,849	<0,001*

	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Test İst.	p
	Ortalama \pm S.sapma	Ortanca (min-mak)/n	Ortalama \pm S.sapma	Ortanca (min-mak)/n		
UYBÖ-HF Ön test (n=80)	$26,42 \pm 10,15$	26,5 (12-48)/40	$24,98 \pm 10,1$	23 (14-51)/40	0,641	0,524*
UYBÖ-HF Son test (n=80)	$17,61 \pm 4,6$	16 (12-35)/40	$26,55 \pm 11,22$	25 (14-51)/40	1228	<0,001**
UYBÖ-HF İzlem testi (n=80)	$16,96 \pm 4,1$	16 (12-27)/40	$27,19 \pm 10,69$	25 (12-52)/40	-5,65	<0,001*

*Bağımsız Örnekler t Testi; **Mann Whitney U Testi



Şekil 3.1. Müdahale ve kontrol grubunun UYBÖ-HF puanlarının farklı zamanlardaki ölçümlerinin karşılaştırılması

3.1.2.2. Müdahale ve Kontrol Grubunun Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu Ölçüm Puanlarının Farklı Zamanlardaki Ölçümlerinin Farklarına Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Müdahale ve kontrol grubuna göre UYBÖ-HF ön test ve son test puanı farkı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0,001$). Müdahale grubunda puan farkı ortanca değeri 10,5 iken kontrol grubunda bu değer -1,5 olarak elde edilmiştir. Gruplara göre UYBÖ-HF ön test ve izlem testi puanı farkı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0,001$). Müdahale grubunda puan farkı ortalama değeri $11,97 \pm 8,83$ iken kontrol grubunda bu değer $-2,47 \pm 6,75$ olarak elde edilmiştir. Gruplara göre UYBÖ-HF son test ve izlem testi puanı farkı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p = 0,033$). Müdahale grubunda puan farkı ortanca değeri 0,5 iken kontrol grubunda bu değer -0,5 olarak elde edilmiştir (Çizelge 3.4).

Çizelge 3.4. Müdahale ve kontrol grubunun UYBÖ-HF puanlarının farklı zamanlardaki ölçümlerinin farklarının karşılaştırılması.

	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Test İst.	p
	Ortalama \pm S.sapma	Ortanca (min-mak)/n	Ortalama \pm S.sapma	Ortanca (min-mak)/n		
UYBÖ-HF Ön test-Son test (n=72)	11,21 \pm 8,51	10,5 (0-34)/34	-2,05 \pm 6,1	-1,5 (-26-10)/38	76,5	<0,001**
UYBÖ-HF Ön test-İzlem Testi (n=70)	11,97 \pm 8,83	10 (0-34)/34	-2,47 \pm 6,75	-2 (-21-10)/36	7,716	<0,001*
UYBÖ-HF Son test-İzlem Testi (n=70)	0,76 \pm 2,52	0,5 (-6-8)/34	-0,72 \pm 5,57	-0,5 (-20-15)/36	433	0,033**
	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Test İst.	p
	Ortalama \pm S.sapma	Ortanca (min-mak)/n	Ortalama \pm S.sapma	Ortanca (min-mak)/n		
UYBÖ-HF Ön test-Son test (n=80)	8,81 \pm 10,14	7,5 (-10,08 - 34)	-1,58 \pm 6,91	-1,5 (-26 - 19,92)	5,357	<0,001*
UYBÖ-HF Ön test-İzlem Testi (n=80)	9,46 \pm 10,52	9 (-10,07 - 34)	-2,21 \pm 7,42	-2,5 (-21 - 19,93)	5,738	<0,001*
UYBÖ-HF Son test-İzlem Testi (n=80)	0,65 \pm 2,34	0,01 (-6 - 8)	-0,63 \pm 5,28	0 (-20 - 15)	579,000	0,032**

*Bağımsız Örnekler t Testi; **Mann Whitney U Testi

Araştırma tamamlanmadan müdahale ve kontrol grubundan ayrılan jinekolojik kanser hastalarının çalışmaya devam ettiği öngörülerek yapılan ITT analiz sonuçlarının, Per-protokol analiz sonuçları ile benzer olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.4)

3.1.2.3. Müdahale ve Kontrol Grubunun Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu İzlem Test Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

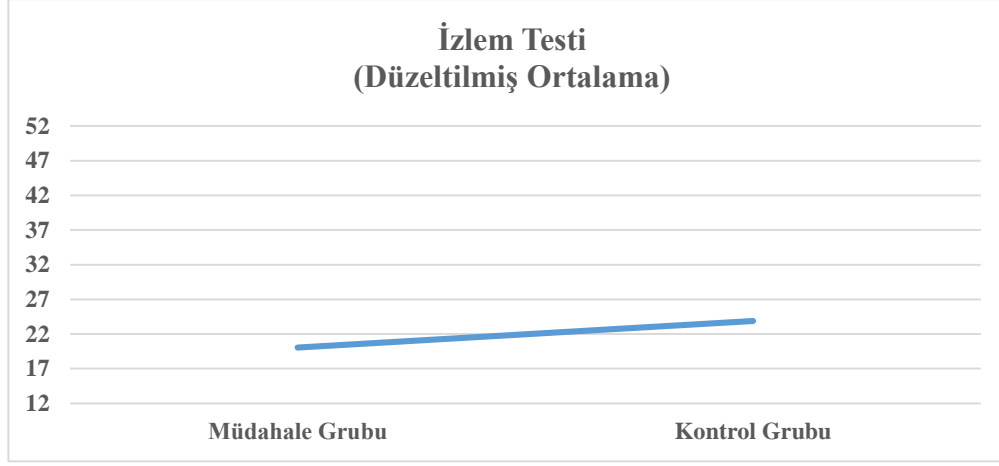
Müdahale ve kontrol grubunun UYBÖ-HF ön test ve son test ölçüm puanının etkisi arındırıldığında; ANCOVA analizi sonuçlarında müdahale ve kontrol grubuna göre; UYBÖ-HF izlem testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,006$). Müdahale grubunda UYBÖ-HF izlem testi puanı ortalama değeri $20,02 \pm 0,85$ iken kontrol grubunda bu değer $23,87 \pm 0,82$ olarak elde edilmiştir.

Araştırma tamamlanmadan müdahale ve kontrol grubundan ayrılan jinekolojik kanser hastalarının çalışmaya devam ettiği öngörülerek yapılan ITT analiz sonuçlarının, Per-protokol analiz sonuçları ile benzer olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.5).

Çizelge 3.5. Müdahale ve kontrol grubunun izlem test ölçümlerinin ANCOVA analizi ile karşılaştırılması.

		Müdahale Grubu (n=34)	Kontrol Grubu (n=36)	F	p	η^2
UYBÖ-HF	Ortalama \pm s. Sapma	16,06 \pm 3,78	27,61 \pm 11,19	8,168	0,006	0,110
İzlem Ölçümü	Düzeltilmiş ortalama \pm s. Hata	20,02 \pm 0,85	23,87 \pm 0,82			
		Müdahale Grubu (n=40)	Kontrol Grubu (n=40)	F	p	η^2
UYBÖ-HF	Ortalama \pm s. Sapma	16,96 \pm 4,10	27,19 \pm 10,69	7,29	0,009	0,088
İzlem Ölçümü	Düzeltilmiş ortalama \pm s. Hata	20,64 \pm 0,68	23,50 \pm 0,68			

$R^2 = \%84,2$; Ön test ve son test puanları covariate olarak alınmıştır; η^2 : Kısmi Eta Kare



Şekil 3.2. Müdahale ve kontrol grubunun UYBÖ-HF puanlarının izlem testi (düzeltilmiş ortalama) ölçümlerinin karşılaştırılması

Literatürde doğrudan jinekolojik kanser hastalarının hastalıkları ile ilişkili olan uzamış yas tepkilerine yönelik yapılan çalışmaya rastlanılamamıştır. Farklı kanser hastalarının uzamış yas tepkilerine yönelik yapılan çalışmalar da oldukça sınırlıdır. Bu nedenle araştırmanın literatürdeki boşluğu doldurabileceği düşünülmektedir.

Yas çalışmaları daha çok bir yakını ya da sevdiği birini kaybetme nedeniyle yas yaşayan bireylere yöneliktir [150], [151]. Yapılan bir çalışma ile uzamış yas, kanser hastalarında incelenerek, uzamış yasin hastalığa ilişkin kayıpları ele alacak şekilde genişletilmesi sağlanmıştır [65]. Hastalığa ilişkin yas tepkilerinin değerlendirilmesi hastalık ile ilgili hissedilen duygular, yeniden sağlıklı olabilmeye karşı özlem, hastalık hatırlatıcılardan kaçınmak, yaşamdaki rolü ile ilgili benlik karmaşası, hastalığı kabul, işlevselliğin birey tarafından değerlendirilmesi gibi farklı durumları kapsamaktadır [15], [65]. Kronik fiziksel hastalıklarda ortaya çıkan kayıp ve yas kavramı geçmişten beri bilinmektedir. Ancak bu alanda yapılan çalışmaların çoğu hastaların ya da hasta yakınlarının yas deneyimlerini ortaya çıkaran çalışmalardır [152]–[156]. Hastaların uzamış yas tepkilerine yönelik müdahale programları ile yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Bu bölümde, uygulanan “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” nın hastaların UYBÖ-HF’ nin farklı zamanlardaki ölçümüne göre müdahale grubunun kontrol grubuna üstünlük sağlayıp sağlamayacağı değerlendirilmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ön test UYBÖ-HF puan ortalamaları sırasıyla $26,42 \pm 10,15$ ve $24,98 \pm 10,10$ ’ dur. Ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puan düşünüldüğünde (min:12, maks:60) hastaların orta düzeyde yas deneyimledikleri görülmektedir [15]. UYBÖ-HF

ön test puanı ortalama değerleri arasında müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu da grupların homojen dağıldığını ve randomizasyonda yanlılık olmadığını göstermektedir. Aynı zamanda müdahale öncesi gruplar arasında ön test puan ortalamaları açısından anlamlı bir farkın olmaması uygulanan müdahalenin etkisinin değerlendirilmesi bakımından da önemlidir. Müdahale programının bitiminde uygulanan UYBÖ-HF son test puanı ortanca değerleri açısından müdahale ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Müdahale sonrasında müdahale grubunun son test UYBÖ-HF ortanca değerlerinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olması (müdahale grubu:16, kontrol grubu:25) jinekolojik kanser hastalarında “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı”nın uzamış yas tepkileri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Uygulanan programda her bir oturumda farklı temanın ele alınması ve program içeriğinde bilişsel davranışçı ve dışavurumcu tekniklerin kullanılmasının büyük önemi olduğu söylenebilir. Çünkü program hazırlanırken yapılan literatür taraması ile hastaların süreç içinde yaşayabileceği sorunlar araştırmacı tarafından dikkatlice tespit edilerek oturum temaları tamamen jinekolojik kanser hastalarının öngörülen sorunlarına yönelik hazırlanmıştır. Seçilen tekniklerde yine sorunlara özgü örneğin hastaların duygularını ifade etmesini kolaylaştıran dışavurumcu teknikler, otomatik düşüncelerini tespit etmesini sağlayan ya da alternatif düşünceler üretmesini kolaylaştıran BDT teknikleri gibi özenle seçilmiş ya da oluşturulmuştur. Kadınlik kimliğine ilişkin problemler göz önünde bulundurularak programın hazırlanması, müdahale programı olarak “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı”nı özelleştirmektedir. Aynı zamanda uygulanan programın haftalık düzenli aralıklarla, her hafta aynı gün ve aynı saatte uygulanması, iki oturuma herhangi bir nedenle katılmayan/katılmayan hastanın müdahale programından çıkarılma kriterinin bulunması programa düzenli olarak devamı sağlamıştır.

Müdahale grubunun programın uygulanmasından üç ay sonra yapılan UYBÖ-HF izlem test puanı ortalama değerlerinin müdahale öncesi puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha düşük olması uygulanan müdahalenin etkisinin hala devam ettiğini göstermektedir. Bu duruma bağlı olarak hastaların oturumlarda kazandıkları becerileri hala kullanabildikleri söylenebilir. Program içeriğinde yer alan BDT’ye özgü olan ev ödevleri oturum temalarına göre seçilmiş ya da oluşturulmuştur. Ev ödevlerinin kullanılması hastaların oturumlarda oluşan farkındalıklarını ve geliştirdikleri baş etme becerilerini günlük yaşamlarında kullanmalarına olanak sağlamıştır. Aynı zamanda sürdürülebilirliği

sağlayarak öğrendikleri becerileri yaşam tarzı haline getirmeleri ve mevcut iyi durumlarını sürdürmelerine de imkân tanımıştır.

Bu sonuçlara göre H_{20} hipotezi (Müdahale grubunda yer alan jinekolojik kanser hastalarının uzamış yas bozukluğu ölçek puan ortalamasında ölçüm zamanına göre değişim yoktur) reddedilirken H_{21} hipotezi (Müdahale grubunda yer alan jinekolojik kanser hastalarının uzamış yas bozukluğu ölçek puan ortalamasında ölçüm zamanına göre değişim vardır) kabul edilmiştir. Çalışma sonuçları, bilişsel davranışçı kuram ve dışavurumcu teknikler ile hazırlanan müdahale programının jinekolojik kanser hastalarında uzamış yas tepkileri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Müdahale ve kontrol grubuna göre UYBÖ-HF ön test ve son test puanı farkı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Müdahale grubunda ön test ve son test puan farkı ortanca değerinin pozitif bir değer olması (10,5) müdahale grubunun son test puanlarındaki düşüşe işaret ederken kontrol grubunda bu değer negatif bir değer olması (-1,5) kontrol grubunun son test puanlarındaki artışa işaret etmektedir. Gruplara göre UYBÖ-HF ön test ve izlem testi puanı farkı ortalama değerleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Müdahale grubunda puan farkı ortalama değeri pozitif bir değerken (11,97±8,83) kontrol grubunda bu değer yine negatif (-2,47±6,75) bir değer olarak elde edilmiştir. Gruplara göre UYBÖ-HF son test ve izlem testi puanı farkı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,033$). Her iki grup içinde eş zamanlı olarak alınan üç ölçüm arasındaki farklar; müdahale grubunda ön test puanlarına göre hem son test hem de izlem testinde hastaların uzamış yas tepkisi puanlarında düşüş olduğunu göstermektedir. Bu durumun aksine kontrol grubunda zamana göre ölçümler arasındaki farkların artması hastaların uzamış yas tepkilerindeki artışı göstermektedir.

Yaşanılan kimlik karmaşası ve benlik saygısında azalma uzamış yas tepkileri arasında yer almaktadır. Literatürde bir çalışmada baş etme düzeyleri düşük olan hastaların yas puanlarının daha yüksek olacağı belirtilmiştir [65]. Çalışmamızda program sonrası hastalarla yapılan derinlemesine görüşmelerde ortaya çıkan “Oturumlar Sonrası Benlik Algısı” alt temasında hastaların kendilik algısı ve yeni geliştirilen baş etme becerilerinde hastaların “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” ile özgüven geliştirdikleri, kendilerinde olumlu benlik algısı oluştuğu, gerçekten kendilerini kadın gibi hissettiklerini ifade ettikleri ve tüm hastaların baş etme becerileri kazandığı görülmektedir. Bu durumun

müdahale grubundaki hastaların ön test puanlarına göre hem son test hem de izlem testinde hastaların uzamış yas tepkisi puanlarındaki düşmenin nedenlerinden birisi olarak açıklanabilir.

Hastalar kanser sürecinde işlevlerini, bağımsızlıklarını, kendileri ve yaşamları üzerindeki kontrollerini kaybedebilirler. Annelik ya da eş rolleri gibi kayıplarda bu sürece dahil olduğunda yaşamlarını kaybetmeyle karşı karşıya kaldıkları ifade edilmektedir [65]. Bu nedenle hastaların bu süreçte duygularını açığa vurmaları oldukça önem arz etmektedir. Uygulanan müdahale programında dışavurumcu tekniklerle tüm oturumlarda hastaların duygularını ifade etmesi sağlanmıştır.

Bu bulgulara bağlı olarak H₃₀ (Müdahale grubu ile kontrol grubu arasında son test ölçümlerinde Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu puan ortalaması yönünden fark yoktur) ve H₄₀ (Müdahale grubu ile kontrol grubu arasında izlem ölçümlerinde Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu puan ortalaması yönünden fark yoktur) hipotezleri reddedilirken, H₃₁ (Müdahale grubu ile kontrol grubu arasında son test ölçümlerinde Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu puan ortalaması yönünden fark vardır) ve H₄₁ (Müdahale grubu ile kontrol grubu arasında izlem ölçümlerinde Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu puan ortalaması yönünden fark vardır) hipotezleri kabul edilmiştir.

Kanser hastalarında yas belirtilerinin ölçülmesi ve UYBÖ-HF' nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada; çalışmanın örnekleminde yer alan kadın kanser hastalarının UYBÖ-HF puan ortalamaları 30,84±10,02 olarak bulunmuştur [15]. Yapılan bir çalışmada 177 meme kanseri hastasına uygulanan UYBÖ-HF toplam puan ortalamaları 24,64±8,45 olarak saptanmıştır [157]. Örnekleminde jinekolojik kanser hastalarının da bulunduğu başka bir çalışmada jinekolojik kanser hastalarının UYBÖ-HF puan ortalamalarının 38,00±11,59 olduğu görülmüştür [158]. 250 kanser hastasıyla yapılan farklı bir çalışmada hastaların UYBÖ-HF puan ortalamaları 26.09±9.46 olarak hesaplanmıştır [17]. Kronik fiziksel hastalığa sahip bireylerle yapılan bir çalışmada da çalışmanın örnekleminde yer alan kadın hastaların UYBÖ-HF puan ortalamalarının 27.23±11.76 olarak ölçüldüğü görülmüştür [155]. Ülkemizde herhangi bir müdahale programı uygulanmaksızın yapılan bu çalışmalarda hastaların UYBÖ-HF puan ortalamalarının çalışmamızın müdahale ve kontrol grubunun ön test ölçümleri ile benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Yapılan bir çalışmada palyatif bakım kliniğinde yatan kanser hastalarına sekiz haftalık logoterapi danışmanlığı uygulanan bir çalışmada, hastaların izlem ölçümlerinde toplam UYBÖ-HF puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olurken, kontrol grubunda artış olduğu ifade edilmiştir [156]. Kanser hastalarında ve onların ailelerindeki bakım verenlerinde zaman içinde yastaki değişiklikleri değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, hastalara ileri bakım planlaması yapılmıştır. Başlangıç ve takip ölçümleri yapılan hasta ve bakım vericilerin yas puanındaki değişiklikler hesaplanmış ve hasta yasında değişim görülmezken bakım verici puanında zamanla azalma olduğu görülmüştür [16]. Hasta sonuçları “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” na dahil edilmeyen kontrol grubundaki hastaların ön test ve izlem testi ölçüm sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Hatta çalışmamızda kontrol grubunda yer alan hastaların UYBÖ-HF izlem puanlarının ortalamasında ön test puan ortalamasına göre artış bulunmuştur. Müdahale grubunda yer alan hastaların ise ön test ve izlem ölçüm ortalamalarında düşüş açısından anlamlı farklılık bulunmuştur.

Kronik ve yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı ilişki kaybı, geleceğe yönelik hayallerin kaybı ve yaşam süresindeki kayıpların da yas kavramının bileşenleri olduğu kabul görse de kayıp ve yas genellikle yakın bir kişinin ölümüyle ilişkilendirilmekte ve literatürde sıklıkla karşılaşılmaktadır. Yakınlarını kaybeden yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada; hastalara iki farklı müdahale uygulanmıştır. Bir gruba on haftalık grup seansından ve dört haftalık bir saatlik bireysel seanstan oluşan BDT uygulanırken diğer gruba BDT+maruz bırakma uygulanmıştır. BDT+maruz bırakma tekniği uygulanan hastaların yapılan son test ve izlem testi ölçümlerinde sadece BDT uygulanan hastalara göre uzun süreli yas belirtilerinde önemli ölçüde düşüslere yol açtığı ifade edilmiştir. Fakat bu çalışmada daha fazla örnekleme ulaşmak için ruhsal bozukluk nedeniyle antidepresan ilaç kullanan hastalarda çalışmaya dahil edilmiştir. İlaçların psikoterapi ile etkileşime girme olasılığı oldukça yüksektir [150]. Çalışmamızda psikiyatrik tanısı olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Literatürde bir yakınının kaybı ile ilişkilendirilen yasla ilgili bir çalışmada 203 katılımcının yas ortalaması $23,53 \pm 8,70$ olarak bulunmuştur [159]. Sevilen birinin kaybı nedeniyle karmaşık yas yaşayan 54 kişinin örnekleme yer aldığı bir çalışmada, bilişsel yeniden yapılandırma programının da olduğu üç farklı müdahale programı uygulanmış ve izlem testlerinde müdahale programında maruz bırakma+BDT uygulanan grupta müdahale sonrasında uzamış yas bozukluğu tepkilerinde iyileşme sağladığı görülmüştür [160]. Yakınlarını intihar nedeniyle kaybeden kişilerde karmaşık yasin

önlenmesinde psikiyatri hemşiresi tarafından bilişsel davranışçı aile temelli yas danışmanlığı uygulanmıştır. Programın etkinliğini incelemek üzere yapılan çalışmada; uygulanan program karmaşık yas riskini azaltmazken, yas tepkilerinin önlenmesine yardımcı olabileceği bildirilmiştir [161]. Yakınına kaybeden bireylere kayıpları ile ilişkili sıkıntı ve işlev bozukluğunu azaltmaya yönelik stratejilerden internet tabanlı bilişsel-davranışçı terapi destekli program kullanılmıştır. Uygulanan program sonrası uzun süreli yas, depresyon, anksiyete ve travma sonrası streste büyük azalmalarla ilişkili olduğu görülmüştür. Çalışmada ayrıca kayıptan bu yana geçen sürenin tek başına tedavi öncesi ve sonrası arasında gözlemlenebilecek değişiklikleri açıklayamayacağı da vurgulanmıştır [162]. Yapılan bir çalışmada, sekiz hafta boyunca çevrimiçi grup sanat terapisi uygulanan aile kaybı yaşayan yaşlı bireylerin müdahale sonrasında yaşam kalitesi artarken depresyon ve yasının azaldığı ifade edilmiştir [163].

Yas çalışması, sevilen kişinin ölümünün kabul edilmesini ve ardından hayata yeniden entegrasyonunu içerir. Yaşlı kişiler için uzun süreli yas belirtileri kabullenme (özlem, acı) ve geri çekilme (toplumsal işlevsellikte azalma, başkalarına güvenmede zorluk, hayata devam etmede zorluk, duygusal uyumsuzluk veya diğerlerinden kopma) şeklinde ortaya çıkar. Fakat kişi kendisi ölümcül olarak adlandırılan bir hastalığa yakalandığında kişinin yaşamdaki rolüyle ilgili kafa karışıklığı, sosyal işlevsellikte azalma, konsantrasyon güçlüğü ve başkalarından kopma gibi yas semptomları ortaya çıkabilir ve bu durum patolojik bir durum değildir. Fakat bunların tümü, hastaların fiziksel, bilişsel ve duygusal olarak işlevselliğini etkileyebilir. İşte bu noktada hastanın yeni yaşam tarzına uyum sağlaması ve bedeninde olan değişiklikleri kabullenmesinin faydalı olabileceği önerilmektedir [65], [73]. Hastalarla yapılan derinlemesine görüşmelerde hastaların müdahale sonrası kabul etme becerisi geliştirdikleri de ifade edilmektedir.

Bu çalışmada müdahale ve kontrol grubunun ön test ölçüm ve son test ölçüm puanının etkisi arındırıldığında; ANCOVA analizi sonuçlarında gruplara göre UYBÖ-HF izlem testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,006$). Müdahale grubunda UYBÖ-HF izlem testi puanı ortalama değeri $20,02\pm 0,85$ iken kontrol grubunda bu değer $23,87\pm 0,82$ olarak elde edilmiştir. Müdahale grubunda yer alan hastaların uygulama sonrası UYBÖ-HF puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olması ve etki büyüklüğünün ($\eta^2: 0,110$) güçlü düzeye ($0,114$) yakın olması nedeniyle “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” jinekolojik kanser

hastalarının uzamış yas tepkilerinde etkin olarak kullanılabilir. Çalışma bulguları ile H1₀ hipotezi reddedilirken (Jinekolojik kanser hastalarına uygulanan bilişsel davranışçı ve dışavurumcu tekniklere temellendirilmiş ‘‘Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı’’nın uzamış yas tepkilerine etkisi yoktur) H1₁ hipotezi (Jinekolojik kanser hastalarına uygulanan bilişsel davranışçı ve dışavurumcu tekniklere temellendirilmiş ‘‘Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı’’nın uzamış yas tepkilerine etkisi vardır) kabul edilmiştir.

Yapılan bu çalışmada uygulanan oturumlara genel olarak bakıldığında; uygulanan BDT ve dışavurumcu teknikler ile belirlenen hedef ve amaçlara ulaşıldığı görülmüştür. İlk oturumda uygulanan ‘‘Bahçemizdeki Çiçekler’’ çalışması ile hastaların hastalık deneyimlerini paylaşmaları ve bu deneyimlere yönelik yaşadıkları duygularını ortaya koymaları sağlanmıştır. İkinci oturumda verilen kısa psikoeğitim sonrası yapılan ‘‘Hastalığın Resmini Çiz’’ çalışması ile kanserin biyopsikososyal etkileri hakkında farkındalık kazandırılması sağlanırken duygu-düşünce-davranış ilişkisi kavranmaya başlamıştır. Üçüncü oturumda yapılan beden taraması ve dışavurumcu etkinlik ile hastalar kendileri üzerinde hastalığın psikolojik etkileri ile ilgili farkındalık ortaya koyarken bedenlerinin ihtiyaçlarının farkına varmışlar, bedeni ve duyguları arasında ilişki kurabilmişlerdir. Dördüncü oturumda uygulanan ‘‘Sessiz Çığlık’’ çalışması ile engellenmiş duygularını ve karşılanmamış ihtiyaçlarını ifade ederlerken aynı zamanda zorlayıcı duyguları ile başa çıkmayı deneyimlemişler ve başa çıkma yöntemlerini öğrenme konusunda adım atmışlardır. ‘‘Kadınlık kavramını bir nesne ile özdeşleştirme’’ çalışmasının olduğu beşinci oturumda bir kadın olarak bedenleri ile ilgili duygularını açık ifade edebilmişler ve kanser öncesi ile sonrasında rol beklentileri arasındaki ilişkiyi açıklamışlardır. Altıncı oturumda ‘‘Bir Kadın Oluştur’’ çalışmasında başına gelenlerin sadece kendi başına gelmediğini kavrarlarken yaşadığı kayba ilişkin olumlu-olumsuz tüm duygularını ifade edebilmişler, kadın olarak kendilerini çekici, etkileyici hissetmeleri için gereksinimlerinin farkına varıp, cinsellik hakkındaki düşünceleri ve cinsel ihtiyaçları hakkında partnerleri ile konuşmaya hazır hale gelmişlerdir. Yedinci oturumda uygulanan ‘‘Duygunu Çiz’’ çalışmasında hissettiği bedensel duyularıyla birlikte kalabilmeyi deneyimlerlerken kadın olarak hissettikleri duyumsamalara ait duygu ve düşüncelerini tanımlamışlar, hoş giden/gitmeyen olduğu hali ile /yargılarını fark ederek kabul sürecine geçmişlerdir. Bilişsel çarpıtmalara yönelik canlandırmaların yapıldığı sekizinci oturumda kadınlık hakkında olumsuz inançlarını ve çarpıtmalarını ortaya koyarlarken güçlü ve

güçlenmeye açık yönleri ile ilgili farkındalık kazanmışlardır. Dokuzuncu oturumda yapılan grup çalışması ile fiziksel, cinsel, sosyal, duygusal alanlarda yeni şeyler denemeye hazır oluştuklarını ifade ederlerken özgüven geliştirmeye yönelik eylemlerde bulunmuşlardır. Son oturumda uygulanan “Bizim Bahçe” çalışmasında başkalarının yaşamlarında önemli olduklarını fark etmişler ve oluşturulan “Amaçlar Poster” ile geleceğe yönelik umut dolu beklentilerini açıklamışlardır.

Müdahale grubunda uygulama sonrasında UYBÖ-HF puan ortalamalarında anlamlı düşüş olmasının, yapılan derinlemesine görüşmeler sonrasında da hasta ifadelerinde yer alan hastaların geçirmiş oldukları kanser hastalığının kendileri üzerindeki biyopsikososyal etkilerin farkına varmaları, bedeninde yaşadığı zorlayıcı duygu, düşünce ve davranışlar arasında bağlantı kurabilmeleri, karşılanmamış ihtiyaçlarına odaklanmaları, kadınlık ile ilgili duygularını açık ifade edebilmeleri, öz şefkat geliştirme ve saygınlık geliştirme egzersizlerini gerektiğinde kullanabilme becerileri kazanmaları nedeniyle olabildiği düşünülmektedir.

Sonuç olarak; jinekolojik kanser hastalarına uygulanan ‘Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı’nın hastaların uzamış yaş tepkileri üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

3.2. NİTEL BULGULAR VE TARTIŞMA

3.2.1. Çalışmanın Nitel Boyutuna Dahil Olan Katılımcıların Bireysel Özellikleri

Çalışmada müdahale programını tamamlayan 11 kadın ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Nitel görüşme yapılan kadınların yaş ortalamalarının 45,45 (minimum:20, maksimum:62) olduğu, %72,72’ sinin evli olduğu, %63,63’ ünün çocuk sahibi olduğu, %63,63’ ünün endometrium kanseri tanısı aldığı, %36,36’ sının sadece cerrahi tedavi, %36,36’ sının cerrahi-kemoterapi-radyoterapi tedavisi aldığı görülmüştür. Görüşme yapılan katılımcılara ait bilgiler Çizelge 3.6’ da sunulmuştur.

Çizelge 3.6. Nitel görüşme yapılan katılımcıların bireysel özellikleri.

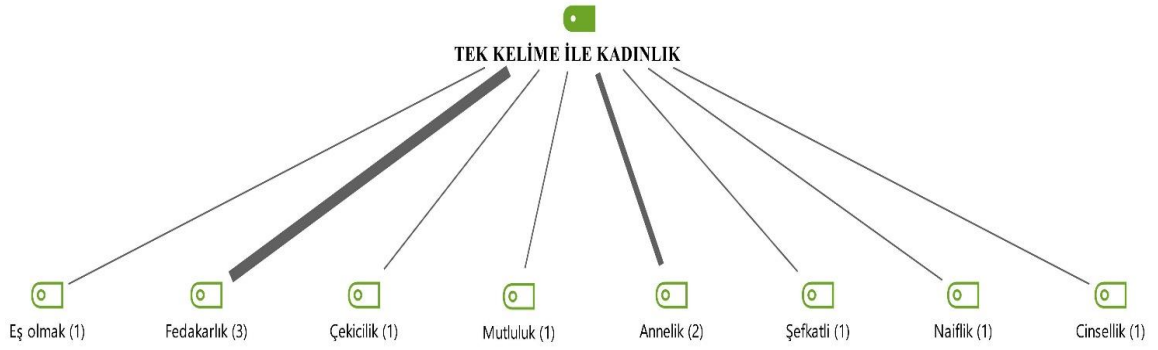
Katılımcı	Yaş	Eğitim Durumu	Medeni Durum	Mesleği	Çocuk Sahibi Olma Durumu	Geçirilen Kanser Türü	Tedavi Türü
Katılımcı 1	48	Ortaokul	Evli	Ev hanımı	Var	Endometrium	Cerrahi
Katılımcı 2	53	Lisans	Evli	Memur	Var	Endometrium	Cerrahi Kemoterapi Radyoterapi
Katılımcı 3	20	Lise	Bekar	Öğrenci	Yok	Over	Cerrahi
Katılımcı 4	47	İlkokul	Evli	Ev hanımı	Var	Endometrium	Cerrahi
Katılımcı 5	45	İlkokul	Evli	Ev hanımı	Var	Serviks (Daha önce meme)	Cerrahi Kemoterapi
Katılımcı 6	43	Okur yazar	Evli	Ev hanımı	Yok	Endometrium	Cerrahi Radyoterapi
Katılımcı 7	62	Lise	Evli	Emekli	Var	Endometrium	Cerrahi Kemoterapi Radyoterapi
Katılımcı 8	53	Lise	Boşanmış	Memur	Var	Over	Cerrahi Kemoterapi
Katılımcı 9	45	Lisans	Bekar	Ev hanımı	Yok	Endometrium (Daha önce meme)	Cerrahi Kemoterapi Radyoterapi
Katılımcı 10	56	İlkokul	Evli	Ev hanımı	Var	Serviks	Cerrahi
Katılımcı 11	28	Ortaokul	Evli	Ev hanımı	Yok	Endometrium	Cerrahi Kemoterapi Radyoterapi

3.2.2. Temalar ve Alt Temaların İncelenmesi

“Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” oturumlarına katılan katılımcılar (n:11) ile oturumlar sonrası yapılan görüşmelerden elde edilen verilerin analizinde toplam altı tema ve bu temaların alt temaları belirlenmiştir. Bu bölümde bu temalara yer verilmiştir.

3.2.2.1. Tema 1. Tek Kelime ile Kadınlık

Görüşmelerde oturumlar sonrası kadınlık algısı ile ilgili değerlendirme yapılmadan önce katılımcılardan tek kelime ile kadınlığı ifade etmeleri istenmiş ve Şekil 3.3’ de görünen ifadeler elde edilmiştir. Katılımcıların kadınlığı sıklıkla fedakârlık (n:3) ve annelik (n:2) ile ifade ettikleri bazı kadınların ise kadınlığı şefkatli, naif, çekici gibi özellikler ile tanımladıkları görülmüştür.



Şekil 3.3. Tek kelime kadınlık haritası.

Bu temaya ait bazı alıntılar aşağıdaki gibidir:

“Kadınlık bence (durup uzun düşündü) ne diyim kendinden vazgeçme derim (gülümseyerek) bence öyle. Fedakârlık yani.” (Katılımcı 4)

“Kadınlık anneliktir derim.” (Katılımcı 7)

“Tek kelime ile naiflik derim” (Katılımcı 2)

Bazı kültürlerde kadın üreme organları kadınlığın, doğurganlığın ve özellikle anneliğin simgesi olarak kabul edilmektedir [164]. Bu rollerin toplumun “kadınlık kimliğine” verdiği anlamda önemli bir yeri bulunmaktadır. Literatürde herhangi bir müdahale programı sonrası kadınların kadınlığa yönelik tanımlarına ilişkin bir bilgiye rastlanılamamıştır. Fakat üreme organları ile ilişkilendirilen kadınlık tanımlamalarına infertil kadınlarla yapılan çalışmalarda rastlanmış olup; sıklıkla katılımcıların kadınlığı annelik, eş olma gibi kavramlarla tanımladıkları görülmektedir [165], [166]. Uygulanan “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” sonrası hastaların tek kelime ile kadınlık tanımlarında kadınlığa yönelik daha çok olumlu ifadeler kullandıkları dikkat çekicidir.

3.2.2.2. Tema 2. Süreçte Yaşanan En Yoğun Duygu

Bu tema, kanser sürecinde kadınların en yoğun yaşadıkları duyguları içermektedir. Katılımcılar sürecin başından beri korku (n:3), ölümle ilgili duygular (n:2), yalnızlık (n:2), eksiklik (n:1), üzüntü (n:1) gibi duyguları yoğun bir şekilde yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu tema ile ilgili kodlar ve frekansları Şekil 3.4’ de görülmektedir.

Aşağıda bu süreçte yaşadığı en yoğun duygunun korku olduğunu ifade eden katılımcının alıntısı görülmektedir:

“Korktum ya korktum düzelemeyeceğim diye korktum.” (Katılımcı 8)

Bir diğer alıntı da ölüme yakın hissetmeyi ifade eden katılımcının ifadesidir:

“Ölüme daha yakın hissettim kendimi sonunu bilmiyorum dua ettim sadece. Yani acılarımın geçmesi için hep o acılarla yaşadım yani yeri geldi çocuğum çoluğumu düşünemedim, sadece kendini düşünüyor insan orada yani ne olacağım diyerek.” (Katılımcı 2)

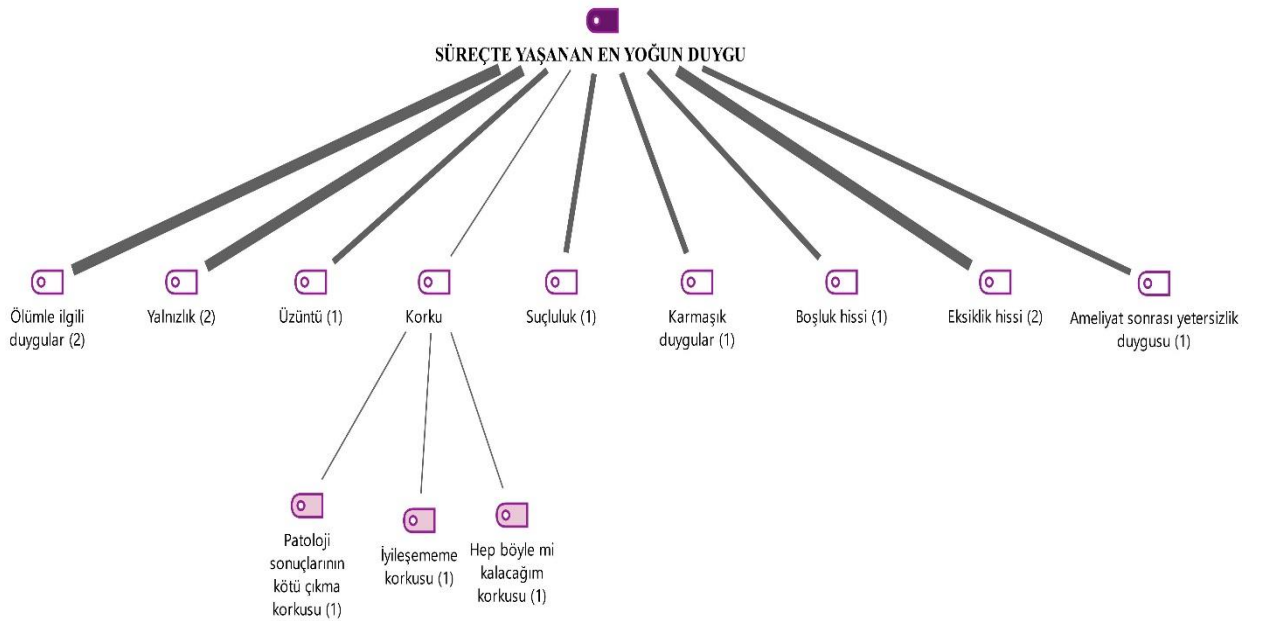
Kanser sonrası oluşan kayıplarını kadınlık ile ilişkilendiren ve eksiklik duygusu yaşayan kadınlara ait alıntılar ise şu şekildedir:

“Yani rahim kadınlığımı akla getiriyordu. Rahmin olması hani ileri zamanlarda hani evlenirsem bir çocuğum olursa olur diyordum ama sonradan işte rahim olmayınca da eksiklik hissi oluştu bende.” (Katılımcı 9)

“..... Yumurtalıklarımın alınması sonrasında şey oldum yani hani ben farklı mıyım hani eksik miyim bunları düşünmeye başladım...Erkek arkadaşım ile ayrılığımızı bile bu duruma bağlamıştım. Anne olamayacağım düşüncesinden dolayı bir daha hiçbir birlikteliğim olmayacak diye düşündüm. Hep eksik hissettim.” (Katılımcı 3)

Yine yaşanan kayıpla üreme yeteneğinin kaybını düşünen bir katılımcının ifadesi ise aşağıdadır:

“Anne olamayacağım aklıma geldi. Üzüntü yaşadım çok yoğun.” (Katılımcı 11)



Şekil 3.4. Süreçte yaşanan en yoğun duygu haritası.

Literatürde kanser tanısı alan bireylerin çoğunlukla ilk olarak büyük bir şok, hemen

arkasından inkâr ve sonrasında kabullenme yaşadıkları ifade edilmektedir. Bireylerin sahip olduğu tutumlar, ara ve temel inançlar tanı ile aktive olarak süreç içinde "neden ben?", "neden şimdi?" gibi anlam bulmaya yönelik ortaya çıkan bilişler, yaşadıkları farklı duygulara eşlik eder ve kanser sürecinin her aşamasında üzüntü, bağımlılık, çaresizlik, umutsuzluk ve umut gibi farklı farklı duygular ortaya çıkabilmektedir [32], [140]. Kanser tanısı alan bireylerin bu aşamalarındaki yaşadığı duygu ve tepkilerini rahatça ifade edebilmeleri için cesaretlendirmek hemşirelik uygulamaları içinde yer almaktadır. Kanserin bireyin yaşamındaki tüm alanları etkiliyor olması nedeniyle bireyin duygularının farkında olması duruma uyum sağlamasını kolaylaştırırken stresle baş etme yeteneğini artırmada önemli rol oynamaktadır [44].

Kemoterapi sürecinde farklı hasta gruplarına dışavurumcu terapi teknikleri uygulanan çalışmalarda tekniklerin bireylerin duygularını ortaya çıkarmalarına ve duygularını ifade etmelerine yardımcı olduğu ve uygulama sonrasında hastalar tarafından kendilerini rahatlamış hissettikleri belirtilmiştir [97]–[99]. Jinekolojik kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada kadınlara uygulanan müdahale programı sonrası kadınların duygusal ifadelerindeki bir puanlık artışın kansere özgü sıkıntıda 1,3 puanlık bir düşüşle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır [94]. Literatür ile uyumlu olarak “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” sonrası yapılan görüşmelerde katılımcıların duygularını rahatça ifade edebildikleri görülmüştür.

Görüşme sonuçlarında; sonuçların kötü çıkma korkusu, iyileşememe ya da hep böyle kalacağı korkusu literatürde jinekolojik kanser hastalarında çok yoğun ortaya çıkan korku duyguları nedenleri ile benzerlik ortaya koyarken korkuya sıklıkla kaygı, öfke, şaşkınlık, depresif duygu durumu eşlik ettiği görülmektedir [54], [97], [167].

Herhangi bir hastalığa sahip olmayan bireylerin bir gün ölecek olmalarını bilmelerine rağmen günlük yaşamlarında ölümü hiç düşünmedikleri ifade edilir. Fakat kanser hastaları kanser tanısını ölüm tanısı olarak algıladıkları için ölümle ilgili duygular da yaşamaktadırlar [140]. Katılımcı 2 süreç içinde kendini ölüme daha yakın hissettiğini belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada kadınların tanı aldıktan sonra kanser tedavisi sonucunda yaşayacaklarından çok, ölüme odaklandıkları gözlenmiştir. Başka bir çalışmada ise, hastaların kanseri ölüm tanısı olarak algılamasıyla ölümle ilgili duyguları ve çaresizlik duygularını ortaya çıkardığı belirlenmiştir [13], [55]. Katılımcı 2’ nin ölümle ilgili duyguları nedeniyle kendini daha çok düşünüp çocuklarını düşünemediğini ifade

etmesi, jinekolojik kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada geleceğe yönelik istekler ve yaşama isteği açısından görüşülen hastaların hayatındaki önceliklerin sağlıklı yaşamak ve onkolojik sürecin bitirilmesiyle ilgili olması sonucu ile benzerlik göstermektedir [13]. Literatürde bunun aksine ölüm korkusuyla doğrudan yüzleşerek gelecekleri ve çocukları konusunda kaygıya kapılarak çıkış yolu bulmaya çalıştığını ifade eden hatta “*ben ölürsem onlara kim bakacak*” şeklinde ve kalıtsal geçişten dolayı kaygılarını ifade eden farklı çalışma sonuçları da yer almaktadır [10], [44].

Görüşme yapılan katılımcı 3’ ün yumurtalıklarını kaybetmesi ile oluşan eksiklik hissi nedeniyle erkek arkadaşıyla ilişkisinin bittiğini düşünmesi literatürde bir çalışmada jinekolojik kanserli kadınlarda sıklıkla eşleri tarafından terk edilme korkusunun yaşanması durumu ile benzerlik göstermektedir [71].

Katılımcı 1 ameliyatından sonra onu en çok etkileyen duygunun cinsel anlamda yetersizlik duygusu olduğunu ifade etmiştir. Yapılan tedavi sonrası jinekolojik kanser hastalarının değişen cinsellik ve beden imajlarına yönelik yapılan bir çalışmada; bir katılımcının artık bu duygunun, dürtünün ona yabancı olduğunu ve kendini yetersiz hissetmesini ifade etmesi ile benzerlik göstermektedir [57].

[54]’ de jinekolojik kanser sürecinde ortaya çıkan suçluluk duygusu eşine karşı cinsel anlamda isteğinin olmaması nedeniyle hissedilirken Katılımcı 7’ nin ifadesinde, hissedilen suçluluk duygusunun nedeni “*ben ne yaptım ki de böyle oldu, neye dikkat etmedim acaba kanser oldum?*” şeklinde kendisine hastalığının nedeni ile ilgili yönelttiği suçluluk duygusu olduğunun görülmesi ile farklı bir sonuç ortaya koymaktadır.

3.2.2.3. Tema 3. Oturumlar Sonrası Beden Algısı

Bu tema, katılımcıların kanser süreci ile bedenlerinde meydana gelen değişimleri oturumlar sonrası nasıl algıladıkları ile ilgilidir. Katılımcıların yarısından fazlası (n:6) oturumlar sonrası bedenlerindeki değişimleri olduğu hali ile kabul edebildiklerini, bazı katılımcıların (n:3) saçlarını artık saklamadığı, bazı katılımcıların (n:2) ise ameliyat izlerinden artık güç almaya başladıklarını ifade ettikleri görülmektedir. Ayrıca kıyafetlerini kendine yakıştırma, artık aynaya bakabilme, kendini güzel hissetme, tekrar elbise giyebilme, bedenine karşı olumlu bakış açısı geliştirme gibi ifadeler bu temada dikkat çekmektedir (Şekil 3.5).

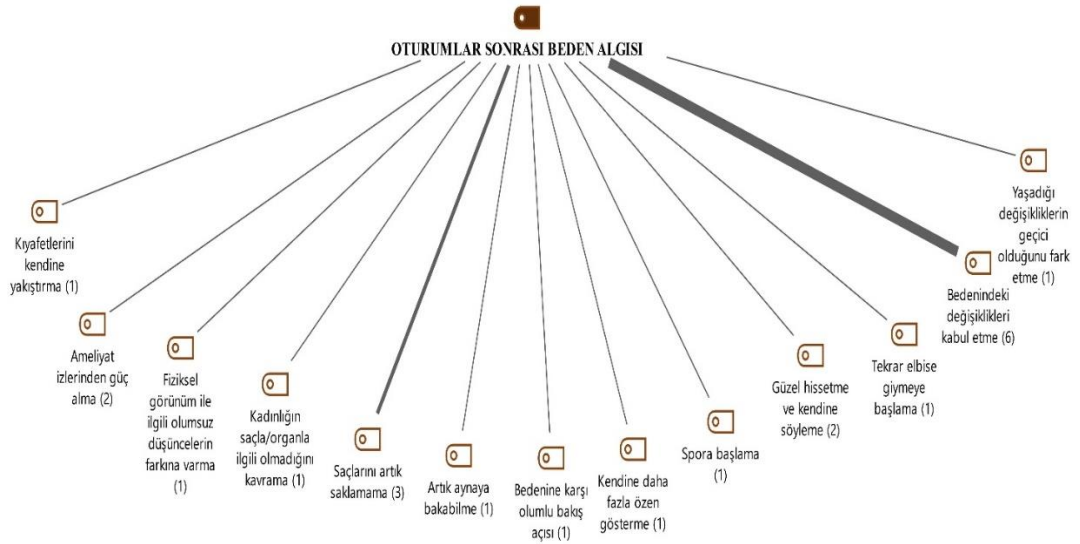
Literatürde benzer şekilde over kanseri hastalarına hemşire tarafından uygulanan bir psikososyal programda hastalar tarafından konuşulan konular içerisinde beden imajıda yer almaktadır [168].

Bu çalışmada tekrar elbise giymeye başlayan katılımcının ifadesi aşağıda alıntılanmıştır:

“O zamanlar yakıştıramıyordum kendime tabi ne bileyim yani. Oturumlardan sonra tatile falan gittik. Yanıma yedi tane elbise almışım. Ben elbiseyi artık bir daha asla giymem diye düşünüyordum o kadar yani.” (Katılımcı 2)

Giydiği kıyafetleri kendine yakıştıran bir katılımcının ifadesi de şu şekildedir:

“Eskiden mesela ne olursa kıyafeti giyerdim fakat şimdi güzel olanı giyiyorum, aynanın karşısında bakıp “güzel oldu, çok yakıştı” diyorum. Bunlara dikkat ediyorum mesela.” (Katılımcı 9)



Şekil 3.5. Oturumlar sonrası beden algısı haritası.

Bu temaya ait farklı alıntılar da aşağıda yer almaktadır:

“Kadınlığın saçla başla ilgili olmadığını anladım aslında. Eskiden saçlarımı boyardım, şimdi saçlarım çıktı boyamıyorum bile.... (Katılımcı 7)

“Bedenimde olan izleri olduğu hali ile kabul ettim hatta onları gördükçe daha da güçleniyorum yani herkese karşı daha güçlü durmaya çalışıyorum hani o yüzden güçlü olmayı öğretti bana oturumlar.” (Katılımcı 11)

“Ya oturumların gerçekten çok faydası oldu bize. Mesela aynaya önceden bakmak

istememedim hemen duştan sonra veya giyinirken hemen giyinip soyunmayı tercih ediyordum. Ama şu an öyle bir durum yok.” (Katılımcı 5)

Beden algısı bireyin kendi bedeni ile ilgili zihninde şekillendirdiği bilinçli ya da bilinçsiz düşünce, duygu ve algılarının tümünü içeren bir kavramdır. Beden algısı değişken bir süreçtir ve bu algı kadınlarda ergenlik, gebelik, gebelik sonrası, menapoz gibi yaşamın farklı dönemlerinde değişkenlik gösterebildiği gibi yaşla, kişinin sağlık durumu ya da hastalık sürecine bağlı olarak değişebilmektedir. Özellikle kadınlık ile ilişkilendirilen beden parçalarının kaybı gibi durumlarda beden algısı daha büyük ölçüde etkilenebilmektedir. Beden algısı ve beden imajı kavramları literatürde birbirinin yerine kullanılabilen kavramlardır [5], [169].

Çalışmada müdahale programı sonrası görüşme yapılan hastaların ifadelerine göre beden algılarında/beden imajlarında olumlu değişim gerçekleştiği gözlenmektedir. Literatürde benzer sonuç olarak [170]' nın aktardığına göre; 1980'lerde Bos-Branolte vd. ile Capone vd. tarafından geliştirilen iki BDT temelli müdahalenin beden imajını iyileştirdiği ifade edilmiştir. Over kanseri hastalarına uygulanan BDT temelli 90 dakikalık üç oturumdan oluşan bir psikososyal müdahale programında da hastaların değerlendirilmesini yapmak üzere kullanılan over kanserli hastaların yaşam kalitesini değerlendirme ölçeğinin alt boyutları arasında beden imajı yer almaktadır. Ölçek puanları arttıka fonksiyonda iyileşme görüldüğu belirtilirken uygulanan program öncesi ve sonrası hastaların beden imajı puanlarına bakıldığında müdahale grubunda daha fazla bir artışın olduğu gözlenmiştir [171].

Beden imajı, bireylerin vücut görünümüne ve işleyişine yönelik kadınlık veya çekicilik duyguları gibi duygusal, görünüşten memnuniyet gibi bilişsel ve beden kontrolü gibi davranışsal tepkileri ile bireyin bedenine, görünümüne, sağlık durumuna, normal işleyişine ve cinsel isteğine yönelik tutumlarını ifade eder [170], [172]. Beden imajı sorunları sıklıkla işlevsiz düşünme kalıpları ve davranışların bir ürünü olduğundan, BDT' nin bilişsel yeniden yapılandırma yaklaşımının uygun olduğu ifade edilmektedir. Jinekolojik kanserler, endometriozis, polikistik over sendromu gibi jinekolojik rahatsızlıkları olan bireylerde beden imajı sorunları, vücudun işleyişine müdahale eden fiziksel değişikliklerden kaynaklanır ve karın şişkinliği, yara izleri gibi görsel olarak daha az görünebilir haldedir. Bu nedenle, BDT' deki olumlu yeniden yapılandırma ile örneğin, “*bu yara izleri benim savaş yaralarımıdır*” şeklinde ifade edilerek işlevsel düşüncelere

dönüştürülebilmektedir [170]. “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı”nın altıncı oturumunda uygulanan “Bir Kadın Oluştur” çalışmasında Katılımcı 8 ameliyat izlerinden oldukça rahatsız olduğunu ve estetiğe ihtiyacı olduğunu ifade etmişti. Programın tamamlanması üzerine yapılan görüşmelerde Katılımcı 8’ in aşağıda yer alan alıntıya ait ifadesi çalışma sonuçlarının literatür ile benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır.

“Ameliyat izim belli bir süreden geçtiğimi hatırlatıyor ama artık bana güç veriyor, kendimi bulduğumu hatırlatıyor. Artık kötü şeyleri arkamda bıraktığımı hatırlatıyor. Her şeyin güzel olacağını hatırlatıyor. Artık hedefe doğru gittiğimi hatırlatıyor” (Katılımcı 8)

Literatürde “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” içeriğinde kullanılan tekniklere benzer bilişsel yöntemlerin kullanıldığı kadın ve erkek genital organ kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmada, uygulanan bir müdahale programı sonrası hastaların beden algıları, beden algısı ölçeği ile değerlendirilmiş ve hastaların müdahale sonrasında beden algılarında olumlu yönde artış olduğu sonucuna varılmıştır [173].

“Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı”nın beşinci oturumunda kullanılan hikâye yazma ve ev ödevi olarak verilen “Kendine Mektup Yaz” çalışması sonrasında grup üyelerinin bir kadın olarak bedenleri ile ilgili duygularını açık ifade edebilmesi, bedenlerinde oluşan değişimleri kabulü hedeflenmiştir. Literatür incelendiğinde; farkındalık müdahalelerinin bedende meydana gelen değişimin kabulünü sağladığı ifade edilmektedir [170]. Yapılan görüşmelerde katılımcıların yarısından fazlasının (n:6) oturumlar sonrası bedenlerindeki değişimleri olduğu hali ile kabul edebildikleri ifade etmesi literatür ile benzer bir bulgudur. Bu bulguya örnek olarak aşağıdaki alıntı verilebilir:

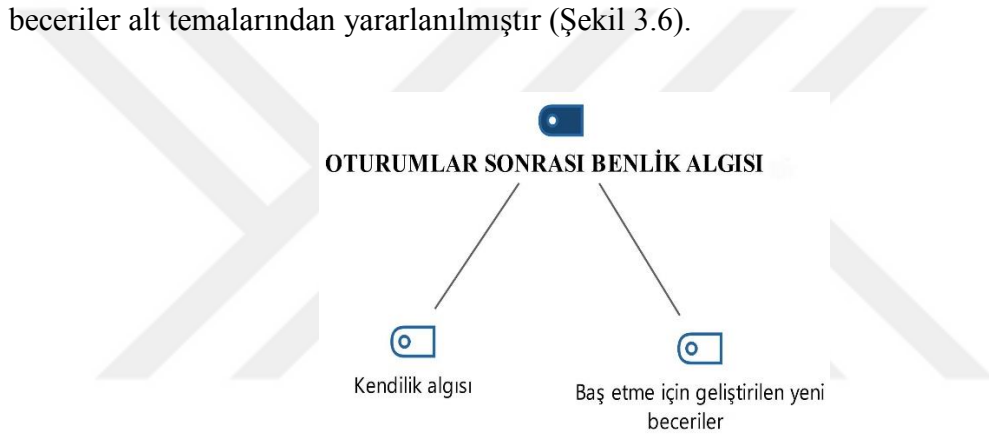
“Barışık yaşamaya alıştım artık onun ben de olabileceğini, artık beni rahatsız etmediğini anladım, görüntümü kabul ettim.” (Katılımcı 5)

Benzer şekilde sanat terapi teknikleri içinde yer alan yazma tekniği kullanılarak meme kanseri tanısı alan hastalarla bir çalışma yürütülmüştür. Hastalardan 30 dakikalık tek bir seans olarak kanser sonrası bedenlerinde meydana gelen değişikliklerle ilgili olumsuz bir deneyim hakkında yazı yazmaları istenmiştir. Daha sonra kadınlar öz şefkat içeren yönlendirme rehberliğinde, deneyim hakkında yazmaya devam etmişler ve kendilerine şefkatli bir tutum kullanarak olayı yeniden çerçeveselendirmeye teşvik edilmişlerdir. Üç farklı zamanda, uygulamadan bir hafta, bir ay ve üç ay sonra yapılan takiplerde

müdahaleyi tamamlayan kadınların her takipte beden imajlarında iyileşme görülmüştür [174]. Uygulanan tek seans sonrasında beden imajında iyileşmenin ifade edilmesi “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı”nın on hafta boyunca uygulanmış olması ve her oturumda bilişsel davranışçı ve dışavurumcu tekniklerin düzenli olarak kullanılması ile hem etkili hem de öğrenilen becerilerin sürdürülebilir olmasını sağladığı düşünülmektedir.

3.2.2.4. Tema 4. Oturumlar Sonrası Benlik Algısı

Bu tema, oturumlar sonrası katılımcıların değişen benlik algıları ile ilgilidir. Benlik algılarını değerlendirmek için kendilik algısı ve baş etme için geliştirilen yeni beceriler alt temalarından yararlanılmıştır (Şekil 3.6).

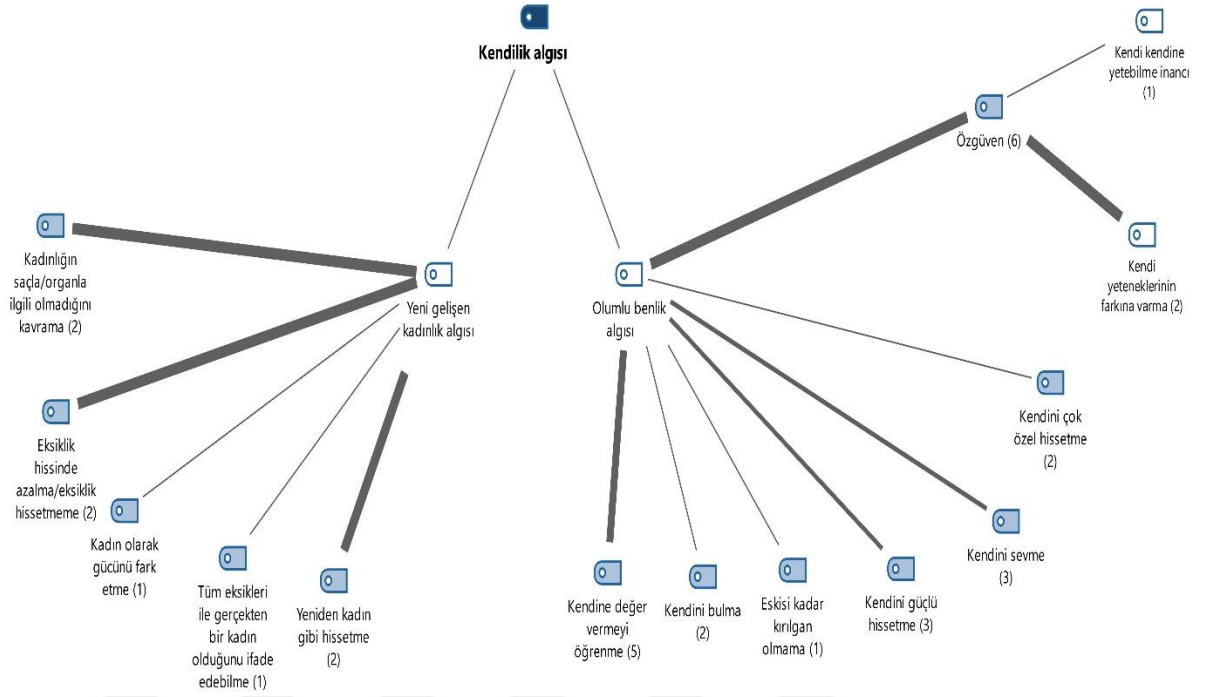


Şekil 3.6. Oturumlar sonrası benlik algısı alt tema haritası.

3.2.2.4.1. Alt Tema 4.1. Kendilik Algısı

Katılımcıların tümünün (n:11) kendilik algısına ait ifadelerde bulunduğu görülmektedir. Bu tema yeni gelişen kadınlık algısı ve olumlu benlik algısı olarak iki başlıkta ele alınmıştır (Şekil 3.7).

Kendilik, bireyin çevresinde etkileşimde olduğu kişilerden gelen pekiştirmeler ve geri bildirimlerle, kendi deneyimleri ve yorumlamalarıyla şekillenen, kendisi hakkındaki bakış açısıdır. Kısaca bireyin kendisine biçtiği değer ya da kendisini nasıl algıladığı olarak tanımlanmaktadır. Kendilik kavramı benlik saygısını da içine alır. Kendilik algısı bireyin isteği, motivasyonu, başarısı, performansı, fiziksel ve ruhsal sağlığı ile ilişkilendirilmektedir [175].



Şekil 3.7. Kendilik algısı alt temasına ait harita.

3.2.2.4.1.1. Alt Tema 4.1.1. Yeni Gelişen Kadınlık Algısı

Bu alt temada katılımcıların sıklıkla vurguladıkları yeniden kadın gibi hissetme (n:2), kadınlığın saçla/organla ilgili olmadığını kavrama (n:2), eksiklik duygusunda azalma (n:2) ifadeleri dikkat çekmektedir. Bu ifadelere ek olarak Şekil 3.7’ de görüldüğü gibi bir katılımcı tüm eksiklikleri ile gerçekten kadın olduğunu hissetme ve bir katılımcının da kadın olarak gücünü fark etme ifadeleri bu alt temanın diğer önemli kodlarındanır.

Bu temaya ait bazı alıntılar aşağıda yer almaktadır:

“Oturumlardan sonra artık benim için kadınlık illaki hani bir organla var olan değil. Yani illaki memeniz olmuş veya rahminiz olmuş, hep güzel olmuşsunuz, onunla alakalı değil.” (Katılımcı 9)

“Aslında gözle görünen bir şey yok ama hissedilen bir şey var. Kanser tedavisi zamanında ya da çok kısa bir süre sonraki zamanda yüzde doksan mesela hani kendimi eksik hissediyordum ama şu an da mesela yüzde 10-20 diyebilirim bu eksiklik hissini.” (Katılımcı 6)

“...ben tam olarak ifade edemiyorum da her ne olursa olsun her ne yaşamış olursak olalım, bizden bir şeylerin eksilmesine rağmen gerçekten kadınız ve biraz daha özel olduğumuzu hissettim ben. (Katılımcı 1)

Bilişsel terapisinin kurucusu Beck'in yapmış olduğu çalışmalarda özellikle depresyondaki bireylerin kendilerine, dünyaya ve geleceğe (bilişsel üçlü) yönelik çarpıtılmış inançlara sahip oldukları görülmüştür. Zamanla yapılan diğer çalışmalarla da olumsuz düşüncelerin sadece depresyonda değil diğer duygusal zorlanmalarda da görüldüğü ortaya çıkmıştır. Bilişsel üçlüden ilki bireyin kendisini eksik, yetersiz, kusurlu, değersiz, istenmeyen, yoksun veya hastalıklı olduğuna dair olumsuz tanımlamalarda bulunması olarak ifade edilebilir. Bu olumsuz düşünce tarzı ile birey olumsuz olayları kişisel olarak ahlaki, psikolojik ya da fiziksel kusurlarına atfedebilir [176], [177]. BDT, bireyin sahip olduğu çarpıtılmış veya işlevsel olmayan düşüncelerini davranışlarının ve yaşadığı psikolojik problemlerinin önemli belirleyicileri olduğunu kabul eder. Bu bakış açısı ile yaklaşıldığında; bilişsel süreçlerin ortaya çıkarılarak değiştirilmesi ile bireyde istenilen davranış değişikliğinin gerçekleşebildiği varsayımına dayanır. Aynı zamanda yine bilişsel bir bakış açısıyla yaklaşıldığında; sanatın kullanımı da "bilişsel simülasyonunun" kişinin kendilik algısı deneyimi de dahil olmak üzere bireyde değişimlere yol açabilmektedir [178]. Görüşmeye katılan katılımcıların program öncesinde kendilerini tam bir kadın olarak algılamadıkları, eksik, kusurlu, yarım insan gibi tanımladıkları görülürken; müdahale programı sonrası kadınlık algılarına yönelik olumlu ifadeler kullanmaları, hastaların bilişsel süreçlerinde değişim olduğunu düşündürmektedir.

3.2.2.4.1.2. Alt Tema 4.1.2. Olumlu Benlik Algısı

Katılımcıların tümü (n:11) oturumlar sonrasında gelişen olumlu benlik algılarından söz etmiştir. Bu alt temada en dikkat çeken katılımcıların hemen hepsinin (n:9) oturumlar sonrasında özgüvenlerinin geliştiğini ifade etmeleridir. Özgüvenin dışında katılımcıların en sık kullandıkları ifadeler kendine değer vermeyi öğrenme (n:5), kendini güçlü hissetme (n:3), kendini sevme (n:3) ve kendini çok özel hissetme (n:2) dir (Şekil 3.7).

Katılımcıların özgüvenlerinin geliştiğini anlatan ifadeler aşağıda alıntılanmıştır:

"Cesaret aldık, özgüven aldık. Tüm eksiklerimi tamamladım orada. Sepetimi doldurdum. Daha cesaretli ve özgüvenliyim. Bunların hepsi sağolun sizin sayenizde." (Katılımcı 8)

"Hem kendime hem de bedenime yönelik özgüvenim arttı diyebilirim. Hep spora başlamak istiyordum o zamana kadar ama yapamıyordum. Şu an spor nedeniyle vücudumdaki değişim bile gözle görünür (gülümsedi)." (Katılımcı 3)

"Tamamen özgüven kazandım diyebilirim. Hayata bakış açım değişti. İyi ki

gelmişim diyorum her zaman.” (Katılımcı 4)

Bu alt temaya ait bazı alıntılarda dikkat çekicidir:

“Önce ben demem gerekiyormuş. Ben bunu yıllarca yapmamışım artık ben demeyi öğrendim diyebilirim. Kendime değer vermeyi öğrendim.” (Katılımcı 6)

“Kendimizi bulduk, kendimizi öğrendik ama tabi her şeyin bir sonu vardı ve bitti. Keşke hiç bitmeseydi.” (Katılımcı 10)

“Kendimi buldum resmen yani. Kadın olduğumu unutmuştum artık bu şeylerden. Dedim değişeceksin sen hep böyle kalacak değilsin daha iyi olacak daha güzel olacak her şey daha yerinde olacak.” (Katılımcı 8)

Benlik kavramı, kişinin kendisi hakkında sahip olduğu duyguları ifade etmektedir. Benlik saygısı, kendine saygı ve kendini kabulle ilişkilidir. Benlik algısı ise bireylerin nasıl düşündüğünü, davrandığını ve başkalarıyla nasıl ilişki kurduğunu anlamak için önemlidir. Yaş, düşük eğitim düzeyi, gelir, ırk, medeni durum, sigara içme, fiziksel aktivite, alkol tüketimi, kronik hastalık varlığı ve vücut kitle indeksi gibi farklı değişkenlerle ilişkili olduğu ifade edilir [179].

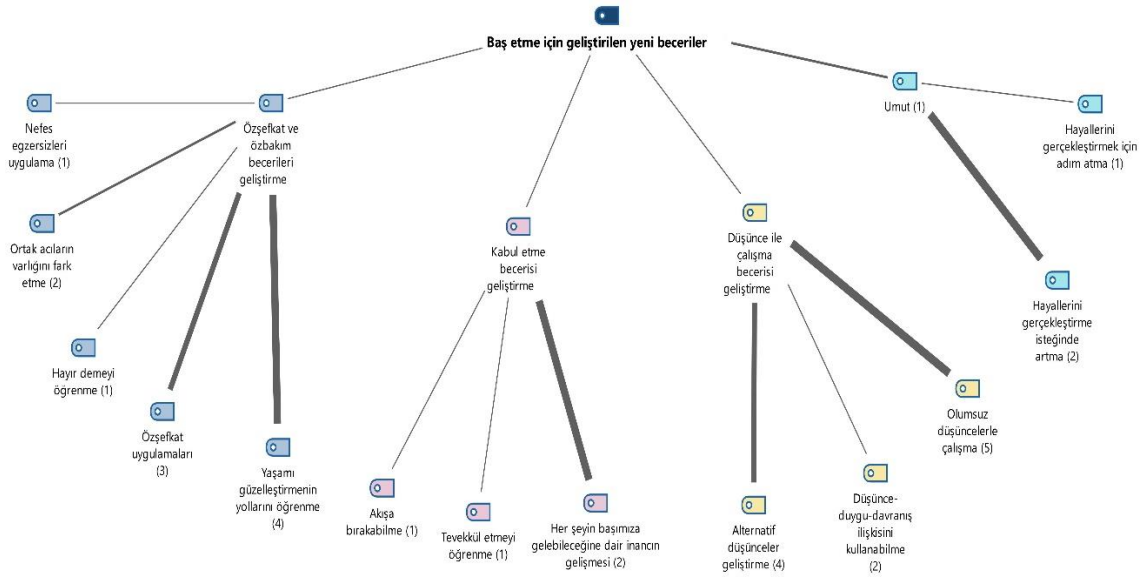
Çalışmada ortaya çıkan “olumlu benlik algısı” alt temasına ait bulgular literatürde yapılan çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Literatürde kadın kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada boş zaman aktivitesi olarak sanatla uğraşan hastalarla görüşmeler yapılmıştır. Katılımcılar, sanat etkinliklerinin kendilerinin olumlu bir kimlik duygusunu korumalarına veya yeniden kendileri ile bağlantı kurmalarına yardımcı olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılar, kanserle ilgili endişeleri üzerinde durmak yerine dikkatlerini planlamaya veya sanat eseri yaratmaya odakladıklarında, etkili, yetenekli bir kişi olarak tanıdık bir öz imajla yeniden bağlantı kurarak kendi güçlerinin farkına varıp, yeni beceriler kazanmaktan dolayı keyifli olduklarını ve kişisel gelişimlerine destek olduğunu ifade etmişlerdir. Grup sanat terapisi sayesinde kadınlar, özsaygılarının arttığını ve sosyal ilişkilerinde kendilerine daha fazla güven duyduklarını söylemişlerdir. Sanat terapisindeki etkinlikleri tamamlamalarının, zorlukların üstesinden gelmede ve uygulamalar esnasında kendilerine seçim ve kontrol verilmesinin başarı hissine ve bu durumda kadınların özgüvenlerini arttırmalarına yardımcı olduğu ifade edilmiştir. Kanseriyle ilgili olarak sanat terapi uygulamasının kendisine daha fazla güç verdiğini ifade eden bir katılımcının “yenildiğimi hissetmiyorum...” ifadesi bu çalışmadaki Katılımcı 8’ in “kendini güçlü hissetme” koduna ait “Daha güçlüyüm, ayaklarımın

üstünde duruyorum. Her şeyi yapıyorum artık” ifadesine benzerdir [180]. Kanser hastaları ile yapılan on haftalık farklı bir sanat terapi müdahale programında da hastaların öz kimliklerini yeniden kazandıkları, kendilerini tanıyarak güçlerinin farkına vardıkları ve özgüven kazandıkları ifade edilmiştir [181]. Farklı kanser türlerindeki ayaktan kemoterapi hastalarına uygulanan dışavurumcu terapi seanslarının hastaların özgüvenlerini artırdığına dair bildirimler alınmıştır [98]. Bilişsel-davranışsal stres yönetimi, farkındalık temelli stres azaltma, kabul ve kararlılık terapisi teknikleri temel alınarak hazırlanan over kanseri hastalarına yönelik tasarlanmış internet tabanlı bir grup müdahalesi programında, hastalara on haftalık bir müdahale programı uygulanmıştır. Program sonunda hastaların kendilerini sevme ve kendilerine şükran duyma ile ilişkili farkındalık kazandıklarına dair ifadeler yer verilmiştir [182]. Olumlu benlik algısına yönelik sonuçlarda benzerlik olsa da çalışmanın yüz yüze gerçekleştirilmemesi ve sadece over kanseri hastalarına yönelik hazırlanmış olması bu çalışmadan ayıran en önemli farklılıktır.

3.2.2.4.2. Alt Tema 4.2. Baş Etme İçin Geliştirilen Yeni Beceriler

Katılımcıların oturumlar sonrası geliştirdikleri yeni baş etme becerileri dört alt başlıkla incelenmiştir. Bu alt temaya ait kodların tümü Şekil 3.8’ de verilmiştir.

Stres, bireylerin yaşantıları içinde kontrol edilemez ve öngörülemez biçimde değerlendirdikleri yaşam olayları karşısında tepki olarak ortaya koyulan gerilim ya da sorun olarak tanımlanır. Stresle baş etme/başa çıkma ise olumsuz ya da stresli yaşam olayları karşısında bireylerin sorunların üstesinden gelmek için ortaya koyduğu duygusal, bilişsel ya da davranışsal çabaları olarak tanımlanmaktadır [183], [184].



Şekil 3.8. Baş etme için geliştirilen yeni beceriler alt temasına ait harita.

3.2.2.4.2.1. Alt Tema 4.2.1. Özşefkat ve Özbakım Becerileri Geliştirme

Katılımcıların tümü baş etme için özşefkat ve özbakım becerileri geliştirdiğini ifade etmektedir. Katılımcılar oturumlar sırasında yaşamı güzelleştirmenin yollarını öğrendiklerini (n:4), özşefkat uygulamalarını hayata geçirdiklerini (n:3), ortak acıların varlığını kabul etmeye başladıklarını (n:2) ifade etmişlerdir. Şekil 3.8’ de bu becerilere yer verilmiştir.

Aşağıda bu temaya ait ifade alıntıları yer almaktadır:

“Benim çok güçlü olmamı sağladı. Kendimi değerli hissediyorum. Artık kendime zor durumlarda şefkat gösterebiliyorum en azından çabalıyorum.” (Katılımcı 11)

“Zorlandığım zamanların çoğunda (gülümseyerek) artık kendime “iyi ki varsın” diyebiliyorum. “Kendine haksızlık etme” diyebiliyorum.” (Katılımcı 3)

“Mesela eşimin üstüne sanki çocuk gibi düşüyordum. Artık öyle değilim. Mesela her şeye evet diyordum, şimdi evet demiyorum. Hayır diyebilmeyi öğrendim. (Katılımcı 7)

Özşefkat, bireyin acı çektiğinde, başarısız olduğunda ya da kendini yetersiz hissettiğinde, acıyı görmezden gelmek ya da kendini eleştirmek yerine, kendine karşı sıcak ve anlayışlı olmayı gerektirir. Her şeyin tam olarak istediği gibi olmamasından kaynaklanan hayal kırıklığına, çoğu zaman mantıksız ama yaygın bir yalnızlık duygusu eşlik eder ve birey sanki acı çeken veya hata yapan tek kişi kendisiymiş gibi düşünür ve o an ki düşünceleri

tüm insanların farklı nedenlerden farklı acılar çektiklerini düşünmesine engel olur. “İnsan” olmanın tanımı, kişinin ölümlü, savunmasız ve kusurlu olduğu anlamına gelmektedir. Bu nedenle, özşefkat, acı çekmenin ve kişisel yetersizliğin insan deneyiminin bir parçası olduğunu, tek başına "benim" başıma gelen bir şey olmaktan ziyade herkesin yaşadığı bir şey olduğunu kabul etmeyi içerir. Özşefkat aynı zamanda bireyin olumsuz duygularına karşı dengeli bir yaklaşım sergilemeyi de gerektirir, böylece duygular ne bastırılır ne de abartılır [185]. Kendine karşı nazik olma yeteneği veya acı çekerken kendine yönelik nezaket gösterme yeteneği olan özşefkat, bir kadının kansere bağlı bedensel değişikliklere uyum sağlama yeteneğini geliştirebilecek ve kadının başa çıkma süreçlerini etkileyebilecek bir iç kaynaktır. Bu nedenle, özellikle tedavi sonrası aşamada, özellikle beden imajı bozukluğunun etkisini azaltmak için kadının öz şefkatinin güçlendirilmesi veya artırılmasının gerekli olabileceği önerilmektedir [186]. Literatürde meme kanseri tanısı konmuş kadın hastaların örneklemini oluşturduğu bir çalışmada hastaların 21 hafta boyunca haftada üç saat, psikodramanın özşefkat ve olumsuz stres yaşama üzerine etkisine yönelik olarak yarı yapılandırılmış bir program üzerinden psikodrama grup terapisi oturumlarına katılımları sağlanmıştır. Çalışma sonucunda hastaların özşefkat ölçeği puanlarında artış olurken özellikle kendine karşı nezaket puanlarının dikkat çekici bir şekilde arttığı ifade edilmiştir [187]. Bedenlerinden memnuniyetsizlik duyan kadınlarla yapılan başka bir çalışmada kadınlara üç haftalık özşefkat meditasyonu eğitimi uygulanmış ve özşefkati güçlendirmeye yönelik yapılan müdahalede kadınların bedenlerinden memnuniyetlerinin arttığı ifade edilmiştir [188]. Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Çalışmada uygulanan “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” nın “İçsel Değişim” olarak adlandırılan altıncı oturumunda özşefkat uygulamalarına yer verilmiş olup verilen ev ödevi uygulamaları ile özşefkatin yaşamın içine katılması teşvik edilmiştir. Müdahale programı sonrası yapılan görüşmelerde hastaların tamamı baş etme için özşefkat ve özbakım becerileri geliştirdiklerini ifade etmişlerdir.

3.2.2.4.2.2. Alt Tema 4.2.2. Kabul Etme Becerisi Geliştirme

Katılımcıların bazıları (n:4) ise bir baş etme becerisi olarak “kabul etme” yi kullandıklarını belirtmiştir. Bu temaya ait kodlar Şekil 3.8’ de görülmektedir.

Kodlara ilişkin alıntılardan bazıları şu şekildedir:

“Hayatı daha çok akışına bırakıyorum artık.” (Katılımcı 7)

“Kısaca özetleyecek olursam kendime güvenmeyi, her şeyin gelip geçici olduğunu yani her şeyin başımıza gelebileceğini, bütün problemleri kendi kendimize aşabilme yeteneğimizin aslında olduğunu sadece onu ortaya çıkarmak yani kimseye ihtiyacımız olmadan yani kendi kendimize de yetebileceğimiz inancı geliştirdim bende.” (Katılımcı 2)

Stresle etkili başa çıkma stratejileri problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma stratejileri olarak ikiye ayrılır. Kabullenme/kabul etme duygu odaklı başa çıkmanın alt boyutları arasında yer almaktadır [189]. Kabul kavramı; pasif bir şekilde boyun eğme davranışından farklı olarak, kişisel yaşama dair durumların etkin ve açık bir şekilde, onları değiştirmeye çabalamadan sahiplenilmesi halidir [190]. Kanser gibi kronik hastalıklarda kabul kavramı hem hastalığı hem de tedavi sonrası değişen beden imajının kabul edilmesini içine almaktadır. Hastalığa ve olumsuz etkilerine yönelik kabul düzeyi arttıkça hastaların tedaviye yönelik uyumları da artış göstermektedir. Beden imajına yönelik kabul süreci ise daha uzun ve karmaşık bir süreç olarak ifade edilmektedir [191], [192]. Jinekolojik kanserden sağ kurtulanlarda stres, baş etme stratejileri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri araştırmak ve yaşam kalitesi ile stres arasındaki ilişkiyi başa çıkmanın aracılık etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada hastaların en sık kullandıkları başa çıkma stratejilerinin kabul etme ve aktif başa çıkma olduğu görülmüştür. Kabul etmenin stres ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye aracılık ettiği yani stresle başa çıkmada kabul etmenin kullanılmasının yaşam kalitesiyle pozitif ilişkili olduğu çalışmanın önemli bulguları arasında yer almaktadır. Çalışma sonucunda, hemşirelerin jinekolojik kanser hastalarının psikososyal bakımlarında etkili başa çıkma becerisi olarak kabul etme gibi becerileri kullanımlarını artırmaya odaklanmaları gerektiği önerilmektedir [49]. Radyoterapi gören jinekolojik kanser hastaları ile görüşme yapılan başka bir çalışmada sürecin zorlu ve uzun olması nedeniyle hastaların çoğunun bazen hastalıkla başa çıkmada yetersizlik gösterdiği belirtilmiştir [13]. Kanser hastaları ile yapılan dışavurumcu tekniklerin kullanıldığı çalışmada bazı hastalar çok yıkıcı bir hastalık olarak gördükleri kansere ilişkin algı ve deneyimlerini anlatmışlardır. Kemoterapi gibi terapötik müdahalelerin halsizlik ve saç dökülmesi gibi yan etkileri ya da mastektomi gibi cerrahi müdahaleler nedeniyle kadınların meme dokusunu kaybetmesi nedeniyle kadınların önemli kayıplar yaşadıkları ve kadınlıklarında ciddi bir kayıp veya hasar anlamına gelebildiği belirtilmiştir. Hastaların ifadelerine göre,

dışavurumcu terapi teknikleri bu kayıplar ve semptomlarla baş etmelerine yardımcı olmuş ve kabullenmelerini sağlamıştır [98]. Bir kanser merkezinde on haftalık farkındalık temelli dışavurumcu sanat terapi müdahalelerinin uygulandığı bir çalışmada [99] program sonrasında katılımcı ifadelerinden olan “*Kanserin gerçekten yüzünüze vurduğu şey, bazı şeyleri kontrol edemeyeceğinizdir. Bu yüzden belki de bazı konularda gevşemeniz ve bunu kabullenip devam etmeniz gerekiyor*” ifadesi “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” sonrası Katılımcı 7’ nin “*Hayatı daha çok akışına bırakıyorum artık*” sözlerinin anlamı ile benzerlik taşımaktadır.

3.2.2.4.2.3. Alt Tema 4.2.3. Düşünce ile Çalışma Becerisi Geliştirme

Katılımcıların tümü oturumlar sonrasında bir baş etme becerisi olarak düşüncelerle çalışma becerisi geliştirdiğini ifade etmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısı (n:5) olumsuz düşüncelerle çalışma becerisini kullandıklarını, bazılarının (n:4) alternatif düşünce geliştirebildikleri ve bazılarının da (n:2) duygu-düşünce-davranış arasındaki ilişkiyi kullanabildikleri görülmektedir (Şekil 3.8).

Bu temaya ait bazı alıntılar şu şekildedir:

“Ben artık düşüncelerimle nasıl başedeceğimi, aslında onları oldukları gibi kabul etmeyi, başka düşüncelerinde olabileceğini öğrendim.” (Katılımcı 6)

“Artık çirkinim düşünceleri yerine güzelim, çekiciyim diyebiliyorum...” (Katılımcı 8)

“O anı gerçekten yaşadım. Düşüncelerime göre duygularımın ve davranışlarımın farklı olduğunu yaşayarak öğrendim. Benim için çok önemliydi.” (Katılımcı 3)

“Eskiden aklıma bir düşünce geldiğinde hemen duygulanır, hemen gözlerim yaşarır ağlardım. Şimdi artık onların her birinin bir düşünce olduğunu biliyorum.” (Katılımcı 9)

Kanser sürecinde hastalar kansere ve kanserin ortaya çıkardığı durumlara özgü olumsuz düşünceler geliştirirler. BDT hastaların kanser ile ilgili bu olumsuz düşüncelerinin farkına varıp, yorumları ve anlamları tanımlamaları ve yeniden yapılandırarak etkili baş etme becerileri geliştirmesine yardımcı olur. BDT’deki bilişsel boyut altta yatan olumsuz duyguları ve düşünceleri belirlemek, otomatik düşünceleri fark etmek ve onların yanında alternatif düşünceler ortaya koymayı içerir [193]. Dışavurumcu tekniklerin kullanıldığı bir çalışmada, uygulanan teknikler sonrasında hastaların gruba dahil olmanın ve

farkındalık yoluyla anlam oluşturma süreçlerinin, katılımcıların istem dışı düşüncelerden kurtulmalarını sağladıkları ve zihinlerini sakinleştirerek sanat etkinliklerine tam anlamıyla katılım sağlayabildiklerini ortaya koymuştur. Hastalar için sanat etkinliklerinin kendilerini yeni yollarla ifade etmenin bir yolu olduğu belirtilmiştir [99]. Bilişsel davranışsal stres yönetiminin serviks kanseri hastalarının ruh sağlığı ve yaşam kaliteleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, bir grup hastaya içeriğinde bilişsel bozukluklar ve otomatik düşünce ile rasyonel düşüncenin değiştirilmesi gibi tekniklerin bulunduğu bilişsel davranışsal stres yönetimi programı bir grup hastaya ise standart bakım uygulanmıştır. Çalışma sonucunda, stres yönetimi programını tamamlayan hastaların uyumsuz düşünceyi tanıma farkındalıklarının arttığı böylece bilişsel işlevlerinin geliştiği, aynı zamanda hastaların olumsuz duygularını yönetebildiği, özgüven kazandıkları, duygusal ve sosyal işlevlerinin arttığı belirtilmiştir. Bilişsel davranışsal stres yönetiminin hastaların kanser hakkındaki olumsuz düşüncelerini değiştirmesine yardımcı olarak tedaviye uyumlarını arttırdığı ve böylece yaşam kalitelerinin arttığı ifade edilmiştir [31]. Meme kanseri tedavisi gören kadınlarda stres yönetimi müdahalesi ile kansere özgü istem dışı düşüncelerin ve anksiyete belirtilerinin azaltılmasına yönelik yapılan randomize kontrollü bir çalışmada haftalık iki saat olmak üzere on hafta boyunca uygulanan bilişsel davranışsal stres yönetimi programı hastalara uygulanmış ve programı tamamlayan kadınların kontrol grubundakilere göre kansere özgü istem dışı düşüncelerinde önemli bir azalma olduğu ifade edilmiştir [194]. “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” sonrası yapılan görüşmelerde katılımcıların tümünün oturumlar sonrasında bir baş etme becerisi olarak düşüncelerle çalışma becerisi geliştirdiklerini ifade etmesi literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

3.2.2.4.2.4. Alt Tema 4.2.4. Umut

Katılımcıların bazıları (n:4) oturumlar sonrası umudu bir baş etme becerisi olarak kullandıklarını ifade etmiştir. Bu temaya ait kodlar Şekil 3.8’de görülmektedir.

“Daha güçlüyüm, ayaklarımın üstünde duruyorum. Ehliyetimi de alırsam daha güzel olacak.” (Katılımcı 8)

“Oturumlardan sonra yıllardır hayalim olan usta öğreticilik kursunu tamamladım ve güzel haber geldi, işe başladım.” (Katılımcı 9)

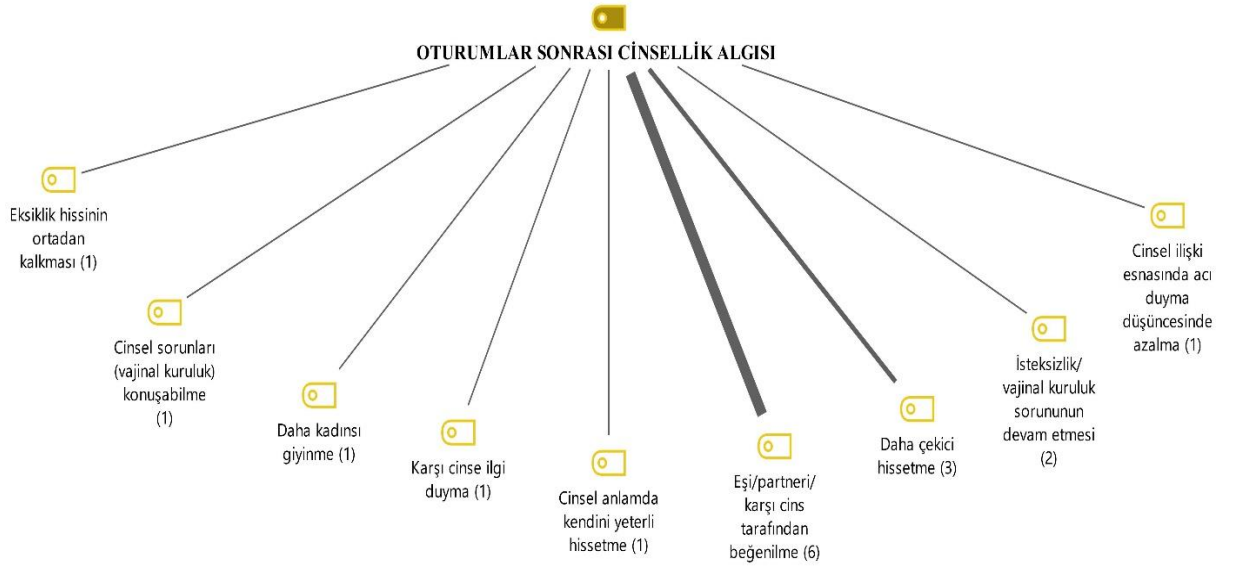
“Yüzde yüz umut aşılandı, kendime olan güvenim özgüven yeniden geldi” (Katılımcı 2)

Umut, insanın doğasında bulunan, bireyi hedefe ulaşmaya motive eden özellikle sıkıntı, acı çekme ve yalnızlık gibi stresli durumlarla baş etmeyi sağlayan içsel bir kaynaktır. Kanser tanısı geleceğe yönelik belirsizliği de beraberinde getirir. Umut duygusu da gelecekle yakından ilişkilidir. Umut düzeyi yüksek olan hastaların, hastalığın olumsuz etkileri ile daha iyi baş ettikleri, prognozlarının olumlu anlamda etkilendiği ve yaşam kalitelerinin arttığı ifade edilmektedir. Hemşirelerin umudu artırmada önemli rolleri vardır. Kanser hastalarına sunulan psikososyal bakımda umudun geliştirilmesine yönelik girişimlerin ele alınması önemlidir [195], [196].

Kemoterapi seansları esnasında dışavurumcu tekniklerin uygulandığı kanser hastaları ile yapılan çalışmada; uygulamalar sonrasında yapılan görüşmelerde hastalar gelecekleri ile yüzleşerek daha rahat, daha sakin, umutlu ve güçlü hissetmelerine katkıda bulunduğunu ifade etmişlerdir [98]. Kemoterapi alan jinekolojik kanser hastalarında sanat terapisinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan başka bir çalışmada, uygulanan mandala tekniğinde katılımcılardan biri mandalasının merkezine “umut” kelimesini eklemiş ve odaklanması gereken konunun umut olduğunu ifade etmiştir. Hastalar uygulamalar sonundaki görüşlerinde olumsuz duygularını ifade edebilmeyen olumlu ve umut dolu düşüncelere yer açtığını belirtmişlerdir [97]. Benzer şekilde “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı”nın ilk oturumunda yer alan “Bahçemizdeki Çiçekler” adlı çalışmada Katılımcı 5, oluşturduğu çiçeğe “umut” adını vermiştir. Son oturumda yapılan “Amaçlar Posterleri” etkinliğinde tüm hastalar geleceğe yönelik bir, beş ve on yıllık planların yapıldığı amaçlar posterinin hazırlanması için cümle tamamlama oyunu oynamışlardır. Hastaların tamamı geleceğe yönelik umutlu olduklarından ve bu umudu kazanmalarında programa katılmalarının etkisinden söz etmişlerdir. Jinekolojik kanser hastalarında sanat terapisi müdahalelerinin hem kaygı hem de umut üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada; hastalara beş oturum sanat terapi uygulanmış olup çalışma sonucunda hastaların kaygı ve umut düzeylerinde önemli gelişme olduğu belirtilmiştir [30]. Literatürde kanser hastaları ile yapılan umudun artırıldığı çalışmalarda sıklıkla sadece sanat terapi tekniklerine yer verildiği görülmüştür. Çalışmamızın bu bağlamda diğer çalışmalardan en önemli farkı BDT’ nin temel bileşenleri arasında umut aşılamanın var olması ve bilişsel davranışçı kuram ve dışavurumcu teknikleri bir arada ele almasıdır. Bu durumunda müdahaleleri daha güçlü ve etkili kılacağı düşünülebilir.

3.2.2.5. Tema 5. Oturumlar Sonrası Cinsellik Algısı

Bu tema katılımcılar için önemli alanlardan biri olan cinsellik algısının oturumlar sonrası nasıl olduğu ile ilgilidir. Katılımcıların yarısından fazlası (n:6) eşi/partneri/karşı cins tarafından beğenildiğini ifade ederken katılımcıların bazıları (n:3) ise daha çekici hissettiğini ifade etmiştir. Ancak iki katılımcı ise isteksizlik/vajinal kuruluk sorununun devam ettiğini bildirmiştir. Bu temaya ait kodlar Şekil 3.9’ da görülmektedir.



Şekil 3.9. Oturumlar sonrası cinsellik algısı haritası.

Bu temaya ait alıntılardan bazıları aşağıda verilmiştir:

“Eşim beni beğenir, beni ister. Eşıme yetemezsem diye korkuyordum. Benim eşim cinselliğine çok düşkündür daha önce de söyledim ya hocam size (güldü). Artık herşey eskisi gibi. Normale döndü çok şükür.” (Katılımcı 6)

“Oturumların katkısıyla bu dönemi hızlıca kapattığımı ve hızlıca değiştiğimi düşünüyorum. Yani hiçbir eksikim olmadan herkes gibi benim de duygularım olabileceğine inanıyorum ve tabi ki kendimi zaman zaman güzel buluyorum, beğenildiğimi düşünüyorum, yeri geliyor beğendiğimi de hissediyorum.” (Katılımcı 3)

“Kendimi çekici hissediyorum, eşimin beni beğenmeyeceğini düşünmüyorum artık hatta eşimin beni beğendiğini düşünüyorum.” (Katılımcı 11)

“Cinsel anlamda baktığımda da kuruluk sorunumdan bahsetmiştim. Korkuyordum, doktora da söyleyemiyordum. Oturumlardan sonra söyledim artık ve önerilen jelle o işi de çözdük.” (Katılımcı 5)

İsteksizlik sorununun hala devam ettiğini belirten bir katılımcıya ait alıntı ise aşağıda verilmiştir:

“Canımın acıyacağı düşüncesini biraz değiştirdim. Ama çok etkili olmadı. O isteksizlik hala tam yerine oturmadı yani.” (Katılımcı 1)

Kanser gibi kronik hastalıkların ya da hastalığa özgü tedavi türlerinin sonucunda ortaya çıkan fizyolojik fonksiyonlarda bozulma, olumsuz beden algısı, sürecin getirdiği psikolojik faktörler gibi durumlar nedeniyle kadınların cinselliği ile ilgili problemler ortaya çıkabilmektedir [197]. Jinekolojik kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada, kadınların tümü düşük özgüven ve zayıf beden imajı sorunları yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bazı katılımcılar kendilerini yetersiz hissettikleri ve/veya bedenlerinden memnun olmadıkları ve cinsel konular hakkında sağlık profesyonelleri ile konuşmaktan çekindiklerini ifade etmişlerdir [57]. Bu çalışmaya katılan ve program sonrası görüşmelerde yukarıda alıntısı mevcut olan Katılımcı 5, müdahale programı öncesi hekimi ile konuşmaktan çekindiği vajinal kuruluk problemini program sonunda hekimi ile paylaşmış ve problemin artık çözüldüğünü ifade etmiştir. Literatürde endometriyum ve serviks kanseri nedeniyle tedavileri tamamlanan cinsel istek ve/veya cinsel uyarılma endişeleri olan hastalara yönelik uygulanan 90 dakikalık üç seanstan oluşan farkındalık temelli bilişsel davranışçı terapinin, cinsel tepkinin tüm alanlarında iyileşmeye yol açtığı, ancak fizyolojik olarak ölçülen cinsel uyarılmada herhangi bir değişiklik oluşturmadığı sonucuna varılmıştır. Ancak uyaran sonucunda genital uyarılma algısının takiplerde önemli ölçüde arttığı belirtilmiştir [92]. Jinekolojik kanser tedavisi gören ve psikoseksüel sorunlarına yönelik on iki haftalık bir grup müdahalesine katılan kadınlar arasında cinsel işlevsellik ve duygudurum bozukluklarındaki değişikliklerin incelendiği bir çalışmada, kadınların müdahale sonrasında cinsel işlevleri değerlendirilmiş ve tedavi sonrası değerlendirmede grup terapisi müdahalesi sağlandıktan sonra kadınların cinsel işlev toplam puanlarında önemli ölçüde iyileşme olduğu sonucuna varılmıştır [198]. Over kanseri tedavisi sonrası cinsel işlev bozukluğu tanısı alan hastaların dahil edildiği bir çalışmada, cinsel sağlık bilgileri, cinsel sorunlar hakkında iletişim kurma stratejileri, rahatlama ve beden farkındalığı, pelvik tabanı ve gevşeme stratejileri, kas gevşetme egzersizi hakkında eğitim verilmiş ve farkındalık temelli bilişsel terapi ilkeleri doğrultusunda kadınlara düşünce, duygu, davranış arasındaki ilişki ve olumsuz otomatik düşüncelere yönelik bilgilendirmeler yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda, hastaların

cinsel fonksiyonlarında önemli bir iyileşme ortaya çıkmış ancak hastaların ikisi cinselliğin fiziksel bileşeni içinde yer alan vajinal kuruluk ve psikolojik bileşeni içinde yer alan isteksizlik sorununun devam ettiğini belirtmiştir [199].

Cinselliğin sosyal bileşeni ise, partnerle olan ilişki ve yakın bir ilişkiye girme ihtiyacı ile ilgilidir. Bu bağlamda katılımcıların tamamı olumlu geri bildirimlerde bulunmuşlardır.

3.2.2.6. Tema 6. Oturumlarda En Çok Akılda Kalan

Yapılan görüşmeler sırasında katılımcıların hepsi (n:11) oturumlarda en çok akılda kalan en az bir uygulamadan bahsetmiştir. Bu tema grup etkileşimi ve oturumlardaki uygulamalar olmak üzere iki alt temayı içermektedir. Bu temaya ait tüm kodlar Şekil 3.10' da verilmiştir.

3.2.2.6.1. Tema 6.1 Oturumlardaki Uygulamalar

Katılımcıların yarısından fazlası (n:6) düşünceler ile ilgili çalışmalarını en çok akıllarında kalan uygulamalar olduğunu ifade ederken bazı katılımcılar (n:4) ise özşefkat uygulamalarından söz etmiştir. Katılımcıların ifade ettikleri uygulamalardan bazıları ise çiçek metaforunun kullanılması (n:2), sessiz çığlık çalışması (n:1), meditasyon uygulamaları (n:1) dır. Şekil 3.10' da kodların detayları verilmiştir.

Düşünce çalışmalarına ilişkin ifade alıntıları aşağıda yer almaktadır:

“Hani sen öleceksin, sen kadın değilsin, sen yarımısın bir oturum vardı ya onun etkisinde kaldım ben hâlâ. Benim aklımdan geçen düşünceleri arkadaşlarım bana söylemişti. O kadar gerçekti ki hala aklımda yani. O oturumda çok iyi fark ettim aklımdan geçirdiğim düşüncelerin beni nasıl etkilediğini nasıl hissettirdiğini yani düşünce-duygu-davranış ilişkisi dediğimiz şeyi. Baya iyi gördüm ve yaşadım.”
(Katılımcı 11)

“Sekizinci oturumda canlandırma yapmıştık. Ben başrol olmuştum. Diğer arkadaşlar benim zihnimden geçen düşünceleri canlandırmıştı. O oyun beni çok etkiledi. O anı gerçekten yaşadım. Düşüncelerime göre duygularımın ve davranışlarımın farklı olduğunu yaşayarak öğrendim. Benim için çok önemliydi.”
(Katılımcı 3)

“Düşüncelerimizle ilgili yaptığımız çalışmalar. Düşüncelerimizin bir düşünceden ibaret olması, hepsinin gerçek olmaması ama biz neyi düşünürsek o anki ruh halimizi etkilediği beni çok etkiledi. Bir de o sıkıntılı anımızdaki egzersiz var ya. Onun gerçekten faydasını gördüm. (Katılımcı 1)

“Zihnimin sürekli dolu olması beni çok rahatsız ediyordu. Onların bir düşünce olması ve benim düşünceme göre duygu ve davranışlarımın değiştiğini anlattığınız oturum beni çok etkilemişti.” (Katılımcı 2)

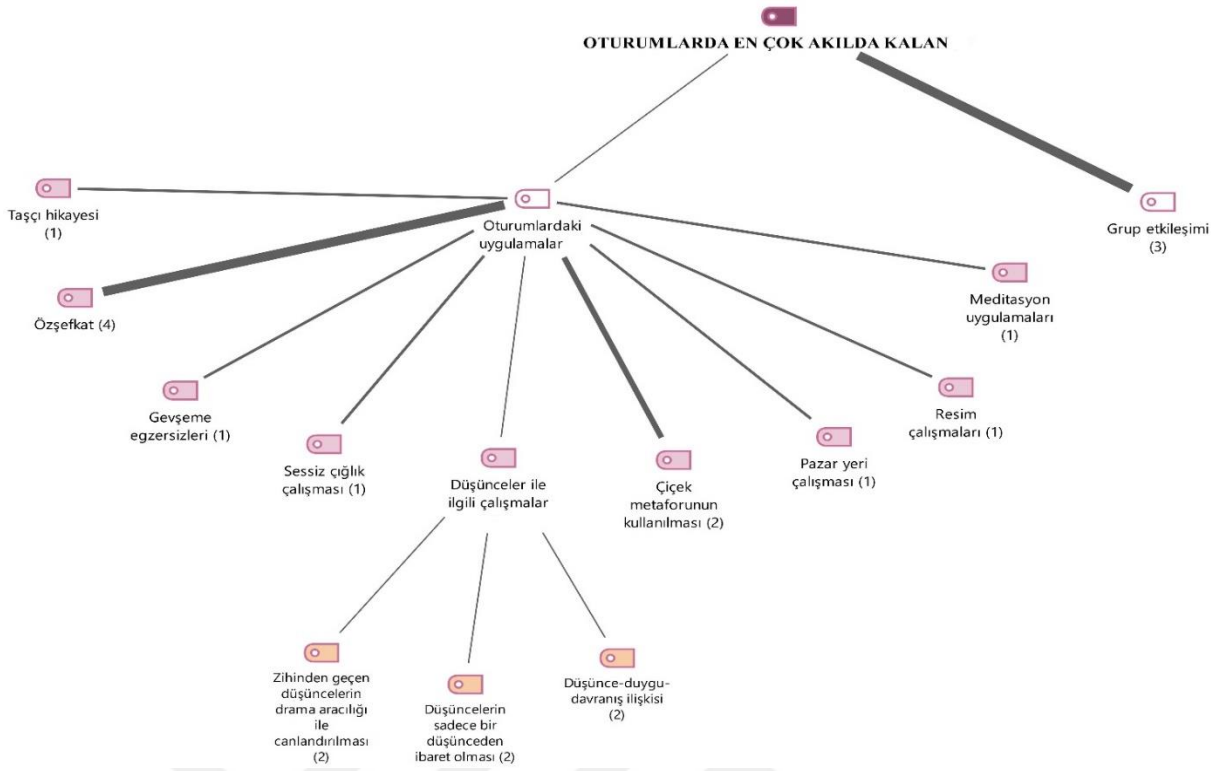
Bu temaya ait diğer alıntılar aşağıda yer almaktadır:

“Özşefkat çok etkilemişti beni. Hani ben hiç böyle ne biliyim o zamanda söylemiştim hani böyle öylesine yaşayan bir insandım hani böyle aman ben şöyle yapmıyım aman ben böyle yapmıyım diyordum önceden. Artık ben kendimi seviyorum ve bunu kendime çok fazla söylüyorum. Özşefkat beni çok etkilemişti. Güzeldi benim için. (Katılımcı 6)

“...herkesin farklı bir sebepten dolayı acı çektiğini bilmek, özşefkat beni çok etkiledi. (Katılımcı 2)

“Bir de özşefkat. Kendimizi, kendimi sevmek. Kendimi düşünmüyordum ben. Gerçekten kendimi hiç düşünmemişim, hep başkalarını ön plana almış, hep başkalarının isteklerini yapmışım. Ama şimdi ben hayır demesini öğrendim bana onu kattı. Artık kendimi düşünmeyi de öğrendim. Zaman ayırmayı da öğrendim. Tevekkül etmeyi, zaten ederdim de daha çok böyle artık. İnsanların başına her şeyin gelebileceğini ve geçtiğini de geçebileceğini de öğrendim.” (Katılımcı 7)

“Çiçeklerimiz. Çizdiğimiz çiçekler. Çiçeklerimiz. Her hafta onlara baktık, büyüttük suladık devamlı. O çok güzeldi. O yaptığımız şey pazar yeri o çok güzeldi. Cesaret aldık, özgüven aldık. Tüm eksiklerimi tamamladım orada. Sepetimi doldurdum. Daha cesaretli ve özgüvenliyim.” (Katılımcı 8)



Şekil 3.10. Oturumlarda en çok akılda kalan haritası.

3.2.2.6.2. Tema 6.2. Grup Etkileşimi

Katılımcıların bazıları (n:3) oturumlardaki grup etkileşimlerinden, grup paylaşımlarından olumlu yönde etkilendiklerini ve bu deneyimin en çok akıllarında kalan durum olduğunu bildirmişlerdir.

Grup etkileşimine yönelik bazı alıntılar ise şu şekildedir:

“Grubumuz çok güzeldi. Oradaki paylaşımlar çok iyiydi. Her oturum ayrı güzeldi. Hepsi aklımda.” (Katılımcı 9)

“Sanki aile gibi olduk. Hiç birbirimizi tanımazken herkes sorunlarını anlattı ya o benim için farklı bir şeydi.” (Katılımcı 4)

Grup müdahaleleri bireysel çalışmalardan farklı olarak çeşitli avantajlara sahiptir. Bu avantajlardan biri grup çalışmaları esnasında gruptaki diğer üyelerden alınan sosyal destek sayesinde yalnızlık hissinin azalması ve grupta yapılan paylaşımlarla gruba aitlik hissinin artmasıdır. Aynı zamanda kanser hastalarında yaşanan ortak deneyimler baş etme sürecinde gerekli olan birliktelik duygusu için de imkân sağlamaktadır. Böylece hastalar bu sayede kendileri ile benzer süreçleri yaşayan kişilerle tanışma fırsatı

yakalamış olurlar [29].

Kanser hastaları ile yapılan grup çalışmalarında grup içi oluşan güven duygusunun, yargısız tutumun ve ilişkilerin diğer destek gruplarına göre daha iyi olduğu bildirilmektedir [99]. (Rieger) Over kanseri hastaları ile yapılan grup çalışmasında, grup içinde pek çok kadın mücadelede yalnız olmadıklarını hissettiklerini ifade etmişlerdir [199]. (Bober) “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” sonrasında katılımcıların programla ilgili akıllarında kalan pek çok uygulamanın olması grup etkileşimlerinden ve grup paylaşımlarından olumlu yönde etkilendiklerini düşündürmektedir. Çalışma bu anlamda literatür ile benzerlik göstermektedir.

Genel olarak nitel çalışma bulguları değerlendirildiğinde; “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı”nın katılımcıların kadınlık algıları üzerinde olumlu değişiklikler yaptığı söylenebilir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma jinekolojik kanser hastalarına uygulanan bilişsel davranışçı ve dışavurumcu tekniklere temellendirilmiş “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı”nın uzamış yas tepkilerine etkisi ve hastaların kadınlık algılarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaca ulaşabilmek için nicel ve nitel yaklaşımın birlikte kullanıldığı karma yöntem kullanılmıştır. Araştırmanın nicel boyutunda 80 jinekolojik kanser hastasına sosyodemografik özellikleri ve hastalık özelliklerine ait bilgileri içeren “Kişisel Bilgi Formu” ve uzamış yas belirtilerinin ölçülmesi için “Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu” uygulanmıştır. Müdahale programı sonrası müdahale programına katılan kadınlardan görüşmeyi kabul eden jinekolojik kanser hastaları ile kadınlık algılarının belirlenmesi amacıyla derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerde veri doygunluğu ilkesi göz önünde bulundurularak 11 hasta ile görüşme yapıldıktan sonra görüşmeler sonlandırılmıştır. Araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

Nicel verilerin değerlendirilmesi sonucunda;

- Müdahale ve kontrol gruplarına dahil edilen jinekolojik kanser hastalarının sosyodemografik özellikleri bakımından birbirine benzer olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Çizelge 3.1).
- Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların çoğunluğunun endometrium kanseri tanısı aldığı ve her iki gruptaki hastaların çoğunluğuna tedavi türü olarak sadece cerrahi tedavi uygulandığı belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarına dahil edilen jinekolojik kanser hastalarının hastalık özellikleri bakımından homojen dağıldığı ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Çizelge 3.2).
- Müdahale ve kontrol grubunda yer alan jinekolojik kanser hastalarının program öncesinde alınan ön test ölçümlerinde UYBÖ-HF puan ortalamaları (müdahale grubu: $26,4\pm 10,15$ kontrol grubu: $24,98\pm 10,10$) arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı ($p=0,524$) belirlenmiştir (Çizelge 3.3).
- Araştırmada, müdahale ve kontrol grupları arasında UYBÖ-HF puan ortalamalarının zamana göre değişiminin anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Kontrol grubunun UYBÖ-HF puan ortalamalarında zaman içerisinde bir artış olurken, müdahale grubunun UYBÖ-HF puan ortalamalarında müdahale programı sonrası anlamlı bir düşme olduğu izlenmiştir ($p<0,001$) (Çizelge 3.3).

- Müdahale ve kontrol grubuna göre UYBÖ-HF ön test ve son test puanı farkı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Müdahale grubunda puan farkı ortanca değeri 10,5 iken kontrol grubunda bu değer -1,5 olarak elde edilmiştir (Çizelge 3.4).
- Gruplara göre UYBÖ-HF ön test ve izlem testi puanı farkı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Müdahale grubunda puan farkı ortalama değeri $11,97\pm 8,83$ iken kontrol grubunda bu değer $-2,47\pm 6,75$ olarak elde edilmiştir (Çizelge 3.4).
- Gruplara göre UYBÖ-HF son test ve izlem testi puanı farkı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,033$). Müdahale grubunda puan farkı ortanca değeri 0,5 iken kontrol grubunda bu değer -0,5 olarak elde edilmiştir (Çizelge 3.4).
- Müdahale ve kontrol grubunun UYBÖ-HF ön test ve son test ölçüm puanının etkisi arındırıldığında; ANCOVA analizi sonuçlarında müdahale ve kontrol grubuna göre; UYBÖ-HF izlem testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,006$). Müdahale grubunda UYBÖ-HF izlem testi puanı ortalama değeri $20,02\pm 0,85$ iken kontrol grubunda bu değer $23,87\pm 0,82$ olarak elde edilmiştir (Çizelge 3.5).
- Müdahale grubunda yer alan hastaların uygulama sonrası UYBÖ-HF puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu ve etki büyüklüğünün (η^2 : 0,110) güçlü düzeye (0,114) yakın olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.5).
- Araştırma tamamlanmadan müdahale ve kontrol grubundan ayrılan jinekolojik kanser hastalarının çalışmaya devam ettiği öngörülerek yapılan ITT analiz sonuçlarının, Per-protokol analiz sonuçları ile tüm bulgularda benzer olduğu belirlenmiştir (Her çizelgenin altında ITT analiz sonuçları da verilmiştir).

Müdahale programı sonrası yapılan derinlemesine görüşmelerden elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda;

- “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı” oturumlarına katılan hastaların oturumlar sonrası kadınlık algılarının belirlenmesine yönelik yapılan

görüşmelerden elde edilen verilerin analizinde toplam altı tema ve bu temaların alt temaları belirlenmiştir.

- “Tek kelime ile kadınlık” ana temasında hastaların kadınlığı sıklıkla fedakârlık ve annelik ile ifade ettikleri bazı kadınların ise kadınlığı ifade eden şefkatli, naif, çekici gibi olumlu özellikleri ile tanımladıkları,
- “Süreçte yaşanan en yoğun duygu” ana temasında hastaların kanser sürecinin başından beri korku, ölümlle ilgili duygular, yalnızlık, eksiklik hissi, üzüntü gibi duyguları yoğun bir şekilde yaşadıkları,
- “Oturumlar sonrası beden algısı” ana temasında hastaların çoğunluğunun kanser süreci ile bedenlerinde meydana gelen değişimleri olduğu hali ile kabul edebildikleri, bazılarının artık saçlarını saklamadığı, bazılarının ise ameliyat izlerinden artık güç almaya başladıkları, kıyafetlerini kendine yakıştırmaya, artık aynaya bakabilme, kendini güzel hissetme, tekrar elbise giyebilme, bedenine karşı olumlu bakış açısı geliştirme gibi ifadeler kullandıkları,
- “Oturumlar sonrası benlik algısı” ana temasında “kendilik algısı” ve “baş etme için geliştirilen yeni beceriler” alt temalarının ortaya çıktığı,
- “Kendilik algısı” alt temasında “yeni gelişen kadınlık algısı” ve “olumlu benlik algısı” alt temaları altında hastaların kendilerini yeniden kadın gibi hissettikleri, kadınlığın saçla/organla ilgili olmadığını kavradıkları, eksiklik hissinde azalma hissettikleri, katılımcıların hemen hepsinin oturumlar sonrasında özgüvenlerinin geliştiği, kendine değer vermeyi öğrendikleri, kendini güçlü hissetme, kendini sevmeye ve kendini çok özel hissetme gibi ifadeler kullandıkları,
- “Baş etme için geliştirilen yeni beceriler” alt temasında hastaların özşefkat ve öz bakım becerileri, kabul etme becerisi, düşünce ile çalışma becerisi geliştirdikleri ve hayallerini gerçekleştirme konusunda umut geliştirdikleri,
- “Oturumlar sonrası cinsellik algısı” ana temasında hastaların yarısından fazlasının eşi/partneri/karşı cins tarafından beğenildiğini, bazı katılımcıların ise kendilerini daha çekici hissettiklerini ifade ettikleri,
- “Oturumlarda en çok akılda kalan” ana temasında her hastanın oturumlarda en çok akılda kalan en az bir uygulamadan bahsettiği ve grup etkileşimlerinden, grup paylaşımlarından olumlu yönde etkilendikleri belirlenmiştir.

Araştırma bulguları doğrultusunda;

- Uygulamaya yönelik olarak;
 - Kayıplara bağlı ortaya çıkan beden algısı, benlik algısı ve cinsellik algılarına yönelik problemlerin erken dönemde tespit edilmesi ve oluşabilecek ruhsal sorunların önlenmesi,
 - Kanser hastalarının onkoloji kliniklerinde ya da diğer tedavi ünitelerinde engellenmiş duygularını farketmelerini sağlayacak resim, müzik, hikâye yazma gibi sanat terapi uygulamalarının psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanması,
 - Onkoloji kliniklerinde, kemoterapi, radyoterapi ünitelerinde jinekolojik kanser hastalarına yönelik kanser tedavisinin her aşamasında değişen fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını tanımlamaya, baş etmelerini güçlendirmeye yönelik bireysel ve grup çalışmalarının planlanması,
 - Jinekolojik kanser hastalarının kanserin biyopsikososyal etkileri hakkında hemşireler tarafından detaylı bilgilendirilmelerinin sağlanması,
 - Onkoloji hastaları için hastanelerde psikososyal danışmanlık merkezlerinin oluşturulması,
 - Sanat terapi, bilişsel davranışçı terapi gibi tekniklerin psikiyatri hemşireliği uygulamalarında yer alması için gerekli çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- Bakım ve eğitime yönelik olarak;
 - Jinekolojik kanser sürecinde kadınların yaşadıkları kayıpların ve kadınlık algılarının hemşirelik bakımında özellikle ele alınması,
 - Jinekolojik kanser hastalarının psikososyal bakımında uzamış yas tepkilerinin ele alınması,
 - Cinsellik algısına ilişkin hastalarda ortaya çıkabilecek cinsel problemler ve çözüm yolları hakkında hastaların bilgilendirilmesi,
 - Sanat terapi uygulamalarının psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanabilmesi için hizmetiçi eğitimlerin düzenlenmesi önerilmektedir.
- Araştırmacılara yönelik olarak;
 - Uzamış yasin uzun dönem (6-12 ay gibi) etkilerinin ölçülebileceği çalışmaların planlanması,
 - Farklı hasta gruplarında, farklı örneklerde çalışmaların yapılması,
 - Daha fazla örneklem sayısı ile çalışmaların yapılması,

- Ulusal/uluslararası düzeyde yapılan hem jinekolojik onkoloji hem de psikiyatri kongre/konferans/sempozyumlarında jinekolojik kanserlerin psikososyal yönüne dikkat çekecek oturumların oluşturulması önerilmektedir.



5. KAYNAKLAR

- [1] “World Health Organization”, Cancer. Erişim: 02 Kasım 2023. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- [2] “Cancer Facts for Women | Most Common Cancers in Women”. Erişim: 13 Aralık 2023. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/risk-prevention/understanding-cancer-risk/cancer-facts/cancer-facts-for-women.html>
- [3] “Cancer today”. Erişim: 11 Aralık 2023. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <http://gco.iarc.fr/today/home>
- [4] “Kanser İstatistikleri”. Erişim: 04 Temmuz 2023. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri>
- [5] N. Reis et al., ‘Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data’, *Eur. J. Oncol. Nurs. Off. J. Eur. Oncol. Nurs. Soc.*, vol. 14, no. 2, pp. 137–146, Apr. 2010 [Online]. Available: 10.1016/j.ejon.2009.09.004.
- [6] K. Abbott-Anderson, P. K. Young, & S. K. Eggenberger, “Adjusting to sex and intimacy: Gynecological cancer survivors share about their partner relationships”, *J. Women Aging*, c. 32, sy 3, ss. 329-348, 2020.
- [7] K.M. Chow, C. W. H. Chan, K. C. Choi, K. Y. Siu, H. K. S. Fung, & W. M. Sum, “A theory-driven psycho-educational intervention programme for gynaecological cancer patients during treatment trajectory: A randomised controlled trial”, *Psychooncology*, c. 29, sy 2, ss. 437-443, 2020.
- [8] C. M. Wilson, D. B. McGuire, B. L. Rodgers, R. K. Elswick, S. Menendez, & S. M. Temkin, “Body image, sexuality, and sexual functioning in cervical and endometrial cancer: interrelationships and women’s experiences”, *Sex. Disabil.*, c. 38, sy 3, ss. 389-403, 2020.
- [9] C. de M. C. e Silva, & O. M. da C. Vargens, “Woman experiencing gynecologic surgery: coping with the changes imposed by surgery 1”, *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, c. 24, s. e2780, 2016.
- [10] A. Akyüz, G. Güvenç, A. Ustünsöz, & T. Kaya, “Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners”, *J. Nurs. Scholarsh. Off. Publ. Sigma Theta Tau Int. Honor Soc. Nurs.*, c. 40, sy 3, ss. 241-247, 2008.
- [11] D. Anuk, “The effect of body image concerns, anxiety, and depression on sexual problems in gynecological cancer patients”, *Turk. J. Oncol.*, 2022.
- [12] E.-M. Rasmusson & B. Thomé, “Women’s wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease”, *Sex. Disabil.*, c. 26, sy 4, ss. 207-218, 2008.

- [13] A. Uceda-Escobar, M. D. Guerra-Martín, & A. Botello-Hermosa, “The perceptions of women with gynecological cancer after radiotherapy treatment: A Gender-Based Qualitative Study”, *Healthcare*, c. 11, sy 11, s. 1580, 2023.
- [14] P. Hall, L. Weaver, & T. G. Willett, “Addressing suffering through an inter-professional online module: learning with, from, and about each other”, *J. Palliat. Care*, c. 27, sy 3, ss. 244-246, 2011.
- [15] I. Gökler Danişman, M. Yalçınay, & N. Yıldız, “Kanser hastalarında yas belirtilerinin ölçülmesi: uzamış yas bozukluğu ölçeği türkçe formu’nun geçerlik ve güvenilirlik çalışması”, *Türk Psikiyatri Derg.*, c. 28, sy 3, Art. sy 3, 2017.
- [16] F. Falzarano, H. G. Prigerson, & P. K. Maciejewski, “The role of advance care planning in cancer patient and caregiver grief resolution: helpful or harmful?”, *Cancers*, c. 13, sy 8, Art. sy 8, 2021.
- [17] I. Gökler-Danişman, M. Yalçınay-İnan, & İ. Yiğit, “Experience of grief by patients with cancer in relation to perceptions of illness: The mediating roles of identity centrality, stigma-induced discrimination, and hopefulness”, *J. Psychosoc. Oncol.*, c. 35, sy 6, ss. 776-796, 2017.
- [18] N. Embel, “CN23 Investigation of grief process on patients with cancer”, *Ann. Oncol.*, c. 32, s. S1264, 2021.
- [19] K. Münstedt, N. Manthey, S. Sachsse, & H. Vahrson, “Changes in self-concept and body image during alopecia induced cancer chemotherapy”, *Support. Care Cancer*, c. 5, sy 2, ss. 139-143, 1997.
- [20] İ. Kıvanç Altunay, "Saç dökülmelerinin psikososyal etkileri", Zindancı İ, editör. Saç dökülmeleri, 1. Baskı, Ankara, *Türkiye Klinikleri*, ss. 78-82. 2021.
- [21] K. N. Solbrække & H. Bondevik, “Absent organs—present selves: exploring embodiment and gender identity in young norwegian women’s accounts of hysterectomy”, *Int. J. Qual. Stud. Health Well-Being*, c. 10, s. 10.3402/qhw.v10.26720, 2015.
- [22] S.-A. Boding, A. Hutchinson, & S. N. Webb, “Factors that influence self-identity in women who have undergone gynecological cancer treatment”, *Womens Reprod. Health*, c. 0, sy 0, ss. 1-18, 2022.
- [23] M. H. Antoni, J.M. Lehman, K.M. Kilbourn, A.E. Boyers, J.L. Culver, S.M. Alferi, & C.S. Carver, “Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer”, *Health Psychol. Off. J. Div. Health Psychol. Am. Psychol. Assoc.*, c. 20, sy 1, ss. 20-32, 2001.
- [24] C. Quesnel, J. Savard, S. Simard, H. Ivers, & C. M. Morin, “Efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in women treated for nonmetastatic breast cancer”, *J. Consult. Clin. Psychol.*, c. 71, sy 1, ss. 189-200, 2003.
- [25] J. Savard, S. Simard, H. Ivers, & C. M. Morin, “Randomized study on the efficacy

of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: Sleep and psychological effects”, *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.*, c. 23, sy 25, ss. 6083-6096, 2005.

- [26] J. Piet, H. Würtzen, & R. Zachariae, “The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis”, *J. Consult. Clin. Psychol.*, c. 80, sy 6, ss. 1007-1020, 2012.
- [27] D. L. Feros, L. Lane, J. Ciarrochi, & J. T. Blackledge, “Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study”, *Psychooncology.*, c. 22, sy 2, ss. 459-464, 2013.
- [28] Dixie Meyer, “Bilişsel Davranışçı Terapi”, (Çev. N. C. Maral), Suzanne Degges-White, Nancy L. Davis, Hayal Demirci (Editörler), Dışavurumcu Sanatın Psikolojik Danışma Uygulamalarına Entegrasyonu Teoriye Dayalı Müdahaleler, Ankara: Nobel Yaşam, (Eserin orijinali 2011' de yayımlandı), ss. 45-64, 2019.
- [29] A. A. Önal & İ. Yalçın, “Yas Sürecinin grupla psikolojik danışmada ele alınması üzerine bir inceleme”, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi.* c. 9, sy 55, ss. 1013-1051, 2019.
- [30] J. G. Bell, J. McHale, J. O. Elliott, & W. Heaton, “The impact of art therapy on anxiety and hope in patients with gynecologic cancer undergoing chemotherapy”, *Arts Psychother.*, c. 80, s. 101947, 2022.
- [31] Y. Yuan, X. Liu, C. Yin, L. Shi, & X. Ye, “Cognitive behavioral stress management is an effective intervention to relieve anxiety and depression, improve the quality of life in patients with cervical cancer”, *Ir. J. Med. Sci.* 1971, 2023.
- [32] J. Liu, C. X. Peh, & R. Mahendran, “Body image and emotional distress in newly diagnosed cancer patients: The mediating role of dysfunctional attitudes and rumination”, *Body Image*, c. 20, ss. 58-64, 2017.
- [33] L. W. Foster & L. McLellan, “Cognition and the cancer experience”, *Cancer Pract.*, c. 8, sy 1, ss. 25-31, 2000.
- [34] F. Mehdipour, A. Rafiepoor, & K. H. Alizadeh, “The effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy in reducing negative automatic thoughts and dysfunctional attitudes in cancer patients”, *Zahedan J. Res. Med. Sci.*, c. 19, sy 6, Art. sy 6, 2017.
- [35] R. Fernandez-Ballesteros, M. A. Ruiz, & S. Garde, “Emotional expression in healthy women and those with breast cancer”, *Br. J. Health Psychol.*, c. 3, sy 1, ss. 41-50, 1998.
- [36] B. P. Chapman, K. Fiscella, I. Kawachi, P. Duberstein, & P. Muennig, “Emotion suppression and mortality risk over a 12-year follow-up”, *J. Psychosom. Res.*, c. 75, sy 4, ss. 381-385, 2013.
- [37] N. Eren, “Psikiyatride bakım için sanatın ve sanat terapisinin yeri”, *Türkiye Klin.*

Psiikiyatri Hemşireliği- Özel Konular, c. 1, sy 1, ss. 95-104, 2015.

- [38] “Gynecologic Cancers | CDC”. Erişim: 13 Aralık 2023. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/cancer/gynecologic/index.htm>
- [39] “Cervical cancer”. Erişim: 13 Aralık 2023. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
- [40] “Comprehensive Cancer Information - NCI”. Erişim: 14 Aralık 2023. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://www.cancer.gov/>
- [41] A. C. Katakı, U. Baruah, A. Maheshwari, P. Medhi, & K. J. Katakı, “Endometrial Cancer”, içinde *Fundamentals in Gynaecologic Malignancy*, A. C. Katakı ve D. Barmon, Ed., Singapore: *Springer Nature*, ss. 247-278, 2022.
- [42] C.-A. Radu, N. Matos de Melo Fernandes, S. Khalfe, & B. Stordal, “Awareness of ovarian cancer symptoms and risk factors in a young ethnically diverse British population”, *Cancer Med.*, c. 12, sy 8, ss. 9879-9892, 2023.
- [43] “WHO. Cancer”. Erişim: 02 Kasım 2023. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- [44] A. Gemalmaz & G. Avşar, “Cancer diagnosis and after experiences: a qualitative study”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araşt. Derg.*, 2015.
- [45] T. Uçar, E. Güney, & Z. Bal, “Psychosocial aspects of gynecologic cancer”, *Sakarya Med J*, c. 8, sy 4, ss. 678-685, 2018.
- [46] H.-C. Hsu, S.-Y. Tsai, S.-L. Wu, S.-R. Jeang, M.-Y. Ho, W.-S. Liou, & T.-S. Chang, “Longitudinal perceptions of the side effects of chemotherapy in patients with gynecological cancer”, *Support. Care Cancer*, c. 25, sy 11, ss. 3457-3464, 2017.
- [47] S. Grover, C. E. Hill-Kayser, C. Vachani, M. K. Hampshire, G. A. DiLullo, & J. M. Metz, “Patient reported late effects of gynecological cancer treatment”, *Gynecol. Oncol.*, c. 124, sy 3, ss. 399-403, 2012.
- [48] R. Boa & S. Grénman, “Psychosexual health in gynecologic cancer”, *Int. J. Gynecol. Obstet.*, c. 143, sy S2, ss. 147-152, 2018.
- [49] Y.-C. Yeh, “Symptom distress, stress, and quality of life in the first year of gynaecological cancers: A longitudinal study of women in Taiwan”, *Eur. J. Oncol. Nurs.*, c. 53, s. 101984, 2021.
- [50] I.-L. Shyu, L.-Y. Hu, Y.-J. Chen, P.-H. Wang, & B.-S. Huang, “Risk factors for developing depression in women with cervical cancer: a nationwide population-based study in Taiwan”, *Int. J. Womens Health*, c. 11, ss. 135-141, 2019.
- [51] B. Gil-Ibanez, J. Davies-Oliveira, G. Lopez, B. Díaz-Feijoo, A. Tejerizo-Garcia, & J. Sehouli, “Impact of gynecological cancers on health-related quality of life: historical context, measurement instruments, and current knowledge”, *Int. J. Gynecol. Cancer*, c. 33, sy 11, 2023.

- [52] D. Iżycki, K. Woźniak, & N. Iżycka, “Consequences of gynecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective”, *Przegląd Menopauzalny Menopause Rev.*, c. 15, sy 2, ss. 112-116, 2016.
- [53] L. Membrilla-Beltran, D. Cardona, L. Camara-Roca, A. Aparicio-Mota, P. Roman, & L. Rueda-Ruzafa, “Impact of cervical cancer on quality of life and sexuality in female survivors”, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, c. 20, sy 4, Art. sy 4, 2023.
- [54] O. J. Fischer, M. Marguerie, & L. A. Brotto, “Sexual function, quality of life, and experiences of women with ovarian cancer: A mixed-methods study”, *Sex. Med.*, c. 7, sy 4, ss. 530-539, 2019.
- [55] C. Uçakci Asalioğlu, & Ş. Yaman Sözbir, “Endometrium kanseri nedeniyle opere edilen olgunun joyce travelbee'nin insan insana ilişkiler modeli'ne göre incelenmesi”, *Gazi Sağlık Bilim. Derg.*, c. 7, sy 1, ss. 125-138, 2022.
- [56] V. L. La Rosa, M. Shah, I. Kahramanoglu, T. M. Cerentini, M. Ciebiera, L-T Lin, ... & J. Tesarik, “Quality of life and fertility preservation counseling for women with gynecological cancer: an integrated psychological and clinical perspective”, *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, c. 41, sy 2, ss. 86-92, 2020.
- [57] R. C. Sacerdoti, L. Lagana', & C. Koopman, “Altered sexuality and body image after gynecological cancer treatment: How can psychologists help?”, *Prof. Psychol. Res. Pract.*, c. 41, sy 6, ss. 533-540, 2010.
- [58] E. Balkan, & Ü. Oskay, “Jinekolojik kanser hastası ve ailesinin psiko-sosyal bakımında sağlık profesyonelinin rolü”, *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilim ve Araştırmaları Derg.*, c. 5, sy 1, ss. 74-83, 2023.
- [59] S. A. Mofrad, A. Nasiri, G. Mahmoudirad, & F. H. Shandiz, “Challenges in the marital life of women with gynecological cancers: A qualitative study”, *Mod. Care J.*, c. 18, sy 2, Art. sy 2, 2021.
- [60] S.-A. Boding, H. Russell, R. Knoetze, V. Wilson, & L. Stafford, “‘Sometimes I can't look in the mirror’: Recognising the importance of the sociocultural context in patient experiences of sexuality, relationships and body image after ovarian cancer”, *Eur. J. Cancer Care (Engl.)*, c. 31, sy 6, s. e13645, 2022.
- [61] E. L. Barlow, N. F. Hacker, R. Hussain, & G. Parmenter, “Sexuality and body image following treatment for early-stage vulvar cancer: A qualitative study”, *J. Adv. Nurs.*, c. 70, sy 8, ss. 1856-1866, 2014.
- [62] E. L. Krakauer, X. Kwete, K. Kane, G. Afshan, L. Bazzett-Matabele, D. D. R. Bien-Aime, “Cervical cancer-associated suffering: estimating the palliative care needs of a highly vulnerable population”, *JCO Glob. Oncol.*, sy 7, ss. 862-872, 2021.
- [63] E. Erdoğan, S. Demir, B. B. Çalışkan, & N. G. Bayrak, “Effect of psychological care given to the women who underwent hysterectomy before and after the surgery on depressive symptoms, anxiety and the body image levels”, *J. Obstet. Gynaecol.*, c. 40, sy 7, ss. 981-987, 2020.

- [64] S. Pillai-Friedman, & J. L. Ashline, “Women, breast cancer survivorship, sexual losses, and disenfranchised grief – a treatment model for clinicians”, *Sex. Relatsh. Ther.*, c. 29, sy 4, ss. 436-453, 2014.
- [65] J. C. Jacobsen, B. Zhang, S. D. Block, P. K. Maciejewski, & H. G. Prigerson, “Distinguishing symptoms of grief and depression in a cohort of advanced cancer patients”, *Death Stud.*, c. 34, sy 3, ss. 257-273, 2010.
- [66] E. Kacel, X. Gao, & H. G. Prigerson, “Understanding bereavement: what every oncology practitioner should know”, *J. Support. Oncol.*, c. 9, sy 5, ss. 172-180, 2011.
- [67] A. Jones, “Death, portry, psychotherapy and clinical supervision (the contribution of psychodynamic psychotherapy to palliative care nursing)”, *J. Adv. Nurs.*, c. 25, sy 2, ss. 238-244, 1997.
- [68] E. W. Widera & S. D. Block, “Managing grief and depression at the end of life”, *Am. Fam. Physician*, c. 86, sy 3, ss. 259-264, 2012.
- [69] D. Hottensen, “Anticipatory grief in patients with cancer”, *Clin. J. Oncol. Nurs.*, c. 14, sy 1, ss. 106-107, 2010.
- [70] E. Kübler-Ross, Ölüm ve ölmek üzerine, 1. Baskı. Çankaya, Ankara: *A.P.R.I.L Yayıncılık*, 2010.
- [71] L. Zhang, W. Gua, L. Zhanga, R. Miaoa, X. Jing, S. Zhi, ... & W. Wang, “The effects of a nurse-led couples intervention on marital quality of couples with gynecological cancer: A clinical randomized controlled trial”, *Gynecol. Oncol.*, c. 165, sy 3, ss. 629-636, 2022.
- [72] H. G. Prigerson & P. K. Maciejewski, “Grief and acceptance as opposite sides of the same coin: setting a research agenda to study peaceful acceptance of loss”, *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, c. 193, sy 6, ss. 435-437, 2008.
- [73] H. G. Prigerson, S. Kakarala, J. Gang, & P. K. Maciejewski, “History and status of prolonged grief disorder as a psychiatric diagnosis”, *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, c. 17, sy 1, ss. 109-126, 2021.
- [74] N. L. Murdock, Psikolojik Danışma ve Psikoterapi Kuramları Olgu Sunumu Yaklaşımıyla. *Nobel Akademik Yayıncılık*, 2019.
- [75] M. H. Türkçapar, *Bilişsel Davranışçı Terapi Temel İlkeler ve Uygulama*, 4. Baskı. İstanbul: Epsilon Yayınevi, 2019.
- [76] R. Griffiths, J. Simmons. *Yeni başlayanlar için bilişsel davranışçı terapi*, (Çev: M. H. Türkçapar, Ç. Şaher) 3. Basımdan Çeviri. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2021.
- [77] D. L. Boutin, “Effectiveness of cognitive behavioral and supportive-expressive group therapy for women diagnosed with breast cancer: A review of the literature”, *J. Spec. Group Work*, c. 32, sy 3, ss. 267-284, 2007.
- [78] C. Soylu & C. Topaloglu, “Homework Assignments in Cognitive Behavioral

- Therapy”, *Psikiyatr. Guncel Yaklasimlar- Curr. Approaches Psychiatry*, s. 1, 2014.
- [79] N. Kazantzis, C. Whittington, & F. Dattilio, “Meta- analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: a replication and extension”, *Clin. Psychol. Sci. Pract.*, c. 17, ss. 144-156, 2010.
- [80] B. T. Mausbach, R. Moore, S. Roesch, V. Cardenas, & T. L. Patterson, “The relationship between homework compliance and therapy outcomes: an updated meta-analysis”, *Cogn. Ther. Res.*, c. 34, sy 5, ss. 429-438, 2010.
- [81] A. Brennan, D. Brennan, M. Rees, & M. Hickey, “Management of menopausal symptoms and ovarian function preservation in women with gynecological cancer”, *Int. J. Gynecol. Cancer*, c. 31, sy 3, 2021.
- [82] C. A. Malchiodi, *Handbook of Art Therapy*, 2nd ed. The Guilford Press, 2012.
- [83] E. Öz Çelikbaş, “Saffron Journal of Culture and Tourism Research» Submission» Dışavurumcu sanat terapisi”. Erişim: 20 Aralık 2023. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/saktad/issue/44928/539173>
- [84] S. Halmatov, *Sanat Terapisi Resim Teknikleri Metaforlar ve Semboller*, 3. Baskı. Ankara: Pegem Akademi, 2021.
- [85] W. Fu, Y. Huang, X. Liu, J. Ren, & M. Zhang, “The effect of art therapy in women with gynecologic cancer: a systematic review”, *Evid.-Based Complement. Altern. Med. ECAM*, c. 2020, s. 8063172, 2020.
- [86] V. Demir, “Dışavurumcu sanat terapisinin psikolojik belirtiler ile bilişsel işlevlere etkisi”. Erişim: 19 Aralık 2023. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://www.acarindex.com/pdfs/102429>
- [87] C. A. Malchiodi, *Handbook of Art Therapy*. The Guilford Press, 2003.
- [88] E. Karadağ & Ö. Uğur, “Kanserli hastalarda çok konuşulmayan bir uygulama: sanat terapisi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşire. Fakültesi Elektronik Derg.*, c. 8, sy 2, Art. sy 2, May. 2015.
- [89] N. S. Gönüllü & S. Güleç Keskin, “Psikiyatri hemşireliğinde dışavurumcu sanat terapisi: önemi, yeri ve uygulama alanları | as-proceedings”, 2023, Erişim: 20 Aralık 2023. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://alls-academy.com/index.php/as-proceedings/article/view/41>
- [90] R. W. Petersen & J. A. Quinlivan, “Preventing anxiety and depression in gynaecological cancer: a randomised controlled trial”, *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.*, c. 109, sy 4, ss. 386-394, 002.
- [91] C. León-Pizarro, I. Gich, E. Barthe, A. Roviroso, B. Farrús, F. Casas, ...& A. Arcusa “A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients”, *Psychooncology.*, c. 16, sy 11, ss. 971-979, 2007.

- [92] L. A. Brotto, Y. Erskine, M. Carey, T. Ehlen, S. Finlayson, M. Heywood, ... & D. Miller “A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer”, *Gynecol. Oncol.*, c. 125, sy 2, ss. 320-325, 2012.
- [93] A. Padron, C. S. McCrae, M. E. Robinson, L. B. Waxenberg, M. H. Antoni, R. B. Berry, ... & D. B. Pereira “Impacts of cognitive behavioral therapy for insomnia and pain on sleep in women with gynecologic malignancies: A randomized controlled trial”, *Behav. Sleep. Med.*, c. 20, sy 4, ss. 460-476, 2022.
- [94] S. L. Manne, S. M. Virtue, M. Ozga, D. Kashy, C. Heckman, D. Kissane, ... & L. Rodriguez, “A comparison of two psychological interventions for newly-diagnosed gynecological cancer patients”, *Gynecol. Oncol.*, c. 144, sy 2, ss. 354-362, 2017.
- [95] L. A. Brotto, J. R. Heiman, B. Goff, B. Greer, G. M. Lentz, E. Swisher, ... & A. Van Blaricom, “A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer”, *Arch. Sex. Behav.*, c. 37, sy 2, ss. 317-329, 2008.
- [96] C. Maheu, S. Lebel, L. J. Bernstein, C. Courbasson, M. Singh, S. E. Ferguson, ... & R. J. Wani, “Fear of cancer recurrence therapy (FORT): A randomized controlled trial”, *Health Psychol. Off. J. Div. Health Psychol. Am. Psychol. Assoc.*, c. 42, sy 3, ss. 182-194, 2023.
- [97] S. Wiswell, J. G. Bell, J. McHale, J. O. Elliott, K. Rath, & A. Clements, “The effect of art therapy on the quality of life in patients with a gynecologic cancer receiving chemotherapy”, *Gynecol. Oncol.*, c. 152, sy 2, ss. 334-338, 2019.
- [98] D. Vianna, L.L. Claro, A.A. Mendes, A.N. Da Silva, D.A. Bucci, P.T. De Sá, & P.R. Silva, “Infusion of life: Patient perceptions of expressive therapy during chemotherapy sessions”, *Eur. J. Cancer Care (Engl.)*, c. 22, sy 3, ss. 377-388, 2013.
- [99] K. L. Rieger, T. F. Hack, M. A. Duff, H. J. Campbell-Enns, & C. H. West, “Integrating mindfulness and the expressive arts for meaning making in cancer care: A grounded theory of the processes, facilitators, and challenges”, *Support. Care Cancer*, c. 31, sy 8, s. 475, 2023.
- [100] D. A. Monti, C. Peterson, E. J. Shakin Kunkel, W. W. Hauck, E. Pequignot, L. Rhodes, ... & G. C. Brainard “A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer”, *Psychooncology.*, c. 15, sy 5, ss. 363-373, 2006.
- [101] T. R. Alcântara-Silva, R. de Freitas-Junior, N. M. Aires Freitas, W. de Paula Junior, D. J. da Silva, G. D. Pinheiro, ... & L. R. Soares “Music therapy reduces radiotherapy-induced fatigue in patients with breast or gynecological cancer: A randomized trial”, *Integr. Cancer Ther.*, c. 17, sy 3, ss. 628-635, 2018.
- [102] K. la Cour, L. Ledderer, & H. P. Hansen, “Storytelling as part of cancer rehabilitation to support cancer patients and their relatives”, *J. Psychosoc. Oncol.*, c. 34, sy 6, ss. 460-476, 2016.

- [103] V. H. Ginsburgs & S. W. Goodill, "A dance/movement therapy clinical model for women with gynecologic cancer undergoing high dose rate brachytherapy", *Am. J. Dance Ther.*, c. 31, sy 2, ss. 136-158, 2009.
- [104] S.-H. Lee, E. Song, & S.-K. Kim, "Effects of oriental medicine music therapy in an ovarian cancer patient with So-Eum-type constitution: a case report", *Integr. Med. Res.*, c. 4, sy 1, ss. 48-52, 2015.
- [105] "APA Dictionary of Psychology", *American Psychological Association*. Erişim: 14 Ocak 2024. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://dictionary.apa.org/psychiatric-nursing>
- [106] H. A. Duru & M. Yılmaz, "Depresyon tanısı alan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı terapide psikiyatri hemşiresinin rolü: Literatür incelemesi", *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim. Derg.*, c. 16, sy 1, Art. sy 1, 2023.
- [107] S.-M. Zhuang, S.-H. An, & Y. Zhao, "Effect of cognitive behavioural interventions on the quality of life in Chinese heroin-dependent individuals in detoxification: a randomised controlled trial", *J. Clin. Nurs.*, c. 23, sy 9-10, ss. 1239-1248, 2014.
- [108] M. O. Çam & H. Demirkol, "Roy adaptasyon modeli ve bilişsel davranışçı terapi yaklaşımına göre verilen hemşirelik bakımının sınav kaygısı üzerine etkisi: effect of nursing care on exam anxiety based on roy adaptation model and cognitive behavioral therapy approach.", *Turk. Klin. J. Nurs. Sci.*, c. 14, sy 1, ss. 270-278, 2022.
- [109] D. Hiçdurmaz, 'Bilişsel-davranışçı grup danışmanlığının benlik algısı ve stresle baş etme biçimlerine etkisi', Doktora Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye, 2010.
- [110] D. Avcı, 'Bilişsel davranışçı tekniklere dayalı öfke ile baş etme programının ergenlerin ruh sağlığına etkisi', Doktora Tezi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, Türkiye, 2012.
- [111] E. E. Ata & S. Doğan, "The effect of a brief cognitive behavioural stress management programme on mental status, coping with stress attitude and caregiver burden while caring for schizophrenic patients", *Arch. Psychiatr. Nurs.*, c. 32, sy 1, ss. 112-119, 2018.
- [112] E. Ay, 'Kanserli çocuğu olan ebeveynlere verilen bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin umutsuzluk ve stresle baş etme üzerine etkisinin incelenmesi', Doktora Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, Türkiye, 2018.
- [113] G. Can, 'Alkol kullanım bozukluğunda bilişsel davranışçı model temelli ve psikoeğitim destekli egzersizin depresyon, anksiyete ve özyeterlilik düzeyine etkisi', Doktora Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, Türkiye, 2016.
- [114] G. Kılıç, 'Madde bağımlılarında bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığının

madde kullanımına ilişkin inanç ve dürtüselliğe etkisi', Doktora Tezi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye, 2019.

- [115] K. Kayaoğlu, 'Alkol ve madde kullanım bozukluğunda bilişsel davranışçı model temelli psikoeğitim destekli müziğin stres, özyeterlilik ve relaps düzeyine etkisi', Doktora Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, Türkiye, 2020.
- [116] H. Aydoğdu Durmuş, 'Duygudurum bozukluğu olan bireylerde bilişsel davranışçı terapinin iyileşmeye etkisi', Doktora Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye, 2020.
- [117] H. Vaartio-Rajalin, R. Santamäki-Fischer, P. Jokisalo, & L. Fagerström, "Art making and expressive art therapy in adult health and nursing care: A scoping review", *Int. J. Nurs. Sci.*, c. 8, sy 1, ss. 102-119, 2021.
- [118] N. Forouzandeh, F. Drees, M. Forouzandeh, & S. Darakhshandeh, "The effect of interactive games compared to painting on preoperative anxiety in Iranian children: A randomized clinical trial", *Complement. Ther. Clin. Pract.*, c. 40, s. 101211, 2020.
- [119] L. U. Akhan & N. Atasoy, "Impact of marbling art therapy activities on the anxiety levels of psychiatric patients", *J. Hum. Sci.*, c. 14, sy 2, ss. 2121-2128, 2017.
- [120] N. Eren, N. E. Ögünç, V. Keser, S. Bıkmaz, D. Şahin, & B. Saydam, "Psychosocial, symptomatic and diagnostic changes with long-term psychodynamic art psychotherapy for personality disorders", *Arts Psychother.*, c. 41, sy 4, ss. 375-385, 2014.
- [121] A. Aktaş Özkafacı & N. Eren, "Effect of art psychotherapy using marbling art on depression, anxiety, and hopelessness in female survivors of domestic violence with PTSD", *Arts Psychother.*, c. 71, s. 101703, 2020.
- [122] N. Eren & M. B. Saydam, "Sınır kişilik bozukluğu hastalarımın bireysel psikodinamik sanat psikoterapisi sürecindeki değişimlerinin incelenmesi: Examination of changes in psychodynamic art psychotherapy process of patients with borderline personality disorder.", *Anatol. J. Psychiatry Anadolu Psikiyatri Derg.*, c. 20, sy 4, ss. 350-359, 2019.
- [123] T. A. Shella, "Art therapy improves mood, and reduces pain and anxiety when offered at bedside during acute hospital treatment", *Arts Psychother.*, c. 57, ss. 59-64, 2018.
- [124] I. Öster, E. Magnusson, K. E. Thyme, J. Lindh, & S. Åström, "Art therapy for women with breast cancer: The therapeutic consequences of boundary strengthening", *Arts Psychother.*, c. 34, sy 3, ss. 277-288, 2007.
- [125] T. Tucknott-Cohen & C. Ehresman, "Art therapy for an individual with late stage dementia: A clinical case description", *Art Ther.*, c. 33, sy 1, ss. 41-45, 2016.
- [126] S. Jessica, "Collage as a therapeutic modality for reminiscence in patients with

dementia”, *Art Ther. J. Am. Art Ther. Assoc.*, c. 27, Oca. 2010.

- [127] E. S. Ilali, F. Mokhtary, N. Mousavinasab, & Abdul Hâkim Tırgari, “Impact of art-based life review on depression symptoms among older adults: Art therapy: Vol 35, No 3”. Erişim: 14 Ocak 2024. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07421656.2018.1531276>
- [128] H. I. Kaplan, B. J. Sadock, J. A. Grebb, *Kaplan and Sadock’s synopsis of psychiatry, behavioral sciences clinical psychiatry*, 7. Baskı. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins.
- [129] A. Eker & E. Aslan, "Psychosocial Approach of Gynecological Cancer Patients’, *Hemşirelikte Eğitim ve Araşt. Derg.*, 2017. Erişim: 12 Ağustos 2023. [Çevrimiçi].ErişimAdresi:<https://www.journalagent.com/z4/vi.asp?pdır=kuhead&plng=eng&un=KUHEAD-39306&look4=>
- [130] Ç. Bilge, B. Yılmaz & Ü. Oskay, "Jinekolojik kanserli kadınların brakiterapi sonrası cinsel işlevinin değerlendirilmesi ve cinsel danışmanlık’, *Sürekli Tıp Eğitimi Derg.*, c. 28, sy. 3, ss. 210–215, 2019 [Çevrimiçi]. Erişim Adresi: 10.17942/sted.381218.
- [131] A. L. Whitehead, S. A. Julious, C. L. Cooper, & M. J. Campbell, “Estimating the sample size for a pilot randomised trial to minimise the overall trial sample size for the external pilot and main trial for a continuous outcome variable”, *Stat. Methods Med. Res.*, c. 25, sy 3, ss. 1057-1073, 2016.
- [132] J. Cohen, *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd ed. Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates, 1988.
- [133] A. C. Leon, L. L. Davis, & H. C. Kraemer, “The Role and Interpretation of Pilot Studies in Clinical Research”, *J. Psychiatr. Res.*, c. 45, sy 5, ss. 626-629, May. 2011.
- [134] J. In, “Introduction of a pilot study”, *Korean J. Anesthesiol.*, c. 70, sy 6, ss. 601-605, Ara. 2017.
- [135] L. Thabane, J. Ma, R. Chu, J. Cheng, A. Ismaila, L. P. Rios, ...& C. H. Goldsmith “A tutorial on pilot studies: the what, why and how”, *BMC Med. Res. Methodol.*, c. 10, sy 1, s. 1, Oca. 2010.
- [136] F. W. Faltin, R. S. Kenett & F. Ruggeri, *Statistical Methods in Healthcare | Wiley*, Wiley.com. 7 Ocak 2024[Çevrimiçi]. Erişim Adresi: <https://www.wiley.com/en-us/Statistical+Methods+in+Healthcare-p-9781119942047>.
- [137] S. Karahan, S. Uca, & T. Güdük, “Nitel araştırmalarda görüşme türleri ve görüşme tekniklerinin uygulanma süreci/ Interviews and interviewing techniques in qualitative research”, *Nitel Sos. Bilim.*, c. 4, sy 1, ss. 78-101, 2022.
- [138] M. Kang, B. G. Ragan, & J.-H. Park, “Issues in outcomes research: an overview of randomization techniques for clinical trials”, *J. Athl. Train.*, c. 43, sy 2, ss. 215-221, 2008.

- [139] A. L. Canada ve L. R. Schover, “The psychosocial impact of interrupted childbearing in long-term female cancer survivors”, *Psychooncology.*, c. 21, sy 2, ss. 134-143, 2012.
- [140] Ş. Yaman & S. Ayaz, “Psychological problems experienced by women with gynecological cancer and how they cope with it: A phenomenological study in turkey”, *Health Soc. Work*, c. 41, sy 3, ss. 173-181, 2016.
- [141] V. Jayde, M. Boughton, & P. Blomfield, “The experience of chemotherapy-induced alopecia for Australian women with ovarian cancer”, *Eur. J. Cancer Care (Engl.)*, c. 22, sy 4, ss. 503-512, 2013.
- [142] C. K. Germer, *Öz Şefkatli Farkındalık Tahrip Edici Duygularla Başa Çıkabilmek*. (Çev. H. Ü. Aktanır). İstanbul: Diyojen Yayıncılık, 2020.
- [143] O. Güner and N. Dinçer Genç, *Dışavurumcu Sanat Terapisi Sanat Terapisi Uygulayıcıları İçin Farklı Sorun Gruplarına Yönelik Uygulama Örnekleri*, 1st ed. İstanbul: Yenikapı Yayınları, 2021.
- [144] S. Halmatov, *Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi Teknikler ve Uygulamalar*, 1. Baskı. Ankara: Pegem Akademi, 2019.
- [145] Judith Malika Liberman, *Masal Terapi*, (Çev. İ. Erdener) 79. Baskı. İstanbul: Doğan Egmont Yayıncılık ve Yapımcılık Tic. A.Ş., 2015.
- [146] D. H. Yurdugül, “Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerlilik için Kapsam Geçerlik & İndekslerinin Kullanılması”. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi 28–30 Eylül 2005.
- [147] C. Yastıbaş & G. Dirik, “Cancer and mindfulness based intervention programs: systematic review”, *Psikiyatr. Guncel Yaklasimler- Curr. Approaches Psychiatry*, c. 10, sy 3, ss. 375-393, Eyl. 2018.
- [148] S. Erden, *Bilişsel Davranışçı Kuram Temelli Grupla Psikolojik Danışma Uygulamaları*, 1. Basım. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2017.
- [149] S. Attepe Özden, M. Tekindal, T. E. Gedik, F. Erim, A. Ege, & M. A. Tekindal, “Nitel araştırmaların rapor edilmesi: COREQ kontrol listesinin türkçe uyarlaması”, *Eur. J. Sci. Technol.*, Nis. 2022.
- [150] R. A. Bryant, L. Kenny, A. Joscelyne, N. Rawson, F. Maccallum, C. Cahill, ... & A. Nickerson “Treating Prolonged Grief Disorder: A Randomized Clinical Trial”, *JAMA Psychiatry*, c. 71, sy 12, ss. 1332-1339, 2014.
- [151] R. Rosner, E. Rimane, A. Vogel, J. Rau, & M. Hagl, “Treating prolonged grief disorder with prolonged grief-specific cognitive behavioral therapy: study protocol for a randomized controlled trial”, *Trials*, c. 19, sy 1, s. 241, 2018.
- [152] G. Ahlström, “Experiences of loss and chronic sorrow in persons with severe chronic illness”, *J. Clin. Nurs.*, c. 16, sy 3A, ss. 76-83, 2007.
- [153] G. G. Eakes, M. L. Burke, & M. A. Hainsworth, “Middle-range theory of chronic sorrow”, *Image-- J. Nurs. Scholarsh.*, c. 30, sy 2, ss. 179-184, 1998.

- [154] A.-K. Isaksson, L.-G. Gunnarsson, & G. Ahlström, “The presence and meaning of chronic sorrow in patients with multiple sclerosis”, *J. Clin. Nurs.*, c. 16, sy 11C, ss. 315-324, 2007.
- [155] M. Cesur Atintaş, ‘Kronik hastalıklarda psikolojik büyüme ve uzamış yas için bir yol haritası: Bilişsel, duygusal ve varoluşsal faktörler’, Doktora Tezi, Psikoloji Ana Bilim Dalı, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye, 2022.
- [156] Y. Eskiğölek, ‘Palyatif bakım hastalarına verilen logoterapi danışmanlığının kronik keder, itibar duygusu ve yaşam anlamı üzerindeki etkisi’, Doktora Tezi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye, 2023.
- [157] B. Er, ‘Meme kanseri hastalarında duygu düzenleme gücü ve psikolojik dayanıklılığın uzamış yas bozukluğu ile ilişkisi’, Uzmanlık Tezi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Top Fakültesi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale, Türkiye, 2023.
- [158] N. Embel Altun, ‘Kanser hastalarında yas sürecinin incelenmesi’, Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Koç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2020.
- [159] G. Gegieckaite & E. Kazlauskas, “Do emotion regulation difficulties mediate the association between neuroticism, insecure attachment, and prolonged grief?”, *Death Stud.*, c. 46, sy 4, ss. 911-919, 2022.
- [160] P. A. Boelen, J. de Keijser, M. A. van den Hout, & J. van den Bout, “Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling”, *J. Consult. Clin. Psychol.*, c. 75, sy 2, ss. 277-284, 2007.
- [161] M. de Groot, J. de Keijser, J. Neeleman, A. Kerkhof, W. Nolen, & H. Burger, “Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial”, *BMJ*, c. 334, sy 7601, s. 994, 2007.
- [162] B. T. Litz, Y. Schorr & E. Delaney, “A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder”, *Behav. Res. Ther.*, c. 61, ss. 23-34, 2014.
- [163] S.-R. Park & Y.-J. Cha, “Effects of online group art therapy on psychological distress and quality of life after family bereavement: In COVID-19 pandemic”, *Arts Psychother.*, c. 82, s. 101972, 2023.
- [164] R. Muaygil, “Her Uterus, Her medical decision? dismantling spousal consent for medically indicated hysterectomies in saudi arabia”, *Camb. Q. Healthc. Ethics*, c. 27, sy 3, ss. 397-407, 2018.
- [165] A. D. Demirci & K. Kabukcuoğlu, “İnfertil kadınların ‘kadın olma’ya ilişkin tanımları ve görüşleri: bir nitel araştırma”. *BAUN Sağ Bil Derg*; c. 10, sy 2, 97-104, 2021.

- [166] K. Pamuk & A. Karaca, "İnfertil kadınlarda kadınlık algısı: Kalitatif bir çalışma", *Yaşam Boyu Hemşire. Derg.*, c. 3, sy 3, Art. sy 3, 2023.
- [167] H. Wang, X. Gao, & N. Chen, "Psychological nursing effect of patients with gynecological malignant tumor", *BioMed Res. Int.*, c. 2022, s. 1569656, 2022.
- [168] E. G. Levine & B. Silver, "A pilot study: Evaluation of a psychosocial program for women with gynecological cancers", *J. Psychosoc. Oncol.*, c. 25, sy 3, ss. 75-98, 2007.
- [169] G. Kök, G. Güvenç, H. Bilsel, & A. Güvener, "Gebelik döneminde kadınların beden algısı farklılık gösterir mi? Does body image perceptions of women differ during pregnancy?", *J. Educ. Res. Nurs. Hemşirelikte Eğitim Ve Araşt. Derg.*, c. 15, sy 4, ss. 209-214, Eki. 2018.
- [170] M. J. Pehlivan, K. A. Sherman, V. Wuthrich, E. Gandhi, D. Zagic, E. Kopp & Valentina Perica "The effectiveness of psychological interventions for reducing poor body image in endometriosis, PCOS and other gynaecological conditions: A systematic review and meta-analysis", *Health Psychol. Rev.*, c. 0, sy 0, ss. 1-28, 2023.
- [171] E. Frangou, G. Bertelli, S. Love, M.J. Mackean, R.M. Glasspool, C. Fotopoulou, ... & S.P. Blagden "OVPSYCH2: A randomized controlled trial of psychological support versus standard of care following chemotherapy for ovarian cancer", *Gynecol. Oncol.*, c. 162, sy 2, ss. 431-439, Ağu. 2021.
- [172] F. Moradi, A. Ghadiri-Anari, A. Dehghani, S. R. Vaziri, & B. Enjebab, "The effectiveness of counseling based on acceptance and commitment therapy on body image and self-esteem in polycystic ovary syndrome: An RCT", *Int. J. Reprod. Biomed.*, c. 18, sy 4, ss. 243-252, Nis. 2020.
- [173] S. Hallaç, 'Genital organ kanseri tanısı alan bireylerin kansere tepki, vücut algısı, başetme ve psikososyal uyumlarına yönelik yapılan grup müdahalesinin değerlendirilmesi', Doktora Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye, 2010.
- [174] K. A. Sherman vd., "Reducing body image-related distress in women with breast cancer using a structured online writing exercise: Results from the my changed body randomized controlled trial", *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.*, c. 36, sy 19, ss. 1930-1940, 2018.
- [175] N. H. Şahin, H. N. Basim, & F. Çetin, "Kişilerarası çatışma çözme yaklaşımlarında kendilik algısı ve kontrol odağı: Locus of control and self-concept in interpersonal conflict resolution approaches.", *Türk Psikiyatri Derg.*, c. 20, sy 2, ss. 153-163, 2009.
- [176] A. T. Beck, *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press, 1979.
- [177] I. Kaya & B. Tıraş, "Sosyal karşılaştırma, bilişsel üçlü ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkiler", *Int. J. Eurasia Soc. Sci.*, c. 12, Eyl. 2021.

- [178] S. Okumuşoğlu, “Current Research in Social Sciences» Submission» Bilişsel Bir Simülasyon Olarak Sanat; Edebiyat, Sinema, Bibliyoterapi ve Diğer Kesişimler”. Erişim: 04 Ocak 2024. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/uresosc/issue/45437/438077>
- [179] N. Palenzuela-Luis, G. Duarte-Clímets, J. Gómez-Salgado, J. Á. Rodríguez-Gómez, & M. B. Sánchez-Gómez, “International comparison of self-concept, self-perception and lifestyle in adolescents: A systematic review”, *Int. J. Public Health*, c. 67, s. 1604954, 2022.
- [180] F. Reynolds & K. H. Lim, “Contribution of visual art-making to the subjective well-being of women living with cancer: A qualitative study”, *arts psychother.*, c. 34, sy 1, ss. 1-10, 2007.
- [181] P. Luzzatto & B. Gabriel, “The creative journey: A model for short-term group art therapy with posttreatment cancer patients”, *Art Ther.*, c. 17, sy 4, ss. 265-269, 2000.
- [182] E. M. Kinner, J. S. Armer, B.A. McGregor, J. Duffecy, S. Leighton, M. E. Corden, ...& S. K. Lutgendor, “Internet-based group intervention for ovarian cancer survivors: feasibility and preliminary results”, *JMIR Cancer*, c. 4, sy 1, s. e1, 2018.
- [183] S. Folkman, “An Approach to the Measurement of Coping”, *J. Occup. Behav.*, c. 3, sy 1, ss. 95-107, 1982.
- [184] S. Folkman, “Stress: Appraisal and Coping”, içinde Encyclopedia of Behavioral Medicine, M. D. Gellman ve J. R. Turner, Ed., New York, NY: *Springer*, ss. 1913-1915. 2013.
- [185] K. Neff, Erişim: 15 Ocak 2024. Self-compassion. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://self-compassion.org/>.
- [186] A. Przewdziecki, K. A. Sherman, A. Baillie, A. Taylor, E. Foley, & K. Stalgis-Bilinski, “My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion”, *Psychooncology.*, c. 22, sy 8, ss. 1872-1879, 2013.
- [187] B. Arapaslan, D. İ. Akbiyik, & Y. Yardimci, “Meme kanseri hastalarında psikodrama gruplarının özşefkat ve distress üzerine etkisi”, *Anadolu Psikiyatri Derg.*, c. 21, sy 2, Art. sy 2, 2020.
- [188] E. Albertson, K. Neff, & K. Dill-Shackleford, “Self-Compassion and body dissatisfaction in women: a randomized controlled trial of a brief meditation intervention”, *Mindfulness*, c. 6, 2014.
- [189] C. S. Carver, M. F. Scheier, & J. K. Weintraub, “Assessing coping strategies: a theoretically based approach”, *J. Pers. Soc. Psychol.*, c. 56, sy 2, ss. 267-283, 1989.
- [190] S. C. Hayes, J. B. Luoma, F. W. Bond, A. Masuda, & J. Lillis, “Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes”, *Behav. Res. Ther.*, c. 44, sy 1, ss. 1-25, 2006.

- [191] L. P. Buki, M. Reich, & E. N. Lehardy, “‘Our organs have a purpose’: body image acceptance in Latina breast cancer survivors”, *Psychooncology*, c. 25, sy 11, ss. 1337-1342, 2016.
- [192] B. Samet & D. Gülay, “Acceptance and commitment therapy interventions in patients diagnosed with cancer: a systematic review”, *Stud. Psychol.*, c. 39, sy 2, Art. sy 2, 2019.
- [193] C. Soylu, “Kanser hastalarında bilişsel davranışçı terapi”, *Psikiyatr. Güncel Yaklaşımlar*, c. 6, sy 3, Art. sy 3, 2014.
- [194] M. H. Antoni, S. R. Wimberly, S.C. Lechner, A. Kazi, T. Sifre, K.R. Urcuyo, & ... C. S. Carver, “Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer”, *Am. J. Psychiatry*, c. 163, sy 10, ss. 1791-1797, 2006, doi: 10.1176/ajp.2006.163.10.1791.
- [195] M. Kelleci, “Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri”, *Anadolu Psikiyatri Derg.*, c. 6, sy 1, Art. sy 1, 2005.
- [196] H. Lin, M. Ye, S. W. Chan, J. Zhu, & H. He, “The effectiveness of online interventions for patients with gynecological cancer: An integrative review”, *Gynecol. Oncol.*, c. 158, sy 1, ss. 143-152, 2020.
- [197] G. Durna, S. Ülbe, & G. Dirik, “Kadında cinsel işlev bozukluğunun tedavisinde bilinçli farkındalık temelli müdahaleler: Sistemantik bir derleme”, *Psikiyatr. Güncel Yaklaşımlar*, c. 12, sy 1, Art. sy 1, 2020.
- [198] R. Caldwell vd., “Changes in sexual functioning and mood among women treated for gynecological cancer who receive group therapy: A pilot study”, *J. Clin. Psychol. Med. Settings*, c. 10, sy 3, ss. 149-156, 2003.
- [199] S. L. Bober, C. J. Recklitis, A. L. Michaud, & A. A. Wright, “Improvement in sexual function after ovarian cancer: Effects of sexual therapy and rehabilitation after treatment for ovarian cancer”, *CANCER*, c. 124, sy 1, ss. 176-182, 2018.

6. EKLER

6.1. EK 1: KATILIM BELGESİ



**BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI
PSİKOTERAPİLER DERNEĞİ**

**BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ
TEMEL TEORİ EĞİTİMİ**

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği ve POEM
iş birliği ile 9 Ağustos 2021 - 14 Ağustos 2021
tarihleri arasında 50 saatlik Bilişsel Davranışçı
Terapi Temel Teori Eğitimini tamamlamış ve
katılım belgesi almaya hak kazanmıştır.

**TRAINING IN
COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY**

Has been entitled to receive this certificate after
attending the course on **Cognitive Behavioral
Therapy** of 50 hours, organized by Cognitive
Behavioral Psychotherapies Association and POEM
between 9 August 2021 - 14 August 2021.

**KATILIM BELGESİ
CERTIFICATE OF ATTENDANCE**

KEVSER PAMUK

MEHMET HAKAN TÜRKÇAPAR, MD.; PHD.
President of Association of Cognitive Behavioral Psychotherapies of Turkey

Belge No:TTK-M-2021/38

6.2. EK 2: KATILIM BELGESİ



Katılım Belgesi

Sayın **Kevser PAMUK**

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği'nin Şubat 2022-
Mart 2022 tarihleri arasında düzenlediği Beceri Kazandırma ve
Süpervizyon Uygulaması Eğitimi'ne 30 saat katılmıştır.

(Eğitimin İçerdiği Konular: Sorun Saptama, Amaç Belirleme, Bilişsel Modeli
Sunma, Gündem Belirleme, Kesitsel Formülasyon Yapma, Düşünceye Müdahale
Etme, Ödev Düzenleme, Davranış Deneyleri, Maruz Bırakma Programlama,
Derine İnme, İnançları Saptama, Değiştirme, Alternatif İnanç Geliştirme.)

Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği Başkanı

Belge No:2022/24

6.3. EK 3: KATILIM BELGESİ



6.4. EK 4: KATILIM BELGESİ



6.5. EK 5: KATILIM BELGESİ

MBSR

**MINDFULNESS TEMELLİ STRES AZALTMA PROGRAMI
KATILIM SERTİFİKASI**

Sayın *Kevser Pamuk*

28 Ekim 2020 - 16 Aralık 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilen
"Mindfulness Temelli Stres Azaltma (MBSR) Programı"na
katılarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

DOÇ.DR.AYSEL KARACA
MBSR EĞİTİMİ
AKREDİTASYON NO: TF-H020001

BELGE NO: 02020001-020-2020

π TERA
DANIŞMANLIK

6.6. EK 6: KATILIM BELGESİ

 *Certificate* 
**NEFES KOÇLUĞU
BREATH COACHING**
EDUCERT

Sayın **Kevser PAMUK**
T.C. Kimlik No:

S.E.M. Akademi tarafından Uluslararası Eğitim standartları ve kriterleri gözetilerek düzenlenen yüz yüze eğitim dahil toplam 50 Saat kapsamı bulunan "**Nefes Koçluğu Sertifika**" programına katılıp eğitimlerinde başarılı olmuş ve yapılan sınavı geçerek bu sertifikayı almaya hak kazanmıştır.

Participates in the "**Breath Coaching Certificate**" program, which covers 50 hours of training including face-to-face trainings, organised by S.E.M. Academy considering the international education standards and criterias, and has been awarded this certificate by passing the exam.

EDU/001001/18298 2021
EDUCERT

Eğitim Müdürü


Sertifika sorgu : www.educert.com.tr

6.7. EK 7: KATILIM BELGESİ

E Ğ İ T İ M
— S E R T İ F İ K A S I —

Sayın **Kevser Pamuk**


30 Ocak - 6 Haziran 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilen
120 saatlik "**Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi**" kursuna
katılarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

DR. ÖĞRETİM ÜYESİ
SULTANBERK HALMATOV
EĞİTİMEN


ÖĞR. GÖR.
DİLEK DEMİREZEN
KURUM MÜDÜRÜ

π TERA
DANIŞMANLIK

6.8. EK 8: KATILIM BELGESİ


T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
Özel Öğretim Kurumları Genel Müdürlüğü

KURS BİTİRME BELGESİ



KURSIYERİN		PROGRAMIN			BELGENİN	
T.C. KİMLİK NO		MESLEK	Aile Danışmanı(05/11/2012 - 147233)		NUMARASI	999695520210052642673
ADI SOYADI	Kevser PAMUK				TARİH	19/12/2021
BABA ADI		ALAN	Öğretmenlik Ve Öğretim		VERİLDİĞİ YER	Ankara-Cankaya Özel Vektörel Grup Uzaktan Öğretim Kursu
ANNE ADI		SÜRESİ	464	SEVİYESİ	Beceri Geliştirme	

Yukarıda açık kimliği yazılı Kevser PAMUK , 5580 sayılı Kanuna dayanarak çıkarılan Millî Eğitim Bakanlığı Özel Öğretim Kurumları Yönetmeliği gereğince düzenlenen 464 saatlik Aile Danışmanı(05/11/2012 - 147233) programını 19/12/2021 tarihinde tamamlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

Meltem TAŞDEMİR CAM
Kurum Müdürü


r.şar TÜRK
İlçe Millî Eğitim Müdürü

6.9. EK 9: KATILIM BELGESİ



6.11. EK 11: ETİK KURUL ONAY BELGESİ

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	05.08.2022	Toplantı Numarası	2022/9	Toplantı Saati	09:00	Etik Kurul Kodu	2011-KAEK-2
<p>423-Doç. Dr. Aysel KARACA'nın sorumluluğunda yürütülecek olan "Jinekolojik Kansere Hastalarına Uygulanan Bilişsel Davranışçı ve Dışavurumcu Tekniklere Temellendirilmiş "Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı" nın Uzamış Yaş Tepkilerine Etkisi ve "Kadınlık Algısı" konulu <u>Girişimsel Olmayan</u> Klinik Araştırmalar için başvuru dosyası incelendi. Araştırma protokolüne uyularak, Sağlık Bakanlığının 13.04.2013 tarih 28617 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmeliği ve yayımlanan kılavuzlarında belirtilen hususlar dikkate alınarak, sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere araştırmanın yapılmasında etik sakınca olmadığına toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verildi.</p> <p style="text-align: center;"></p>							

6.12. EK 12: ÇALIŞMA İÇİN KURUM İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 19.04.2022-E.79066



T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : E-70847213-200-79066
Konu : Çalışma İzni

ŞUHUT SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 11.04.2022 tarihli ve 27868881-020-E.77385 sayılı yazı.

Şuhut Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu' nda görev yapan, Öğr.Gör. Kevser PAMUK ile Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Aysel Karaca' nın sorumluluğunda yürütülmesi planlanan hastanemizde jinekolojik kanser tanısı almış olan ve cerrahi tedavisinin tamamlanmasının üzerinden en az 3 (üç) ay geçmiş olan jinekolojik kanser hastaları ile "Jinekolojik Kanser Hastalarına Uygulanan Bilişsel Davranışçı ve Dışavurumcu Tekniklere Temellendirilmiş "Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı" nın Uzamış Yas Tepkilerine Etkisi ve "Kadınlık Algısı" adlı çalışmayı yapma isteğiniz Başhekimliğimizce uygun görülmüş olup, çalışmalarınıza Etik Kurulu onayı alındıktan sonra başlanması hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Murat ÇİLEKAR
Başhekim Yardımcısı

Ek:19-4-2022_11-53-54

6.13. EK 13: ÇALIŞMA İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Adı: Jinekolojik Kanser Hastalarına Uygulanan Bilişsel Davranışçı ve Dışavurumcu Tekniklere Temellendirilmiş “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı”nın Uzamış Yas Tepkilerine Etkisi ve “Kadınlık Algısı”

Bu araştırma, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı’nda görevli Doç. Dr. Aysel Karaca’nın sorumluluğunda Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu’nda görevli Öğr. Gör. Kevser Pamuk’un doktora tezi kapsamında yapılmaktadır.

Çalışmanın amacı; jinekolojik kanser hastalarına uygulanan bilişsel davranışçı ve dışavurumcu tekniklere temellendirilmiş “kadınlık kimliğini iyileştirme programı”nın uzamış yas tepkilerine etkisini ve kadınlık algısını belirlemektir.

Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır, bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmada hiçbir şekilde adınız anılmayacak, belirtilmeyecektir. Çalışmanın gönüllülerle yürütülecek aşaması 10 haftadır. Belirlenen müdahale gruplarına 10 hafta boyunca, haftada bir kez 90-120 dakika olacak şekilde araştırmacılar tarafından oluşturulmuş yapılandırılmış bilişsel davranışçı ve dışavurumcu tekniklere temellendirilmiş “kadınlık kimliğini iyileştirme programı” uygulanacaktır. Grup çalışmalarında sanat terapi, oyun terapi, nefes çalışmaları, gevşeme teknikleri, beden taramaları gibi pek çok müdahale tekniği kullanılacak ve grup içerisinde gönüllülük esasına göre yaşanan deneyimlerin paylaşımları yapılacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra yapılacak olan grup çalışmalarına düzenli olarak katılımınız önemlidir. Ancak çalışmadan istediğiniz zaman çekilme hakkınızda bulunmaktadır. Grup çalışmalarında yapılan paylaşımların tümü gizli tutulacaktır. Grup oturumları Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörlük Binası’nın giriş katında yer alan Genç Ofiste yapılacaktır. Çalışma ile ilgili merak ettiğiniz her türlü soruyu çalışmada sorumlu araştırmacı Doç. Dr. Aysel Karaca’ya | Ya da e posta adresinden dilediğiniz zaman sorabilirsiniz.

“Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum”

Bilgilendirmeyi yapan

Gönüllü Katılımcının

Araştırmacının Adı-Soyadı: _____

Adı-Soyadı:

Tarih-İmza

Tarih-İmza

6.14. EK 14: NİTEL GÖRÜŞMELER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Adı: Jinekolojik Kansere Hastalarına Uygulanan Bilişsel Davranışçı ve Dışavurumcu Tekniklere Temellendirilmiş "Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı"nın Uzamış Yas Tepkilerine Etkisi ve "Kadınlık Algısı"nın Belirlenmesi

Bu çalışma Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde görevli Doç. Dr. Aysel Karaca'nın danışmanlığında Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda görevli Öğr. Gör. Kevser Pamuk ve tarafından yapılmaktadır.

Bu görüşme daha önce bu çalışma kapsamında gönüllü olarak katılmış olduğunuz grup müdahale programı (Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı) sonrasında kadınlık algılarının belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır, bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmada hiçbir şekilde adınız anılmayacak, belirtilmeyecektir. Görüşmelerde kullanılan ses kayıt cihazında kayıtlı olan bilgiler çalışma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Ses kayıtlarını araştırmacılar haricinde kimse dinlemeyecektir. Ses kayıt cihazını görüşme sırasında istediğiniz anda kapatabilirsiniz. Görüşmede araştırmacı tarafından notlar alınacaktır. Görüşme yaklaşık olarak 30 dakika sürmektedir.

Bu onam formunu okudum ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

6.15. EK 15: UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ-HASTA FORMU

UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ-HASTA FORMU

Bölüm 1		1 (Hiç)	2 (En az bir kere)	3 (En az haftada bir kere)	4 (En az günde bir kere)	5 (Günde birçok kere)
S-1	Geçtiğimiz ay içerisinde, yeniden sağlıklı olabilmenin özlemini ve hasretini ne sıklıkla duydunuz?					
S-2	Geçtiğimiz ay içerisinde, hastalığımızla ilgili olarak ne sıklıkla duygusal ızdırıp, yoğun üzüntü ya da keder hissettiniz?					
S-3	Geçtiğimiz ay içerisinde, size hastalığımızı hatırlatan şeylerden ne sıklıkla kaçınmaya çalıştınız?					
S-4	Geçtiğimiz ay içerisinde, ne sıklıkla hastalığımız nedeniyle afallamış, hayrete düşmüş ya da şaşkına dönmüş hissettiniz?					
Bölüm 2	Aşağıdaki soruları şu an da kendinizi nasıl hissettiğinizi düşünerek yanıtlayınız.	1 (Hiç)	2 (Çok az)	3 (Biraz)	4 (Çok)	5 (Oldukça çok)
S-5	Yaşamdaki rolünüzle ilgili kafa karışıklığı ya da benlik duygunuzda azalma (bir parçanızın öldüğü hissi gibi) hissediyor musunuz?					
S-6	Hastalığımızı kabullenmekle ilgili güçlük çektiniz mi?					
S-7	Hastalığımızı öğrendiğinizden bu yana başkalarına güvenmek sizin için zor oldu mu?					
S-8	Hastalığımız nedeniyle buruk hissediyor musunuz?					
S-9	Artık hayatınıza devam etmenin (örneğin, yeni arkadaşlar edinmek, yeni ilgi alanları oluşturmak vb.) sizin için zor olacağını hissediyor musunuz?					
S-10	Hastalığımızı öğrendiğinizden bu yana duygusal olarak hissizleşmiş gibi hissediyor musunuz?					
S-11	Hastalığımızı öğrendiğinizden bu yana hayatın doyum vermediğini, boş ya da anlamsız olduğunu hissediyor musunuz?					
S-12	Sosyal, mesleki ya da diğer önemli alanlardaki (aile yaşamı) işlevselliğinizde önemli bir azalma oldu mu?					

6.16. EK 16: ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ



İlgin Gökler Danışman
15.04.2022 (Cum), 15:13
kevser pamuk; Ayşegül Şenol

Tümünü yanıtla | v

Gizliliğinizin korunmasına yardımcı olmak için bu ilettideki bazı içerikler engellendi. Engellenen özellikleri yeniden etkinleştirmek için [buraya tıklayın](#).

Bu gönderenden gelen içeriği her zaman göstermek için [buraya tıklayın](#).

İzleme bayrağı, 16 Nisan 2022 Cumartesi tarihinde başlayacak. 16 Nisan 2022 Cumartesi tarihinde sona erecek.



İndir

Sayın Kevser Pamuk,
Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği - Hasta Formu'nu ekte iletiyorum. Ölçeğin uyarlama çalışmasına ilişkin Türk Psikiyatri Dergisi'nde yayımlanmış olan makalemizi referans göstererek kullanabilirsiniz. Makale içerisinde ölçeğin nasıl kullanıldığı ve değerlendirildiği anlatılıyor.

Kaynak: **Gökler-Danışman, I., Yalçınay, M., & Yıldız, N. (2017).** Kanser hastalarında yas belirtilerinin ölçülmesi: Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği Türkçe Formu'nun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28(3),190-197. [SSCI]

Doç.Dr. İlgin Gökler Danışman

Psikoloji Bölümü Başkanı



Merve Yalçınay
12.04.2022 (Sal), 15:33
kevser pamuk

Tümünü yanıtla | v

İzleme bayrağı, 12 Nisan 2022 Salı tarihinde başlayacak. 12 Nisan 2022 Salı tarihinde sona erecek.

Merhaba,

Makale yazarlarından biri olarak ölçek kullanımı için ben izin veriyorum. Umarım çalışmanızda istediğiniz sonuçlara ulaşmanızda yardımcı olur. Çalışmanız sonlandığında bulguları benimle de paylaşırseniz sevinirim.

Saygılarımla
Dr. Klinik Psikolog Merve Yalçınay İnan

6.17. EK 17: KADINLIK ALGILARINI BELİRLEME GÖRÜŞME FORMU

- 1) Sizin için kadınlık (kadın olma) ne anlama geliyor?
- 2) Tek kelime ile kadınlığı tanımlasanız ne dersiniz?
- 3) Geçirmiş olduğunuz kanser süreci ve tedaviler bir kadın olarak genel anlamda kendinizle ilgili algılarınızı nasıl etkiledi?
- 4) O süreçte yaşadığınız en yoğun duygu neydi?
- 5) Katılmış olduğunuz grup müdahalesi oturumları bir kadın olarak kanser sürecinde ortaya çıkan durumlarla ilişkili bedeninizi, bedeninizdeki olan değişikliklere karşı algılarınızı, duygu ve düşüncelerinizi nasıl etkiledi?
- 6) Katılmış olduğunuz grup müdahalesi oturumları bir kadın olarak algılarınızı, duygu ve düşüncelerinizi nasıl etkiledi?
- 7) Katılmış olduğunuz grup müdahalesi oturumları bir kadın olarak cinsel anlamda algılarınızı, duygu ve düşüncelerinizi nasıl etkiledi? (Mesela kendinizi çekici hissediyor musunuz? Eşiniz/partneriniz sizi beğeniyor mu?)
- 8) Oturumları genel olarak düşündüğümüzde sizde ne değişti?
- 9) Oturumlarda en çok aklınızda kalan şey neydi?

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Kevser PAMUK
Yabancı Dili : İngilizce (Yökdil: 82,5)

ÖĞRENİM DURUMU

Derece	Alan	Okul/Üniversite	Mezuniyet Yılı
Doktora	Psikiyatri Hemşireliği	Düzce Üniversitesi	2024
Y. Lisans	Cerrahi Hastalıkları Hemş.	Afyon Kocatepe Üniversitesi	2018
Lisans	Hemşirelik	Afyon Kocatepe Üniversitesi	2007
Lise	Ebelik	Afyon Atatürk Sağlık Meslek Lisesi	1999

TEZDEN ÇIKAN YAYIN

- **K. Pamuk**, A. Karaca, S. Halmatov, & N. Yıldırım Şişman, “Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlarda bilişsel davranışçı sanat terapi uygulaması kadınlık algısını değiştirir mi? Olgu sunumu”, *Sağlık Bilimlerinde Değer*, c. 15, sy. 1, ss. 143-153, 2024.
- **K. Pamuk**, A. Karaca, S. Halmatov, & N. Yıldırım Şişman. “Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Kadınlarda Bilişsel Davranışçı Sanat Terapi Uygulaması Kadınlık Algısını Değiştirir mi? Olgu Sunumu”. 18-20 Ekim 2023 7. Uluslararası 11. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Ankara (*Poster Bildiri*)

TEZ İLE İLGİLİ ÖDÜLLER

- **K. Pamuk**, A. Karaca, S. Halmatov, & N. Yıldırım Şişman. “Jinekolojik Kanser Tanısı Alan Kadınlarda Bilişsel Davranışçı Sanat Terapi Uygulaması Kadınlık Algısını Değiştirir mi? Olgu Sunumu”. 18-20 Ekim 2023 7. Uluslararası 11. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Ankara, En İyi Poster Bildiri Birincilik Ödülü.