SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

KANSERDEN SAĞ KALAN BİREYLERE UYGULANAN AFFETME TEMELLİ GRUP PSİKOEĞİTİMİNİN KANSER NÜKS KORKUSU, AFFETME VE PSİKİYATRİK BELİRTİLERE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Uzm. Hem. Hilal Merve BELEN

Tez Danışmanı

Doç.Dr. Gamze SARIKOÇ

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Programı

DOKTORA TEZİ

TEMMUZ/2025

TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalında
Uzm.Hem. Hilal Merve BELEN tarafından hazırlanan
"Kanserden Sağ Kalan Bireylere Uygulanan Affetme Temelli Grup Psikoeğitiminin Kanser Nüks Korkusu, Affetme ve Psikiyatrik Belirtilere Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma"
Başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından **OY BİRLİĞİ** / OY ÇOKLUĞU ile DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç.Dr. Gamze SARIKOÇ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliğ Ana Bilim Dalı
Bu tezin Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum. ...……

Başkan: Prof.Dr. Fatma ÖZ
Lokman Hekim Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Bu tezin Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum. ...……

Üye: Prof.Dr. Emine ÖKSÜZ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanı
Bu tezin Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum. ...……

Üye: Prof.Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK
Başkent Üniversitesi
Hemşirelik Bölümü
Bu tezin Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum. ...……

Üye: Dr.Öğr.Üyesi Belgin VAROL
Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliğ Ana Bilim Dalı
Bu tezin Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum. ...……

Tez Savunma Sınavı Tarihi:14/07/2025
Jüri üyeleri tarafından DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.
Tarih: / /

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım tez çalışmamda;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Hilal Merve BELEN

(14.07.2025)

Özet

Kanserden Sağ Kalan Bireylere Uygulanan Affetme Temelli Grup Psikoeğitiminin Kanser Nüks Korkusu, Affetme ve Psikiyatrik Belirtilere Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma

Amaç: Bu araştırma affetme temelli grup psikoeğitim programının kanserden sağ kalan bireylerin kanser nüks korkusu, affetme düzeyleri ve psikiyatrik belirtilerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ön test–son test randomize kontrol gruplu deneysel desende gerçekleştirilen bu araştırma Eylül-2024-Şubat 2025 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya 32 müdahale, 32 kontrol grubu olmak üzere 64 kanserden sağ kalan birey dahil edilmiştir. Araştırma verileri, "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Heartland Affetme Ölçeği", "Kanser Nüks Korkusu Envanteri" ve "Kısa Semptom Envanteri" kullanılarak toplanmıştır. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kanserden sağ kalan bireylerin ön test ölçümleri randomizasyon sonrası gerçekleştirilmiştir. Ardından müdahale grubunda yer alan bireylere altı hafta boyunca hafta da bir gün olmak üzere 90 dakikalık affetme temelli grup psikoeğitimi uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise altı hafta boyunca standart poliklinik takibi dışında herhangi bir müdahale uygulanmamıştır. Müdahale ve kontol grubuna altı hafta sonra son test, bir ay sonra 1. izlem verileri, üç ay sonra da 3. izlem verileri yine aynı veri toplama formları uygulanarak toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 29.0 programıyla yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Müdahale grubundaki bireylerin ön test "Heartland Affetme Ölçeği" puan ortalamalarının son test ($Z =-4.904$, $p = 0.001$) ve 3. ay izlem ($Z =- 3.507$, $p = 0.001$) ölçümünden elde edilen puan ortalamalarından düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Müdahale grubundaki bireylerin son test, 1. ay izlem ve 3. ay izlem "Kanser Nüks Korkusu" ölçeği puan ortalamaları ön testinkinden düşük olduğu saptanmıştır ($Z =-3.577$, $p = 0.00$; $Z =-2.933$, $p = 0.003$; $Z =-5.031$, $p = 0.001$). Müdahale grubundaki bireylerin son test, 1. ay izlem ve 3. ay izlem "Kısa Semptom Envanteri" puan

ortalamalarının ön testinkinden (Z =-4.432, p = 0.001; Z =-4.252, p = 0.001; Z =-4.872, p = 0.001) düşük olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Müdahale grubundaki bireylerin affetme düzeyleri, ön testten son teste ve 1. ile 3. ay izlem ölçümlerine kadar istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstermiştir. Kanser nüks korkusu düzeylerinde anlamlı bir azalma gözlenmiş ve bu azalma 3. ay izlemde korunmuştur. Psikiyatrik belirtiler (anksiyete, depresyon, somatizasyon) de müdahale grubunda anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubunda ise anlamlı değişiklik saptanmamıştır. Bu bulgular doğrultusunda, affetme temelli psikoeğitim programlarının kanserden sağ kalan bireylerin rehabilitasyon süreçlerine entegre edilmesi ve onkoloji birimlerinde düzenli olarak psikoeğitim programlarının planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği, affetme**,** kanserden sağ kalan birey, kanser nüks korkusu, psikiyatrik belirti, psikoeğitim

ABSTRACT

Aim: The effect of forgiveness-based group psychoeducation on fear of cancer recurrence, forgiveness levels and psychiatric symptoms in cancer survivors: a randomized controlled study.

Materials and Methods: This study, conducted in a randomized controlled trial design with pre-test and post-test measurements, was carried out between September 2024 and February 2025 at the Medical Oncology Outpatient Clinic of Gülhane Education and Research Hospital. The study included 64 cancer survivors, comprising 32 intervention and 32 control groups. Research data were collected using the "Informed Consent Form," "Heartland Forgiveness Scale," "Cancer Recurrence Fear Inventory," and "Brief Symptom Inventory." Pre-test measurements for cancer survivors in the intervention and control groups were conducted after randomization. Subsequently, individuals in the intervention group underwent 90-minute forgiveness-based group psychoeducation once a week for six weeks. The control group did not undergo any intervention other than standard outpatient follow-up for six weeks. The final test was administered to the intervention and control groups six weeks later, the first follow-up data one month later, and the third follow-up data three months later, again using the same data collection forms. Data analysis was performed using SPSS 29.0 software. The significance level was set at $p<0.05$.

Results: The mean pre-test scores of individuals in the intervention group on the Heartland Forgiveness Scale were found to be lower than the mean scores obtained from the post-test ($Z=-4.904$, $p=0.001$) and 3-month follow-up ($Z=-3.507$, $p=0.001$) measurements ($p<0.05$). It was determined that the post-test, 1st month follow-up and 3rd month follow-up "Fear of Cancer Recurrence" scale mean scores of the individuals in the intervention group were lower than those of the pre-test ($Z=-3.577$, $p=0.00$; $Z=-2.933$, $p=0.003$; $Z=-5.031$, $p=0.001$). The mean scores of the intervention group on the final test, 1-month follow-up, and 3-month follow-up "Brief Symptom Inventory" were found to be lower than those on the pre-test ($Z=-4.432$, $p=0.001$; $Z=-4.252$, $p=0.001$; $Z=-4.872$, $p=0.001$).

Conclusion: The forgiveness-based group psychoeducation program effectively increased forgiveness levels and reduced fear of cancer recurrence and psychiatric

symptoms (anxiety, depression, and somatization) in cancer survivors. Based on these findings, it is recommended that forgiveness-based psychoeducation programs be integrated into the rehabilitation processes of cancer survivors and routinely implemented as group or individual psychoeducation sessions in oncology settings.

Keywords: consultation liaison psychiatric nursing, forgiveness, cancer survivors, fear of cancer recurrence, psychiatric symptoms, psychoeducation

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca ve akademik serüvenimde bilgi ve tecrübeleriyle beni zenginleştiren, hayata bakış açımı geliştiren, her zaman sabırla bana yol gösteren öğrencisi olmaktan büyük onur ve mutluluk duyduğum, saygıdeğer danışman hocam Doç.Dr. Gamze SARIKOÇ'a,

Lisans ve lisansüstü eğitimim, tez sürecim ve yaşamımın her alanında çok değerli bilgi ve deneyimleriyle katkıda bulunan ve rehberlik eden; sabrı, sevgisi ve anlayışıyla desteğini hep hissettiğim değerli hocam Sayın Prof. Dr. Fatma ÖZ' e,

Lisansüstü eğitimim ve tez sürecimde bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, değerli katkılar sunan ve yardımını hiç esirgemeyen Prof.Dr. Emine ÖKSÜZ'e

Lisansüstü eğitimim süresince bilgi, deneyim ve desteğini her zaman hissettiğim, bana değerli katkıları olan Sayın Prof.Dr. Çiğdem YÜKSEL'e,

Lisansüstü eğitimim süresince bilgi, deneyim ve desteğini her zaman hissettiğim ve tecrübeleriyle bana destek olarak değerli katkılarını sunan Sayın Dr.Öğr. Üyesi Belgin VAROL'a

Tez uygulama sürecimde yolumun kesiştiği, her daim desteğini hissettiğim, karşılaştığım zorluklarda hep yanımda olan, manevi ablam, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbı Onkoloji Kliniği sorumlusu Dr. Canan PÖRÜCÜ ve onun nezninde kliniğin tüm çalışanlarına ve Döndü ablaya,

Araştırmama katılmayı kabul eden ve yolumun kesiştiği tüm kanser savaşçılarına,

Tez dönemim boyunca değerli bilgi ve deneyimlerini paylaşarak her zaman bana destek olup yol gösteren Arş. Gör.Dr. Tuğba YILDIRIM'a

Tez döneminde bana manevi olarak yol arkadaşlığı eden, desteklerini her zaman hissettiğim, derdimle dertlenen ve her tökezlediğimde elimden tutan biricik dostlarım Arş.Gör. Ebru YILDIRIM, Öğr.Gör. Merve SEVİK DÖNDERİCİ ve Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ATEŞ SARI'ya,

Bu uzun yolda iş hayatının getirdiği tüm zorluklarına rağmen benden desteklerini esirgemeyen, yol gösteren, tökezlediğimde elimden tutan ve tez sürecime değerli katkılarda bulunan Dr. Öğr. Üyesi Beratiye ÖNER ve Öğr.Gör. Nurbanu ODACI'ya,

Varlıklarıyla bana güç veren, tüm eğitim hayatım boyunca bana olan inançları, sonsuz sevgileri, sabırları ve destekleriyle yanımda olan babam Rasim BELEN, annem Dilek BELEN, kız kardeşim İclal Kardelen BELEN ve anneannem Zekiye GÜNAL' a,

Varlığından ve sevgisinden güç aldığım, beni her daim motive eden, yardım ve desteğini esirgemeyen, yol arkadaşım Berk ÜNÜRLÜ'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hilal Merve BELEN

Ankara/2025

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iv**

ABSTRACT ..... **vi**

TEŞEKKÜR ..... **viii**

İÇİNDEKİLER ..... **ix**

TABLO LİSTESİ ..... **xiii**

ŞEKİL LİSTESİ ..... **xiv**

KISALTMALAR ..... **xv**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **16**

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 16

1.2. Araştırmanın Amacı 19

1.3. Araştırmanın Hipotezleri 19

2. GENEL BİLGİLER **21**

2.1. Kanserden Sağ Kalım 21

2.2. Affetme Kavramı 23

2.2.1. Kendini Affetme 25

2.2.2. Başkalarını Affetme 26

2.2.3. Durumu Affetme 27

2.3. Affetme Kavramının Kuramsal Alt Yapısı 28

2.3.1. Enrigh Affetme Süreç Modeli 28

2.3.2. Worthington Affetme Modeli 30

2.3.3. Hargrave Affetme Modeli 32

2.3.4. Smedes Affetme Modeli 33
2.4. Affetmenin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri 34
2.5. Psikiyatrik Belirtiler 38
2.6. Kanser Nüks Korkusu 40
2.7. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresinin Rolü 44
3. GEREÇ VE YÖNTEM 47
3.1. Araştırmanın Türü 47
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 47
3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi 48
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 49
3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri 49
3.6. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri 50
3.7. Randomizasyon 50
3.8. Veri Toplama Araçları 52
3.8.1. Tanıtıcı Bilgi Formu 52
3.8.2. Heartland Affetme Ölçeği 52
3.8.3. Kanser Nüks Korkusu Envanteri 53
3.8.4. Kısa Semptom Envanteri 54
3.9. Veri Toplama Süreci 54
3.9.1. Affetme Temelli Psikoeğitim Programının Hazırlanma Süreci 54
3.9.2. Ön Uygulama 56
3.9.3. Affetme Temelli Psikoeğitim Proframının Uygulanma Süreci 56
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi 58

3.11. Araştırmanın Etik Yönü 59

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları 60

4. BULGULAR 61

4.1. Kanserden Sağ Kalan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular ..... .61

4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Son Test Heartland Affetme Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular 64

4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin İzlem Ölçümleri Heartland Affetme Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları 66

4.4. Kanserden Sağ Kalan Bireylerin Heartland Affetme Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Değişimine İlişkin Bulgular 70

5. TARTIŞMA 77

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 81

6.1. Sonuçlar 81

6.2. Öneriler 82

7. KAYNAKLAR 83

8. EKLER 101

EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu 102

EK-2: Heartland Affetme Ölçeği (HAÖ) 103

EK-3: Heartland Affetme Ölçeği Kullanım İzni 105

EK-4: Kanser Nüks Korkusu Envanteri (KNK) 106

EK-5: Kanser Nüks Korkusu Envanteri Kullanım İzni 109

EK-6: Kısa Semptom Envanteri (KSE) 110

EK-7: Kısa Semptom Envanteri Kullanım İzni 111

EK-8: Affetme Temelli Psikoeğitim Oturumları 112

EK-9: TIDier Kontrol Listesi 115

EK-10: SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstütüsü Öneri Kabul Yazısı 117

EK-11: Eğitim Planlama Kurulu ve Bilimsel Araştırma Değerlendirme Kurulu İzni 118

EK-12: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 120

ÖZGEÇMİŞ 123

TABLO LİSTESİ

Tablo No

Tablo 3.1. Araştırma Modeli 47

Tablo 3.7. Randomizasyon Ataması 50

Tablo 3.10. Shapiro-Wilk Normallik Testi Sonuçları 59

Tablo 4.1. Kanserden Sağ Kalan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri 61

Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Son Test Heartland Affetme Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları 64

Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin İzlem Ölçümleri Heartland Affetme Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları 66

Tablo 4.4. Kanserden Sağ Kalan Bireylerde Heartland Affetme Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Grup ve Zamanlara Göre Dağılımı 70

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No

Şekil 1. G*Power Analiz Programı ile örneklem büyüklüğünün hesaplanması 49

Şekil 2. CONSORT Akış Diyagramı 51

Şekil 3. Uygulama Şeması 58

Şekil 4. Müdahale Grubu HAÖ Puan Değişimi 72

Şekil 5. Müdahale Grubu KNK Envanteri Puan Değişimi 72

Şekil 6. Müdahale Grubu KSE Puan Değişimi 73

KISALTMALAR

DSÖ	**:** Dünya Sağlık Örgütü
HAÖ	**:** Heartland Affetme Ölçeği
KNK	**:** Kanser Nüks Korkusu
KSE	**:** Kısa Semptom Envanteri
KLP	**:** Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi
CONSORT	**:** Consolidated Standards of Reporting Trials
Ort.	**:** Ortalama
ss.	**:** Standart Sapma

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, dünyada artan insidans ve yüksek mortalite oranlarıyla önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (1-3). Gelişen tıbbi ve teknolojik imkanlar, kanser tedavi süreçlerinde sağkalım oranlarının artmasını sağlamakta ve böylece kanserden sağ kalan bireylerin sayısı giderek yükselmektedir (2,3). Kanserden sağ kalan bireylerin yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal pek çok sorunla da baş etmek zorunda kalmasına yol açmaktadır (4-6).

Kanser süreci; bireyler açısından kontrol kaybı, belirsizlik, tehdit algısı ve ölüm korkusu gibi yoğun duygusal krizlerin yaşandığı karmaşık bir deneyimdir (7-10). Tanı ve tedavi sonrası dönemde de bu kriz yaşantısının etkileri devam etmekte; anksiyete, depresyon, psikolojik sıkıntı, yaşam kalitesinde azalma ve psikososyal uyum sorunları sıkça görülmektedir (4-6, 11-25). Sağ kalım süresi uzadıkça bireylerin psikososyal gereksinimleri daha belirgin hale gelmekte, yaşamlarının fiziksel, duygusal, sosyal ve spiritüel boyutlarında birçok ihtiyaç ortaya çıkmaktadır (14-15, 17, 23-24, 26-29, 30-33). Bu sorunların başında Kanser Nüks Korkusu (KNK) gelmektedir. KNK, "kanserin aynı veya farklı bir bölgesinde tekrarlaması ya da ilerlemesi endişesi" olarak tanımlanmakta ve sağ kalan bireylerin bilişsel, duygusal ve davranışsal işlevlerini önemli ölçüde etkileyen bir psikolojik süreç olarak karşımıza çıkmaktadır (5,6). KNK, depresyon ve anksiyete bozukluklarından farklı olarak, doğrudan kanser teşhisi ve tedavisine verilen bir yanıt niteliğinde olup, zaman içerisinde kronikleşme eğilimi gösterebilmektedir (34-36). Bireylerde artmış kaygı, fiziksel semptomlara karşı aşırı uyanıklık ve yaşam kalitesinde düşüşle ilişkilidir (7-10). KNK'nin yanı sıra, kanser deneyimi bireylerin yaşam anlamı ve varoluşsal inanç sistemlerinde de derin sarsıntılara yol açmaktadır (36-41). Tanının getirdiği tehdit algısı, bireyin güvenlik, kontrol ve adalet duygusunu zedeleyerek varoluşsal kırılganlık ve spiritüel sıkıntı yaratabilmektedir (34-36,38-40). Bununla birlikte, bazı bireyler bu zorlu süreçten olumlu psikolojik değişimlerle, anlam bulma ve bireysel büyüme yoluyla güçlenerek çıkabilmektedir (42-46). Bu bağlamda anlam arayışını ve psikososyal uyumu destekleyen koruyucu faktörler büyük önem taşımaktadır (44,46-48).

Bu koruyucu faktörlerden biri de affetme kavramıdır. Affetme; bireyin kendisine, başkasına veya olumsuz yaşam olaylarına yönelik negatif duygulardan bilinçli olarak vazgeçme süreci olarak tanımlanmaktadır (49). Bu bağlamda bazı affetme modelleri bulunmaktadır. Enright ve Human Development Study Group tarafından geliştirilen Affetme Süreç Modeli, affetmenin keşfetme, karar, çalışma ve derinleşme evrelerinden oluştuğunu ve psikolojik iyilik hali için önemli bir süreç olduğunu vurgulamaktadır (49-53). Affetmenin gerçekleşmediği durumlarda negatif duygulanım, öfke, saldırganlık ve bilişsel kısıtlılık artarken; affetmenin gerçekleşmesi duygusal yükün azalmasını, psikolojik güçlenmenin artmasını ve yaşam kalitesinin yükselmesini sağlamaktadır (54-56). Kanserden sağ kalan bireyler için hastalığın fiziksel etkilerinden daha çok tedavi sonrasında ortaya çıkan ruhsal ve duygusal yükler uzun vadede daha zorlu bir süreç oluşturabilmektedir. Özellikle kanserin tekrarlama olasılığına dair sürekli bir belirsizlik, bireyin geleceğe dair umutlarını ve güven duygusunu sarsmakta; bu durum da yoğun bir kanser nüks korkusuna yol açmaktadır (57,58). Bireyler, kanser nüks korkusu ile baş etme sürecinde sıklıkla kendi geçmiş davranışlarını, seçimlerini veya yaşam tarzlarını sorgulama eğilimindedirler. Aynı zamanda, birçok kanserden sağ kalan birey suçluluk, öfke, yalnızlık gibi duygularla baş etmekte zorlanmakta ve bu da kaygı, depresyon gibi psikiyatrik belirtileri beraberinde getirmektedir (59, 60). Bu noktada yükleme kuramı, bu duygusal tepkilerin oluşumunu anlamada önemli bir çerçeve sunar. Yükleme kuramına göre bireyler, başlarına gelen olayların nedenlerini açıklamaya çalışır ve bu açıklamalar davranışlarını, duygularını ve psikolojik sağlıklarını önemli ölçüde etkiler (61). Kanser hastalığı gibi travmatik bir yaşam olayında kişi şu tür içsel sorgulamalara yönelebilir: “Neden ben?”, “Bu hastalığı hak edecek ne yaptım?”, “Daha önce farklı davranmış olsaydım bunu engelleyebilir miydim?”. Bu tür içsel yüklemeler zamanla bireyin kendine yönelttiği öfke, suçluluk, pişmanlık ve çaresizlik duygularını besler. Bunun yanında bireyler aynı zamanda hastalıklarını dışsal nedenlere (örneğin tanrısal ceza, kötü kader, çevresel faktörler) atfederek başkalarına karşı kırgınlık, kızgınlık ve inançsal çatışmalar yaşayabilirler (56,62). Bu bağlamda affetme, bireyin hem içsel hem de dışsal yüklemeleri yeniden yapılandırmasına imkân sağlayan, psikolojik iyi oluşu destekleyerek nüks korkusunun işlevsel şekilde yönetilmesi açısından önemli bir dönüştürücü psikososyal mekanizma olarak öne çıkar. Özellikle kendini affetme,

yükleme eğilimlerini “kontrol edilemeyen durumlar”, “bir deneyim olarak hastalık”, “kişisel gelişim fırsatı” gibi daha olumlu bilişsel şemalara kaydırarak suçluluk ve öfkeyi azaltabilir (63,64). Yani affetme, bireyin yüklediği anlamları yeniden yorumlamasına ve duygusal regülasyon sağlamasına katkı sağlar. Bireylerin affetme becerisinin geliştirilmesine yönelik yapılan müdahale araştırmalarında, bireylerin yalnızca daha düşük düzeyde depresyon, kaygı ve stres yaşamakla kalmadıklarını; aynı zamanda geleceğe dair umutlarını yeniden inşa edebildikleri bulunmuştur (54,62). Affetme, bu anlamda nüks korkusunun kökenindeki bilişsel-emosyonel çatışmaları dönüştürme potansiyeline sahiptir. Bu çerçevede, affetme temelli psikoeğitim programı, yükleme süreçlerini olumlu yönde değiştirerek hem nüks korkusunu hem de eşlik eden psikiyatrik semptomların azalmasına katkı sağlayabilir. Ayrıca yapılan çalışmalar, bu tür müdahalelerin hem bireyin psikolojik dayanıklılığını artırdığını hem de yaşam kalitesine uzun vadeli katkılar sunduğunu göstermektedir (29,47,65). Bu bağlamda, affetme temelli yapılandırılmış programların, kanserden sağ kalan bireylerin duygusal yüklemelerini yeniden yapılandırma, nüks korkusuyla baş etme ve psikolojik iyilik hallerini sürdürebilme kapasitelerini geliştirme açısından önemli bir gereksinim olduğu görülmektedir.

Uluslararası literatür, kanserden sağ kalan bireylerin önemli bir bölümünde kanser nüks korkusu, depresyon, anksiyete, suçluluk, öfke ve benlik saygısında azalma gibi psikolojik belirtilerin yaygın olarak görüldüğünü ortaya koymaktadır (57, 59,65). Bu sorunlara yanıt olarak geliştirilen müdahaleler arasında bilişsel davranışçı terapi, mindfulness temelli yaklaşımlar, destek grupları, yaşamın son dönemine odaklanan ruhsal bakım hizmetleri ve psikoeğitim programları yer almaktadır (19, 54, 60). Son yıllarda özellikle affetme temelli psikososyal uygulamalar, bireyin içsel çatışmalarla başa çıkma ve psikolojik dayanıklılığını artırma süreçlerinde etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar, affetmenin yalnızca bireysel ruhsal iyilik halini değil, aynı zamanda ilişkisel düzeydeki çatışmalarını da çözmede işlevsel bir mekanizma olduğunu göstermektedir (56-58). Ulusal düzeyde de affetmenin psikolojik sağlığa olan katkılarını inceleyen sınırlı sayıda çalışma, bu eğilimin yüksek olduğu bireylerde anksiyete, depresyon ve psikiyatrik semptomların azaldığını; benlik saygısı ve yaşam doyumunun arttığını ortaya koymuştur (56, 66-68).Ancak, hem ulusal hem de uluslararası çalışmalarda, affetme temelli psikoeğitim programlarının

kanserden sağ kalan bireylerde sistematik biçimde uygulandığı ve sonuçlarının bütüncül olarak değerlendirildiği çalışmaların sayısı sınırlıdır. Bu durum, özellikle sağ kalım sürecinde duygusal sıkıntılar yaşayan bireylerin desteklenmesi adına önemli bir boşluğu göstermektedir. Ayrıca, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) hemşirelerinin, kanser tanısı almış bireylerde özellikle nüks korkusunun erken dönemde tanılanması, uygun psikososyal müdahale stratejilerinin uygulanması ve affetme temelli programlar aracılığıyla psikolojik iyi oluşun desteklenmesi süreçlerinde kritik roller üstlenebileceği vurgulanmaktadır (56, 66-68).Tüm bu bilgiler ışığında, bu çalışma; kanserden sağ kalan bireylere yönelik uygulanan affetme temelli grup psikoeğitim programının, kanser nüks korkusu, affetme düzeyi ve psikiyatrik belirtiler üzerine olan etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma affetme temelli grup psikoeğitiminin kanserden sağ kalan bireylerin kanser nüks korkusu, affetme düzeyleri ve psikiyatrik belirtilerine etkisini belirlemeyi amaçlamaktadır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Affetme Temelli Psikoeğitim programının kanserden sağ kalan bireylerin;

$H0^1$: Affetme düzeyleri üzerine etkisi yoktur.

$H1^1$: Affetme düzeyleri üzerine etkisi vardır.

$H0^2$: Nüks korkusu üzerine etkisi yoktur.

$H1^2$: Nüks korkusu üzerine etkisi vardır.

$H0^3$: Psikiyatrik belirtileri üzerine etkisi yoktur.

$H1^3$: Psikiyatrik belirtileri üzerine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserden Sağ Kalım

Kanser, giderek artan insidansı ve yüksek mortalite oranları ile küresel ölçekte önemini sürdüren ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Dünya genelinde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci en yaygın ölüm nedeni olarak kabul edilen kanserin, 2040 yılına kadar hem insidans hem de mortalite oranlarında belirgin bir artış göstereceği öngörülmektedir (69,70). Kanserin yaşamı tehdit eden ve çoğu zaman yüksek düzeyde belirsizlik içeren doğası, tanı anından itibaren bireyin yaşam kontrolü algısını zedelemekte ve psikolojik, sosyal ve ruhsal düzeyde bir kriz durumu yaratmaktadır.

Bu süreç yalnızca hastalığın biyolojik yönüyle sınırlı kalmamakta, aynı zamanda kanserin tedavi süreci boyunca ortaya çıkan ağrı, gastrointestinal bozukluklar, enerji düşüklüğü, kognitif gerileme ve uyku problemleri gibi semptomlar bireyin işlevselliğini düşürmekte; psikolojik iyi oluşu ve sosyal rollerini de olumsuz etkilemektedir. Araştırmalar, kanserle yaşayan bireylerin tanı ve tedavi sürecinde sıkça korku, nüks korkusu, gelecek kaygısı, ölüm anksiyetesi, depresyon ve anksiyete gibi yoğun duygusal tepkiler yaşadığını göstermektedir (71, 72).

Literatürde “kanserden sağ kalım” kavramı için evrensel düzeyde üzerinde uzlaşılmış tek bir tanım bulunmamaktadır. Bununla birlikte, Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute- NCI), bu kavramı “ölümcül bir hastalık ya da ciddi bir zorlukla mücadele sürecinde ve sonrasında hayatta kalmayı başararak bireysel işlevselliğini sürdüren kişi” biçiminde tanımlamaktadır (73). Kanser özelinde bu tanım genişletilerek, bireyin kanser teşhisi aldığı andan itibaren yaşamının sonuna kadar “sağ kalan” (survivor) olarak kabul edildiği bir anlayış benimsenmiştir. Alternatif tanımlamalarda ise sağ kalımın belirli bir zaman dilimiyle sınırlandırıldığı görülmektedir. Örneğin, Feuerstein (2007), bir bireyin “sağ kalan” olarak nitelendirilebilmesi için tanı aldıktan sonra en az beş yıllık bir yaşam süresine ulaşmasının gerekli olduğunu öne sürmektedir (71). Sağ kalım kavramının daha dinamik ve süreç odaklı bir çerçevede ele alınması gerektiğini vurgulayan Mullan (1985), bu olguyu üç aşamalı bir modelle açıklamıştır. İlk aşama olan akut sağ kalım dönemi, bireyin kanserle ilk karşılaştığı, tanının konulduğu ve aktif tedavinin uygulandığı süreci kapsar. Bu dönemde hasta hem hastalığın semptomlarını hem de uygulanan tedavilerin (kemoterapi, radyoterapi vb.) fiziksel ve psikolojik yan

etkilerini deneyimler. İkinci aşama olan uzatılmış sağ kalım dönemi, tedavi sürecinin tamamlanmasının ardından bireyin remisyon evresine geçişiyle başlar. Bu evrede, hastalık kontrol altına alınmış olup birey gündelik yaşam rutinlerine dönmeye çalışırken aynı zamanda fiziksel, psikososyal ve duygusal iyileşme süreciyle de karşı karşıya kalır. Üçüncü ve son aşama olan kalıcı (sürekli) sağ kalım evresi, bireyin hastalıkla ilişkili uzun dönemli etkilerle (örneğin, sekeller, geç yan etkiler, psikososyal zorluklar) baş etme becerilerinin ön plana çıktığı bir dönemdir. Bu evre, bireyin "eski" sağlıklı yaşamdan farklı ama uyumlu yeni bir yaşam kurma sürecini ifade eder (74). Sağ kalım kavramının yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda psikososyal ve fonksiyonel iyileşmeyi de kapsayan çok boyutlu doğasına dikkat çeken tanımı da son beş yıl içinde kanser teşhis konmuş, küratif amaçla tedavi edilmiş ve ana tedavilerini (cerrahi, radyoterapi, kemoterapi) tamamlamış olan bireyleri ifade etmektedir (75-77).

Sağ kalım süresinin uzamasıyla birlikte bireylerin yaşadığı fiziksel ve psikososyal sekellerin, tedavi sonrasında da devam ettiği, hatta bazı semptomların geç dönemde yeniden ortaya çıktığı bildirilmektedir. Bireyler, fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra sağlık sistemine ilişkin belirsizlikler, bilgi eksiklikleri, bakım koordinasyonundaki aksamalar gibi çok boyutlu zorluklarla karşılaşmaktadır. Bununla birlikte, tedavi sonrası dönemde bireyin yalnız kalması, içe dönüş sürecini başlatmakta; birey kendi yaşantısını anlamlandırmaya, varoluşsal sorgulamalarda bulunmaya ve yeniden bir kimlik inşasına yönelmektedir (74,78). Bu anlamlandırma çabalarının, yalnızca psikolojik iyileşmeyi değil, aynı zamanda kabul, affetme ve anlam bulma gibi olumlu psikososyal çıktıları da beraberinde getirebildiği gösterilmiştir. Yapılan birçok araştırma, kanserden sağ kalan bireylerin travmatik deneyime rağmen kişisel gelişim yaşadıklarını, yaşam değerlerini yeniden gözden geçirdiklerini ve daha anlamlı sosyal ilişkiler kurmaya yöneldiklerini ortaya koymuştur (79,80). Buna rağmen, bireyler bu süreçte anksiyete, depresyon ve nüks korkusu gibi sorunlarla baş etmeye devam etmekte ve yaşam kalitelerinde belirgin düşüşler yaşamaktadırlar (72,78).

Dolayısıyla sağ kalım süreci, yalnızca klinik remisyonla değil, psikososyal uyum ve yaşam kalitesi ile birlikte değerlendirilmelidir. Bu noktada, bireyin duygusal, bilişsel ve sosyal destek ihtiyacını merkeze alan bütüncül psikososyal bakım modellerinin geliştirilmesi kritik önem taşımaktadır. Affetme, anlam bulma gibi pozitif psikolojik unsurların bu bakım modellerine entegre edilmesi, sağ kalan bireylerin nüks

korkusunu azaltma ve sağlığa uyum süreçlerini destekleme açısından koruyucu bir rol oynayabilir.

2.2. Affetme Kavramı

"Affetme" kavramı, tarih boyunca din, ahlak, adalet ve felsefe gibi alanlarda kapsamlı biçimde ele alınmış, zamanla psikoloji ve ruh sağlığı disiplinlerinde de önemli bir araştırma konusu haline gelmiştir. Özellikle 1980'li yıllardan itibaren, psikoterapi, gelişim psikolojisi, sosyal psikoloji ve psikofizyoloji alanlarında affetmenin birey üzerindeki etkileri sistematik biçimde incelenmeye başlanmıştır (81). Bu ilginin artmasında, dünyanın pek çok bölgesinde yaşanan sosyal çatışmalar, travmatik deneyimler ve bireylerdeki psikolojik iyileşme çabaları etkili olmuştur (82).

Başlangıçta dini bir kavram olarak algılanan affetme, uzun yıllar psikoloji literatüründe göz ardı edilmiş; affetmenin soyut bir kavram olması nedeniyle sadece gözlemlenebilir davranışlara odaklanılması, affetmenin soyut bir kavram olması nedeniyle bilimsel inceleme alanının dışında bırakılmasına yol açmıştır (83). Ancak günümüzde, affetme kavramı pozitif psikolojinin yükselişiyle birlikte, bireyin içsel dönüşümünü ve psikolojik iyilik halini destekleyen koruyucu bir psikolojik kaynak olarak görülmektedir. Araştırmalar affetmenin; anksiyete, depresyon, öfke, intikam duyguları gibi olumsuz psikolojik durumları azalttığını; buna karşın empati, umut, psikolojik sağlamlık ve yaşam doyumu gibi olumlu özellikleri artırdığını göstermektedir (82, 84). Özellikle travmatik yaşam olayları sonrasında affetmenin, bireyin ruh sağlığını yeniden inşa etmesinde güçlü bir araç olduğu vurgulanmaktadır.

Affetme; bireyin yaşadığı zarar karşısında geliştirdiği öfke, kızgınlık, düşmanlık ve intikam duygularını bilinçli ve gönüllü olarak bırakması, yerine sevgi, merhamet ve empati gibi olumlu duygular geliştirme çabasıdır (85,86). Bu süreç, hatayı görmezden gelmek ya da suçlunun sorumluluğunu ortadan kaldırmak anlamına gelmemekte; aksine, bireyin kişisel mağduriyetine verdiği anlamlı ve dönüştürücü yanıt olarak değerlendirilmektedir (49).

Smedes (1984), affetmeyi hatalı kişinin cezalandırılmadan bağışlanması olarak tanımlarken; North (1987), öfke ve nefret gibi duygulardan gönüllü bir şekilde vazgeçme olarak ele almıştır (87,88). Hargrave ve Sells (1997) affetmeyi zarara neden olan kişiye yönelik öfkenin bırakılması olarak tanımlarken, Piderman (2010), bu süreci

kin, intikam ve kızgınlık gibi duygulardan uzaklaşma hali olarak açıklamaktadır (89, 90).

Denham ve arkadaşları (2005) ise affetmeyi, bireyin öfke ve korku gibi negatif duygularını, merhamet ve anlayış gibi pozitif duygulara dönüştürme süreci olarak betimlemiştir. Bu bağlamda affetme, olumsuz duygusal yüklerin dönüşümü olarak görülmektedir (91).

Bugay ve Demir (2012) affetmeyi, "kişinin zarara ilişkin nefret, öfke, hayal kırıklığı, kızgınlık ve intikam alma gibi olumsuz davranışlardan farkında olarak vazgeçmesi ve yerine merhamet, cömertlik, empatik anlayış ve sevgi gibi olumlu duygular ve tepkiler geliştirmek" şeklinde tanımlamaktadırlar (84).

Türk Dil Kurumu (2021), affetme kavramını “hoşgörüyle karşılamak”, “bağışlamak” ve “birini sorumluluğundaki bir görevden azat etmek” gibi anlamlarla tanımlamaktadır (92). Ancak bu tanımlar, affetmenin psikolojik boyutlarını yansıtmakta yetersiz kalmaktadır. Zira affetme; yalnızca bir hatayı görmezden gelme ya da barışma değil, bireyin yaşadığı olayı yeniden anlamlandırarak kişisel gelişim ve içsel iyileşme ile sonuçlanan aktif bir süreçtir.

Affetme olgusu üzerine yapılan araştırmaların büyük bir kısmı, bireylerin başkalarını affetme eğilimleri ve bu eğilimi etkileyen psikolojik faktörler üzerinde yoğunlaşmıştır (93-95). Ancak bu yaklaşım, affetmenin çok boyutlu doğasını sınırlı bir çerçevede ele alma riskini de beraberinde getirmektedir. Oysa, affetme süreci yalnızca kişilerarası düzlemle sınırlı değildir; aynı zamanda bireyin kendisiyle ve yaşadığı olaylarla kurduğu içsel ilişkileri de kapsamaktadır. Ayrıca affetme ile uzlaşma sıklıkla karıştırılmaktadır. Oysa uzlaşma, iki tarafın karşılıklı ilişkisel çabasıyla yeniden bağ kurmayı ifade ederken; affetme bireysel bir eylem olup, affedilen kişiyle yeniden iletişim kurmayı gerektirmez. Affetme süreci, bireyin içsel huzurunu ve psikolojik dayanıklılığını geliştiren öz-düzenleyici bir mekanizma olarak tanımlanabilir (50,95).

Affetme, bireyin gönüllü olarak başlattığı, herhangi bir koşula bağlı olmayan ve bilinçli katılım gerektiren aktif bir içsel süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu sürecin yalnızca affeden bireyde değil, affedilen kişide de dönüştürücü bir etki yaratabileceği ileri sürülmektedir (84,96,97). Affetme, pasif bir kabullenmeden ziyade, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını yeniden yapılandırdığı dinamik bir psikolojik

süreçtir. Süreç; kendini affetme, başkasını affetme ve durumu affetme olarak üç alt boyutta incelenmektedir (18,82,84,96).

2.2.1. Kendini Affetme

Kendini affetme, affetme olgusunun bireyin kendine yönelmiş özel bir biçimi olup hem bilişsel hem de duygusal boyutları içeren yoğun ve içsel bir psikolojik süreçtir. Enright ve İnsan Çalışma Grubu (1996), bu kavramı, bireyin kendi hatası karşısında geliştirdiği kızgınlık ve öfke duygularını bilinçli olarak terk ederek, yerine merhamet, cömertlik ve sevgi gibi olumlu duygular geliştirmesi süreci olarak tanımlamaktadır (50).

Bauer ve arkadaşları (1992), bireyin yaşamında kaçamadığı ya da değiştiremediği olumsuzluklarla yüzleştiğinde, kendine yönelik yargılayıcı tutumları bırakarak kendini kabullenmeye doğru ilerlediği dönüşümsel bir yolculuk olarak değerlendirmiştir. Bu yaklaşım, kendini affetmenin yalnızca bir karar değil, bunun yanında zaman içinde gelişen derin bir içsel değişim süreci olduğunu vurgulamaktadır (98).

Hall ve Fincham (2005) ise, bu süreci kişinin kendi sorumluluğunu kabul ederek pişmanlık ve suçluluk duygularını yaşaması, ancak buna rağmen kendine karşı olumlu bir tutum geliştirerek öz-sevgi geliştirme süreci olarak ele alır. Onlara göre, kendini affetme çoğunlukla zor, sancılı ve çatışmalı bir yüzleşme süreci şeklinde ortaya çıkar. Bireyin kendi hatasıyla dürüstçe yüzleşmesi ve bu süreci bastırmadan yönetebilmesi, affetmenin sağlıklı ve sürdürülebilir bir biçimde gerçekleşmesi için temel koşuldur (99).

Breitbart (2018), kendini affetmenin ön koşulunun, bireyin koşulsuz sevgiye layık olduğuna inanması olduğunu ileri sürmektedir. Birey, yaptığı hatanın sorumluluğunu üstlenmediği veya hissettiği duyguları dürüstçe kabul etmediği takdirde, affetme süreci bir tür bastırma ya da inkâr mekanizmasına dönüşebilir. Bu da gerçek bir affetmenin sağladığı psikolojik iyileşmeden bireyi uzaklaştırır (100).

Enright (1996), kendini affetmenin temelinde çoğu zaman pişmanlık, utanç ve suçluluk duygularının yattığını belirtmiştir. Bu duyguların doğrudan bireyin kimliğine yönelmesi örneğin, “Ben kötü biriyim” gibi ifadeler yoğun utanç, değersizlik, aşağılanma ve içsel çekilme hislerini beraberinde getirebilir. Ancak bireyin, “Kötü bir şey yaptım” gibi davranışa odaklanan bir çerçeve benimsemesi, affetme sürecini daha

sağlıklı ve onarıcı bir zemine oturtur. Böylelikle kişi, yaptığı hataya ilişkin öfke, pişmanlık ve suçluluk gibi duyguları dönüştürerek, özür dileme, itiraf etme ve telafi etme davranışlarıyla içsel bütünlüğünü yeniden inşa etme yoluna gidebilir (50).

Sonuç olarak, kendini affetme bireyin utanç, suçluluk, öfke, öz eleştiri gibi yoğun olumsuz duygularla sağlıklı baş etmesini sağlayan, içgörü ve öz-anlayışla şekillenen, iyileştirici bir psikolojik süreçtir.

2.2.2. Başkalarını Affetme

Başkalarını affetme, bireyin kendisine zarar veren bir kişiye karşı duyduğu öfke, kızgınlık ve düşmanlık gibi olumsuz duyguları bilinçli olarak dönüştürerek, sevgi, merhamet ve anlayış gibi olumlu duygular geliştirmeye yönelik içsel bir yeniden yapılandırma sürecidir. Enright ve arkadaşları (1996), başkasını affetmeyi; bireyin onu inciten kişiye karşı geliştirdiği olumsuz duygular ve davranışlardan gönüllü olarak vazgeçerek, bu kişiye yönelik olumlu niyet ve duygular geliştirme çabası olarak tanımlamaktadır (50).

Bu süreçte, McCullough, Worthington ve Rachal (1997), başkalarını affetmeyi etkileyen empatik eğilim, zararın algılanan ciddiyeti, kişilerarası yakınlık düzeyi ve intikama yönelik tutumlar olmak üzere dört temel belirleyici unsuru vargulamıştır (101). Bu unsurlar, affetme kararının şekillenmesinde belirleyici olup, özellikle empati düzeyi, affetmenin psikolojik temelini oluşturmaktadır. Araştırmacılar, affetme sürecinde öfkenin merkezi bir rol oynadığını ve bu duygunun yönetilebilmesinin, affetmeyi mümkün kıldığını vurgulamışlardır (50,96).

Başkalarını affetme, sabit bir tepki değil, bireyin zarar veren davranışı çok boyutlu şekilde değerlendirmesiyle şekillenen dinamik bir süreçtir. Bu değerlendirme sürecinde etkili olan unsurlar arasında şunlar yer alır:

- Zarar veren kişiye duyulan yakınlık düzeyi,
- Davranışın arkasındaki niyet,
- Eylemin bireyde bıraktığı etkilerin ağırlığı,
- Suçlunun pişmanlık ifadesi ya da özür dileme davranışı,
- Toplumun veya çevrenin tepkileri,
- Davranışın birey üzerindeki etkisinin devam edip etmediği,
- Ve bireyin kişilik özellikleri (örn. empatik, uzlaşmacı, katı ya da inatçı olma eğilimleri) (96).

Witvliet (2005), affetme sürecinin bireyler arasında farklı şekillerde yönetildiğini belirtmektedir. Bazı bireyler, yaşadıkları olumsuzluğu görmezden gelme, mazur görme veya hoşgörüyle karşılama yoluyla duygusal yüklerini azaltmaya çalışırken; bazıları kin tutma, intikam alma arzusu gibi tepkilerle acılarını bastırmaya eğilimlidir. Ancak, zarar veren kişinin tutumu da affetme sürecini doğrudan etkileyebilir. Özrün samimiyetsiz olması, hatanın inkâr edilmesi ya da sorumluluğun reddedilmesi, incinen kişinin affetmesini hem duygusal hem de bilişsel açıdan daha güç hale getirmektedir (102).

Rusbult ve arkadaşları (2005), bireyin yaşanan olayı ve suçluyu anlamlandırma biçiminin, affetme sürecinde dönüştürücü bir rol üstlendiğini belirtmektedir. Kişi, olaya yönelik daha az suçlayıcı ve daha bütünleyici bir anlayış geliştirdiğinde, duygusal yük öfkeden merhamete doğru dönüşebilir. Bu da affetmeyi yalnızca bir ilişki düzeltme aracı değil, aynı zamanda bireysel psikolojik iyileşme süreci haline getirir (103).

2.2.3. Durumu Affetme

Thompson ve arkadaşları (2005), bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları kontrol dışı yıkıcı olaylara, örneğin ciddi bir hastalık tanısı, ani bir kaza, işlev kaybı ya da uzuv kaybı gibi durumlara, verdikleri duygusal tepkileri anlamlandırma biçimini, "durumu affetme" süreci olarak tanımlamaktadır (105). Bu süreçte birey, öfke, hayal kırıklığı, üzüntü ve çaresizlik gibi yoğun olumsuz duygularla başa çıkarken; "Hayatımı mahvetti", "Neden ben?", "Bunu hak etmedim" gibi bilişsel tepkileri, zamanla daha nötr ya da olumlu bir çerçevede yeniden yapılandırma eğilimi gösterebilir. Durumu affetme; kişisel kontrol alanının dışında gerçekleşen olayları kabullenme, bu olaylara yönelik kırgınlık, öfke ve inanç çatışmalarını dönüştürme çabasını kapsar. Deprem, hastalık, savaş, genetik yatkınlık gibi belirli bir failin olmadığı ve suçun yöneltilemeyeceği olaylarda, bireyin olaya yönelik affedici bir tutum geliştirmesi, empati ya da uzlaşmadan değil; tamamen içsel bir yeniden anlamlandırma ihtiyacından kaynaklanır. Bireylerin olumlu dünya görüşlerine ters düşen durumlarda yaşadığı duygusal çatışmalar, durumu affetmeyi gerektirebilir. Örneğin, "iyi insanların başına kötü şeyler gelmez" ya da "ben sağlıklıyım, hastalık bana uzak" gibi inançlara sahip bir birey, kansere yakalandığında; yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda bilişsel ve duygusal düzeyde sarsıcı bir kırılma yaşayabilir. Bu

durum, suçluluk, öfke, çaresizlik ve umutsuzluk gibi duygulara yol açabilir. Thompson ve arkadaşları (2005), böyle durumlarda bireyin yaşadığı olumsuz bilişsel çarpıtmaların zamanla nötralize edilerek, daha kapsayıcı ve olumlu bir bakış açısına evrilmesinin, durumu affetme olarak değerlendirilebileceğini ifade etmektedir. Tıpkı olumlu bir yaşam olayının zamanla travmatik bir etkide bulunabilmesi gibi, başlangıçta travmatik görülen olaylar da zaman içinde bireyin anlam dünyasında pozitif bir dönüşüm yaratabilir. Bu yönüyle durumu affetme, sadece duyguların düzenlenmesini değil, bireyin yaşamına dair temel varsayımlarını, inançlarını ve kimlik algılarını yeniden inşa etmesini de içeren derinlemesine bir psikolojik iyileşme sürecidir (105).

2.3. Affetme Kavramının Kuramsal Alt Yapısı

Affetme kavramı, 1980'lerde pozitif psikoloji akımıyla birlikte kuramcılar tarafından farklı modellerle ele alınmıştır. Bunlar;

2.3.1. Enrigh Affetme Süreç Modeli

Affetme, bireyin yaşadığı olumsuz bir deneyim sonrasında, duygusal yükten arınarak daha sağlıklı bir psikolojik yapıya ulaşma sürecidir. Bu süreç, yalnızca duygusal bir eylem değil; aynı zamanda bilişsel, davranışsal ve psikolojik yönleri olan çok boyutlu bir yapıdır. Enright ve İnsan Gelişimi Çalışma Grubu tarafından geliştirilen **Affetme Süreç Modeli**, affetme sürecini dört temel evre üzerinden açıklamaktadır: *Ortaya Çıkarma, Karar, Çalışma* ve *Derinleşme*. Bu model hem kendini affetme hem de başkalarını affetme bağlamında kullanılabilmektedir (50).

a) Ortaya Çıkarma Evresi

Bu evre, bireyin yaşadığı olayı ve bu olayın kendisinde bıraktığı psikolojik etkileri fark etmeye başladığı aşamadır. Kişi; öfke, kırgınlık, intikam arzusu gibi yoğun olumsuz duygular deneyimlemektedir. Sürecin hedefi, bu duyguların bireyin ruh sağlığı üzerindeki etkilerinin fark edilmesidir.

Alt süreçler şunlardır:

- Etkisiz baş etme mekanizmaları (bastırma, inkar gibi): Kişinin hatalı davranışı reddetmesi veya önemsizleştirmesi.
- Bireyin davranışının hata olduğunu kabul ederek duygusal tepki (öfke) göstermesi.
- Utanç, küçük düşürülme gibi duyguları hazır olduğunda kabul etmesi.

- Olumsuz duyguların yarattığı ağır yükün bilincinde olması.
- Yaşanan olayın zihinde sürekli yeniden yaşadığının farkında olması.
- Kendini ya da başkasını incitmiş olmanın bilincine varma, içgörü kazanma.
- Bireyin, zarar gördükten sonra kalıcı değişim yaşayabileceğini fark etmesi
- Dünya'da oluğ bitenler hakkında *"adalet"* görüşüne ilişkin içgörü kazanması.

b) Karar Evresi

- Bireyin affetmenin bir alternatif çözüm yolu olabileceğini fark etmesiyle başladığı evredir.
- Daha önce kullandığı başa çıkma stratejilerinin etkisizliğini fark eden birey, affetmeye karşı istek geliştirmeye başlar.
- Zarar veren kişiyi/durumu affetmeye karar vermesi

Bu aşamada kişi, kendisini cezalandırıcı düşüncelerden uzaklaştırarak affetmeye yönelik bilişsel bir dönüşüm yaşar.

c) Çalışma Evresi

Bireyin kendisine zarar veren kişiye (suçluya) ya da kendine karşı daha anlayışlı ve merhametli bir yaklaşım geliştirdiği evredir. Empati kurularak olayın farklı bir bağlamda yeniden değerlendirilmesi sağlanır. Birey, yaşadığı acının farkında olarak buna dayanır ve geçmiş tepkilerini daha yapıcı hale getirir.

Bu evrede öne çıkan adımlar:

- Empati: Suçlunun bakış açısının anlaşılmaya çalışılması.
- Merhamet: Suçluya yönelik duygusal yumuşama.
- Acının Kabullenilmesi: Duygusal yükle yüzleşme ve ona tahammül edebilme.
- Etik Hediye: Suçluya karşı içten bir bağışlama jesti sunma.

d) Derinleşme Evresi

Affetme sürecinin içselleştirildiği bu aşamada birey, geçmişteki olumsuz duyguların yerini daha pozitif duygulara bıraktığını fark eder. Birey, yaşadığı travmalardan anlam çıkararak kişisel gelişim için yeni hedefler oluşturur. Aynı zamanda daha önce kendisinin de affedilmeye ihtiyaç duyduğu anları hatırlayarak süreci bütünselleştirir.

Derinleşme aşamasında birey:

- Geçmişten anlam çıkarır,
- Affetmenin yalnızca başkaları için değil, kendisi için de gerekli olduğunu kavrar,
- Yeni yaşam hedefleri belirler,
- Negatif duygularını azaltır, pozitif duygu ve düşünceleri güçlendirir.

Enright (1996), affetmeyi bir *süreç müdahale modeli* olarak ele almış ve bu süreci dört aşamada tanımlamıştır. Bu aşamalar, bireyin hem kendisini hem de başkalarını affetme sürecini yapılandırmaktadır. Özellikle klinik psikoloji ve ruh sağlığı alanında, affetmenin psikoterapötik bir müdahale olarak kullanılması açısından önemli bir temel sağlamaktadır (50).

Waltman (2003) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, Enright'in affetme sürecine dayalı 10 haftalık bireysel programın koroner arter hastaları üzerindeki etkileri incelenmiştir. Çalışma kapsamında, deney grubunun öfke, umut, affetme ve kaygı düzeylerinde olumlu gelişmeler saptanmış; aynı zamanda fizyolojik göstergeler olan nabız ve kan basıncında da iyileşmeler gözlemlenmiştir (105). Bu bulgular, affetmenin hem psikolojik hem de fizyolojik sağlığa katkıda bulunabileceğini ortaya koymaktadır.

2.3.2. Worthington Affetme Piramit Modeli

Worthington (2005), affetmenin çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu vurgulayarak bu süreci açıklamak amacıyla üç temel affetme türü tanımlamıştır: Karara Dayalı Affetme, Duygusal Affetme ve Kişilerarası Affetme Süreci. Ayrıca, Worthington'un geliştirdiği REACH Piramidi Modeli, affetmenin psikolojik ve ahlaki bir yeniden yapılandırma süreci olduğunu göstermektedir (82,106,107).

a) Karara Dayalı Affetme Modeli

Affetme, bilişsel ve davranışsal bir karar verme sürecidir. Birey, kendisine zarar veren kişiye/duruma yönelik öfke, kin, kırgınlık gibi olumsuz duygulara sahip olabilir; ancak bu duygulara rağmen zarar verici tepkilerden (intikam alma, ilişkiyi sabote etme, pasif-agresif davranışlar vb.) bilinçli olarak uzak durmayı seçer (108).

Worthington'a (2005) göre, affetmeye karar vermek, kişinin zarar veren kişiye/duruma karşı davranışını değiştirmeye niyet etmesi ve artık olumsuz eylemleri bırakacağını ortaya koymasıdır. Bu deneyimlenen affetme süreci, duygusal

değişimden ziyade, niyete dayalı etik bir tavırdır ve özellikle zarar veren kişinin ilişkiyi sürdürmek istemediği durumlarda önemli bir stratejidir (108).

b) Duygusal Affetme Modeli

Bireyin iç dünyasında meydana gelen bir dönüşümü ifade eder. Bu modelde affetme, kişinin yaşadığı öfke, kırgınlık, kin ve diğer olumsuz duyguların; empati, sevgi, merhamet ve bağışlama gibi olumlu duygularla yer değiştirmesi sürecidir (109).

Wade ve arkadaşları (2005), duygusal affetmenin zamanla bireyin ruhsal iyilik halini artırdığını ve özellikle travma sonrası stres, depresyon, anksiyete gibi olumsuz psikolojik semptomların azaltılmasına katkı sunduğunu belirtmiştir (109). Bu süreç, bireyin affetme yönünde duygusal bir yeniden yapılanmayı gerçekleştirmesiyle sağlanır.

- **REACH Affetme Piramidi Modeli**

Worthington'un (1998) geliştirdiği ve daha sonra (2001, 2005) güncellediği **REACH modeli**, affetme sürecini beş basamaklı bir yapıda açıklamaktadır (106-108). Bu modelde affetme, sadece pasif bir kabulleniş değil, aktif bir psikolojik ve etik çabanın sonucu olarak tanımlanır. Model, "REACH" kelimesi ile kısaltılan, belirli bir hatayı affetmeye yönelik beş aşamadan oluşmaktadadır (106-108).

R – Recall (Hatırlama / Duyguları Uyandırma):

Bireyden, incinmeye neden olan olayı tüm açıklığıyla düşünmesi ve hatırlaması istenir.

E – Empathize (Empati):

İnciten kişinin bakış açısını anlamaya çalışmak.

A – Altruism (Özgecilik / Bağışlayıcı Niyet):

Birey, özgecil bir şekilde affetyeme karar verir. Bu adım, geçmişte kendisinin de affedilmeye ihtiyaç duymuş olabileceğini hatırlayarak empati ve alçakgönüllülükle desteklenir.

C – Commitment (Bağlılık / Söz Verme):

Birey affettiğini yazılı ya da sözlü olarak ifade eder. Bu bir terapi günlüğü, konuşma ya da yazı olabilir. Affetme kararı sembolik ya da açık şekilde dile getirilerek taahhüt altına alınır.

H – Holding On (Sürdürme / Hatırlama):

Bireyin kırıldığını unutmaması ancak yeni olumsuz duygular doğduğunda affetme niyetini hatırlamasıdır. Bu, affetmeyi kalıcı hale getirme sürecidir.

Empatinin modelin merkezi bileşeni olduğuna dikkat çeken Worthington (1998), bu unsur olmadan gerçek bir affetmenin mümkün olmadığını vurgulamıştır. Ayrıca, affetmenin gerçekleşmesi için kişinin affettiğini açıkça ifade etmesi gerektiğini savunmuştur (106). Bu modelin etkili olabilmesi için bireyin hem geçmiş duygularını anlaması hem de geleceğe yönelik daha olumlu duygusal anlamlandırmalar yapması gereklidir.

c) Kişilerarası Affetme Süreci

Worthington (2005), affetmenin yalnızca içsel bir süreç olmadığını; aynı zamanda kişiler arası dinamiklerle şekillenen bir yapı olduğunu vurgular. Kişilerarası affetme süreci, özellikle zarar veren kişiyle iletişimin sürdüğü ya da affetmenin üçüncü bir kişinin desteği ile sağlandığı durumlarda gelişmektedir. Affetme süreci, zarar veren kişi ile üçüncü kişinin eşliğinde sağlanır. Bu da zararı veren kişi ve mağdur arasında bir hesaplaşma ya da yüzleşmenin yaşanmasına fırsat vererek duygusal boşalım ve ilişki dinamiklerinde bir tür yeniden yapılandırma gerçekleşmesini sağlar (104).

2.3.3. Hargrave Affetme Modeli

Hargrave (1994), aile içerisindeki affetmeyi ele alan bir model ortaya koymuştur. Modelde odak, aile içinde yaşanan ihlaller karşısında güveni yeniden inşa etmek amacıyla ilişkisel affetme sürecidir. Hargrave'nin modeli iki temel kavram etrafında şekillenmektedir: Bunlar: "Aklama" (exoneration) ve "Affetme" (forgiveness)'dir (110,111).

Aklama, affetme sürecinin ön koşulu olarak değerlendirilmekte ve incinen kişinin, zarar verici davranışa dair içgörü ve anlayış geliştirmesiyle başlar. Bu süreçte zarar gören aile bireyi, suçlu kişinin davranışlarının arka planında yer alan koşulları, niyetleri, psikolojik sınırlarını ve gelişimsel zorluklarını kavramaya çalışır. Hargrave'ye göre bu içgörü, aile içinde yaşanan acıların ve ilişkisel kırılmaların somutlaştırılmasıyla mümkündür. İçgörü kazanan birey, artık yaşadığı duygusal acıyı farklı bir bakış açısıyla değerlendirmeye başlar ve bu durum yaşanan olumsuz deneyimin etkisini hafifletir. Buradaki anlayış, zarar veren bireyin sorumluluklarını ortadan kaldırmaz; ancak zarar veren kişinin de hatalar yapabileceğini kabul edebilme

becerisini geliştirir. Bu evre, zarar gören bireyin suçluluk, utanç ve öfke gibi yoğun duygularla başa çıkmasında da iyileştirici bir rol oynar. Anlayışın gelişmesiyle birlikte, hem bireyin içsel yükü hafifler hem de ilişkisel güvenin yeniden inşası için bir zemin oluşur (110,111).

Aklamanın ardından başlayan affetme evresi, zarar veren kişinin sorumluluğunu kabul etmesi, pişmanlık göstermesi ve ilişkisel onarım için telafi fırsatı sunmasıyla gerçekleşir. Bu süreçte affetme, sadece içsel bir niyet değil; aynı zamanda açık ve ilişki kurucu bir davranış biçimi olarak ortaya çıkar. Böylece, affetme, aile bağlarının yeniden yapılandırılması ve duygusal yakınlığın yeniden tesis edilmesini amaçlar. Taraflar arasında açık iletişim kurulması, karşılıklı anlayışın derinleşmesi ve yeni bir güven ilişkisi kurulması bu evrede öne çıkan unsurlardır. Bu sayede geçmişte oluşan hasarın telafisi ve geleceğe dair daha sağlıklı bağların kurulması mümkün hale gelir (110,111).

Hargrave, bu süreci bir yolculuğa benzeterek her bireyin bu iki evre arasında gidip geldiğini, yani affetmenin lineer değil, döngüsel bir yapı gösterdiğini ifade eder. Bu nedenle, affetme süreci yalnızca bir sonuca ulaşma çabası değil; aynı zamanda bireyin ve ilişkinin dönüşümünü sağlayan bir içsel gelişim sürecidir (110,111).

2.3.4. Smedes Affetme Modeli

Lewis B. Smedes (1996), affetme sürecini yalnızca bir eylem ya da duygusal tepki değil, bireyin içsel dönüşümünü ifade eden, zamanla gelişen bir "yolculuk" metaforu olarak kavramsallaştırmıştır. Bu süreci, dört istasyonlu bir tren yolculuğu ile açıklar (112). Her "istasyon", affetmenin farklı psikolojik, duygusal ve ilişkisel katmanlarını simgeler;

a) Birinci istasyon; uzaklaşma, affetme sürecinin ilk durağı, bireyin bir başkası tarafından incitildiği, ihanet edildiği veya zarar gördüğü andır. Bu evrede zarar gören birey, suçluya duyduğu güveni kaybeder ve ilişkisel kopuş başlar. Bu dönemde öne çıkan duygular arasında öfke, hayal kırıklığı, kırgınlık, inkâr ve travmatik geri çekilme bulnur ve birey, suçluyla iletişimi keserek duygusal izolasyona girer.
b) İkinci istasyon; affetme: bireyin suçluyu cezalandırma hakkından bilinçli olarak vazgeçtiği aşamadır. Kişi artık olayın tekrar tekrar zihninde

canlandırılmasından yorulmuş, duygusal yükten kurtulma isteğiyle yeni bir tutum benimsemeye başlamıştır. Bu aşamada:

- Affetme, geçmişi silmek değil, intikam isteğini askıya almak olarak tanımlanır (96).
- Birey, zarar verene duyduğu öfkeyi dönüştürerek onu daha insani bir bakış açısıyla değerlendirir.
- Empati, affetme sürecini destekleyen temel mekanizmadır (108).

Bu noktada, affetme süreci "duygusal bağışlama"'dan ziyade ahlaki ve bilişsel bir tercih olarak öne çıkar.

c) Üçüncü istasyon uzlaşma; affetme gerçekleştikten sonra, birey artık suçluya karşı daha nötr veya olumlu bir duygu geliştirmiştir. Bu duygusal yumuşama, iletişimin yeniden kurulmasını ve ilişkisel bağın onarılmasını mümkün kılar. Bu istasyonun temel özelliği, affetmenin artık sadece içsel bir deneyim olmaktan çıkarak karşılıklı etkileşime dönüşmesidir. Ancak Smedes açıkça belirtir: *"Her uzlaşma bir affetme gerektirir, ama her affetme bir uzlaşmayla sonuçlanmak zorunda değildir."*

d) Dördüncü istasyon ise ümit; affetmenin birey üzerindeki uzun vadeli etkisinin somutlaştığı evredir. Affeden kişi artık geçmişin zincirlerinden kurtulmuş, duygusal yükleri azaltmış ve geleceğe dair yeni anlamlar geliştirmeye başlamıştır. Bu süreç:

- Geçmişin acısına değil, geleceğin olasılıklarına odaklanmayı içerir.
- Ümit, yalnızca affetmenin sonucu değil, aynı zamanda affetmeye yönelten içsel motivasyondur. Smedes'e göre affetme bireyi geçmişe bağlayan zincirlerden kurtarırken, umut bu özgürlüğün kalıcı hale gelmesini sağlayan duygusal yakıttır (112).

2.4. Affetmenin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

Affetmenin ruh sağlığı üzerindeki etkileri, son yıllarda psikoloji ve psikiyatri alanlarında giderek artan bir ilgiyle incelenen bir konu haline gelmiştir. Affetme, yalnızca bireyin ilişkilerinde barışı sağlamakla kalmaz, aynı zamanda iç huzurunu, duygusal iyiliğini ve ruh sağlığını olumlu yönde etkileyen güçlü bir özgürleşme sürecidir. Literatürde hem başkalarını hem de kendini affetmenin; anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), suçluluk, öfke ve utanç gibi

olumsuz duygularla ilişkili ruhsal sorunları hafiflettiği; umut, benlik saygısı, psikolojik iyi oluş, yaşam doyumu ve kişilerarası ilişkilerdeki uyumu artırdığı tutarlı biçimde rapor edilmiştir (113-116).

Affetme, bireyin yaşadığı duygusal yüklerden kurtulmasına olanak tanıyan, iyileştirici bir süreçtir. Özellikle öfke, kin, intikam arzusu, suçluluk ve utanç gibi yoğun duyguların kronikleşmesi, depresif belirtileri ve kaygı düzeylerini artırabilmektedir (96). Affetme bu olumsuz duyguları çözümleyerek bireyin psikolojik dengesini yeniden kurmasına yardımcı olur.

Kendini affetme, bireyin geçmişte yaptığı hata, ihmal ya da başarısızlıklarla ilgili yaşadığı pişmanlık, suçluluk ve utanç duygularıyla yüzleşmesini ve bu duygularla baş ederek içsel barışa ulaşmasını ve bu hataları büyüme fırsatı olarak görmesini sağlayan çok katmanlı bir ruhsal süreçtir. Özellikle son 20 yılda, kendini affetmenin ruhsal iyi oluşla olan ilişkisi, klinik ve gelişimsel psikiyatri literatüründe giderek artan bir şekilde araştırılmıştır (50,98,99). Bulgular, kendini affetme eğiliminin yalnızca ruh sağlığını koruyucu değil, aynı zamanda iyileştirici bir işlev gördüğünü göstermektedir (115,116). Vatansever'in (2016) araştırmasında, alkol bağımlısı bireylerin kendini affetme düzeylerinin düşük, suçluluk ve utanç düzeylerinin ise yüksek olduğu ortaya konmuştur (117). Bu durum, affetmenin bağımlılık davranışlarında da iyileştirici bir işlevi olabileceğini göstermektedir. Romero ve arkadaşlarının (2006) meme kanseri tanısı almış kadınlar üzerine yaptığı çalışmasında, kendini affetme eğilimi ile algılanan yaşam kalitesi arasında anlamlı bir pozitif ilişki saptanmıştır (118). Bu bulgu yeni kanser tanısı almış ve tedavi süreci devam eden bireylerde de, affetmenin iyileşmeyi ve umut hissini destekleyici bir rol üstlenebileceğini göstermektedir. Benzer şekilde, Thompson ve arkadaşları (2005), üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdikleri araştırmada, kendini affetmenin yaşam doyumunu artırdığını bulmuşlardır. Bu çalışmada, uzun dönem kendini affetme, bireyin geçmişte yaptığı hatalardan dolayı kendine karşı daha az yargılayıcı ve daha şefkatli bir tutum geliştirmesiyle ilişkilendirilmiştir (104). Bu yaklaşım, öz-kabul ve benlik saygısının artmasına, dolayısıyla yaşam doyumunun yükselmesine katkı sağladığını göstermektedir. Fisher ve Exline (2006) tarafından kullanılan çok boyutlu bir iyi oluş indeksi (özsaygı, yaşam doyumu, duygusal istikrar gibi pozitif; depresyon, anksiyete, öfke gibi negatif değişkenlerle oluşturulmuş) üzerinden yapılan analizde,

kendini affetmenin bu pozitif iyi oluş göstergeleriyle olumlu yönde, olumsuz göstergelerle ise negatif yönde ilişkili olduğu ortaya konmuştur (119).

Başkalarını affetmek, ilişkilerde çatışmayı çözmekten çok daha öte bir etkide bulunur. Krause ve Ellison (2003), yaşlı bireylerde başkalarını affetmenin yaşam doyumunu artırdığını, aynı zamanda ölüm kaygısını ve depresif duyguları azalttığını belirlemiştir. Bu bağlamda affetme, özellikle yaşamın ileri dönemlerinde bireysel huzurun korunmasında kritik bir rol oynamaktadır (95).

Witvliet ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada, kendini ve başkalarını affetmeyen bireylerin anksiyete, depresyon ve TSSB düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (120). Benzer şekilde Freedman ve Enright (1996), çocuklukta cinsel istismar yaşamış bireylerde affetmenin ruhsal iyileşmeyi hızlandırdığını ifade etmişlerdir (121). Bu bulgular, affetmenin özellikle travmatik deneyimlerden sonra psikolojik iyileşme sürecinde etkili olduğunu göstermektedir.

Ruhsal sağlığın yanı sıra affetmenin fiziksel sağlık üzerindeki etkileri de yadsınamaz. Worthington ve arkadaşlarının (2004) bulgularına göre, affedememek kronik stres düzeylerini artırarak hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık riskini yükseltebilirken, affedici bireylerin daha sağlıklı yaşam tarzlarına sahip oldukları görülmüştür. Bu kişilerde anksiyete ve depresyon düzeyleri daha düşüktür ve alkol-sigara gibi bağımlılık yapıcı maddelere yönelme ihtimali daha azdır (122). Krause ve Ellison (2003), sadece insanları affetmenin değil, aynı zamanda Tanrı'nın affına sığınmanın da ruhsal anlamda rahatlatıcı bir işlev gördüğünü, bu durumun depresif duyguların azalması ve yaşam memnuniyetinin artmasıyla sonuçlandığını belirtmiştir (95). Bu bulgu, affetmenin sadece metafizik düzlemde de anlam taşıdığını göstermektedir (95).

Tae ve Youn (2006) tarafından yürütülen bir çalışmada, affetmenin yalnızca bireyin iç dünyasında bir rahatlama sağlamadığı, aynı zamanda kişilerarası becerilerini de geliştirdiği ortaya konmuştur. Affeden bireylerin sosyal ilişkilerde daha anlayışlı ve uyumlu oldukları, bu durumun da sosyal destek sistemlerinin güçlenmesini sağladığı belirtilmiştir (123). Benzer şekilde kendini affedebilen bireylerin, kişilerarası ilişkilerde daha olumlu etkileşimler kurdukları ve empatik becerilerinin daha gelişmiş olduğu bildirilmiştir (124). Bu bireylerde, sorumluluk alma (125), uyumluluk (126), arkadaş canlılığı ve atılganlık (127) gibi sosyal işlevselliği artıran kişilik özelliklerinin

daha baskın olduğu görülmektedir. Bu durum, kendini affetmenin sadece bireyin içsel dünyasına değil, sosyal çevresiyle kurduğu bağlara da olumlu katkılar sunduğunu göstermektedir.

Kendini affetme eğiliminin, stresli yaşam olaylarına verilen duygusal tepkilerle nasıl şekillendiği üzerine yapılan araştırmalar, bu sürecin bağlamsal değişkenlerden etkilendiğini göstermektedir. Jacinto'nun (2010) çalışmasında, yakınlarını kaybetmiş bakıcıların, duygusal destek arama, kabul ve yeniden çerçeveleme gibi uyumlu başa çıkma stratejilerini kullanmaları durumunda, bakım süreciyle ilgili pişmanlıklarını affetme olasılıklarının arttığı belirtilmiştir (128).

Çalışmalar göstermektedir ki, affetme sadece bir "karar" değil, duygusal işleme ve yeniden değerlendirme süreciyle iç içe geçen bir yapıdır. Affetmek, bireyin geçmişe takılıp kalmasını önleyerek "şimdi"de yaşamasını kolaylaştırır ve olumlu duyguları deneyimlemesine katkıda bulunur. Bu yönüyle affetme, sadece bireysel terapi süreçlerinde değil, toplumsal barış süreçlerinde de merkezî bir kavram olarak değerlendirilmelidir (113-128).

Affetme, bireyin hem kendine hem de başkalarına yönelik olumsuz duygularını dönüştürmesine olanak tanıyan bir başa çıkma süreci olarak tanımlanır. Bu bağlamda duygu odaklı bir başa çıkma stratejisi olarak kanserden sağ kalan bireyin yaşam doyumunu, psikolojik iyi oluşunu ve fiziksel sağlığını artırdığını belirtmiştir (122). Yapılan çalışmalarda affetme eğilimi yüksek olan kanserli bireylerin, düşük seviyede depresyon, anksiyete, öfke ve suçluluk yaşadıkları; buna karşılık benlik saygısı, umut ve yaşam kalitesinin yüksek olduğu belirlenmiştir (116-124). Özellikle kendini affetme süreci, kanserden sağ kalan bireylerin hastalıkla birlikte sonraki süreçteki deneyimini kişisel başarısızlık veya ceza gibi algılamasını engelleyerek, nüks korkusunun patolojik düzeyde gelişmesinin önüne geçebilmektedir (119). Bu durum affetmenin, travmatik deneyimin anlamlandırılması ve bireysel gelişimle entegrasyonu açısından psikolojik bir "dönüşüm aracı" olduğu ileri sürülmektedir (118-120). Bununla birlikte affetme temelli psikososyal müdahalelerin, sağ kalan bireylerde nüks korkusunu azaltmakta ve psikiyatrik semptomları hafifletmekte etkili olduğu da deneysel çalışmalarla desteklenmiştir (113, 114) . Örneğin, Tae ve Youn (2006) tarafından uterus ve meme kanseri tanılı kadınlara uygulanan "Affetme Hemşireliği Müdahale Programı", katılımcıların umut düzeyini ve yaşam doyumunu

artırırken, kaygı ve umutsuzluk düzeylerini azaltmıştır (54). Benzer şekilde, affetme grup terapisinin, anksiyete ve depresyon belirtilerinde etkisini anlamlı düşüş sağladığını ve psikolojik iyi oluşu artırdığını belirtmiştir (129). Affetmenin bireyin geçmişiyle yüzleşmesine, pişmanlık ve öfke gibi olumsuz duygularını olumlu duygulara dönüştürmesini sağlaması, onu yalnızca bireysel bir içgörü süreci olmaktan çıkararak, nüks korkusunu düzenleyici bir unsur haline getirmektedir. Bu bağlamda affetme, yalnızca bireyin duygusal yükünü hafifletmekle kalmaz; aynı zamanda bedensel semptomlara eşlik eden psikiyatrik bozuklukların (örneğin somatik yakınmalar, travma sonrası stres, uykusuzluk) önlenmesine de katkıda bulunabilir (130-131). Sonuç olarak, affetme; kanserden sağ kalan bireylerin nüks korkusunu yönetme ve psikiyatrik belirtilerle baş etme süreçlerinde dönüştürücü bir rol üstlenmektedir. Bu doğrultuda yapılandırılacak affetme temelli grup terapileri, psikoeğitim programları ve hemşirelik müdahaleleri, uzun dönemli psikolojik iyilik hali ve yaşam kalitesi açısından güçlü bir koruyucu faktör olarak değerlendirilebilir.

2.5. Psikiyatrik Belirtiler

Kanser tedavi sürecinden geçen bireyler, hem fiziksel hem de psikolojik olarak önemli değişimlerle karşı karşıya kalabilmektedir. Bu süreçte, beden imajında kalıcı ya da geçici bazı olumsuzluklar ortaya çıkabilmektedir. Özellikle kemoterapiye bağlı saç dökülmesi (alopesi), cerrahi müdahaleler sonrasında oluşan yara izleri, organ kayıpları ya da stoma açılması gibi değişiklikler, kişinin bedensel bütünlüğü algılamasını derinden etkileyebilmektedir. Bu tür değişimlerin bireylerin benlik saygısında azalma, yeterlilik duygusunda sarsılma ve utanç duygusunda artışa neden olabileceği bildirilmiştir. Aynı zamanda bu durum, sosyal rollerin yerine getirilmesinde zorlanmaya yol açarak bireyin kendini toplumsal yaşamdan geri çekmesine neden olabilmektedir (132-134).

Kanser teşhis ve tedavisine bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel değişimlerin, bireyin ruh sağlığı üzerinde ciddi etkileri olduğu görülmektedir. Bu etkiler arasında anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres belirtileri sıklıkla rapor edilmiştir. Özellikle hastalığın tekrarlama riski, tedavi sonrası dönemde bireylerin zihinsel yükünü artırmakta; hastalar nüks olasılığı, belirtilerin nasıl anlaşılması gerektiği ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının nasıl sürdürülmesi gerektiği gibi konularda bilgi arayışı içine girmektedir (134-142).

Literatürde yer alan bazı çalışmalarda, kanser tedavisi öncesinde ruhsal zorluklar yaşayan bireylerin, tedavi sonrasında bu sıkıntılarının daha da derinleştiği belirtilmiştir. Anksiyete, depresyon ve somatizasyon gibi öncül belirtiler, tedavi sürecinde ve sonrasında bireylerin psikiyatrik risk düzeyini artırabilmektedir. Bununla birlikte, yorgunluk, uyku bozuklukları, bilişsel işlevlerde gerileme ve cinsel işlev bozuklukları gibi fiziksel sorunların da sağ kalan bireylerin işlevselliklerini olumsuz yönde etkilediği gözlemlenmiştir (59,65,145).

Kanserden sağ kalan bireylerin tedavi sonrası dönemde de yüksek oranda psikiyatrik belirtiler yaşadığı ve özellikle bu belirtilerin çoğunlukla görünmez olmakla birlikte, yaşam kalitesini belirgin şekilde düşürürerek ve bireyin yaşamı yeniden anlamlandırmasını zorlaştığı görülmektedir (59,65). Kanserden sağ kalan bireylerde en yaygın görülen psikiyatrik belirtiler depresyon ve anksiyetedir. Mitchell et al. (2011) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında sağ kalan bireylerde majör depresyon prevalansının %12–15; anksiyete bozukluklarının ise %10–30 arasında değiştiğini ortaya koymuştur (146). Özellikle genç yaşta kanser geçirmiş bireyler, ileri yaş gruplarına göre daha yüksek depresyon ve kaygı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (147). Sonuçlar göstermektedir ki kanserden sağ kalan bireylerin deneyimledikleri depresif semptomlar yalnızca yaşam doyumunu azaltmakla kalmayıp nüks algısını da derinleştirmektedir (59,65,146,147). Tanı ve tedavi sürecinde bireylerin deneyimlerini travmatik deneyim olarak algılamalarıyla kanserden sağ kalım sürecinde de ilişkili olarak travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini yaşadıkları görülmektedir. Smith et al. (2011), sağ kalan bireylerde travma sonrası stres bozukluğu prevalansının %7–13 aralığında olduğunu, bazı alt gruplarda (örn. hematolojik kanserler) ise bu oranın %20'yi aştığını bildirmiştir (148). Travma sonrası stres bozukluğu, gece kâbusları, kaçınma davranışları ve tedavi yerleriyle ilgili flashbaclerle kendini gösterebilmekte; bu belirtilerle birlikte de bireylerin nüks korkusu düzeylerinin artmasını tetiklemekte ve gündelik işlevselliğini uzun yıllar boyunca etkileyebilmektedir (149,150). Kanserden sağ kalan bireylerin deneyimledikleri psikiyatrik belirtiler arasında sıklıkla, kanserle ilişkili yorgunluk, uyku bozuklukları ve bilişsel işlevlerdeki zayıflamadır. Bower et al. (2014), sağ kalan bireylerin yaklaşık üçte birinin klinik düzeyde yorgunluk yaşadığını ve bu yorgunluğun çoğu zaman depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğunu ortaya

koymuştur (151). Ayrıca, sağ kalanlarda "chemo brain" olarak da bilinen bilişsel işlev bozuklukları (dikkat, hafıza, yürütücü işlevler) sıklıkla bildirilmiştir (152). Kanser nüks korkusu, sağ kalan bireylerde psikiyatrik belirtileri tetikleyen en önemli etkenlerden biridir. Simard et al. (2013) tarafından yapılan sistematik derlemede, sağ kalanların %50'sinden fazlasının klinik düzeyde nüks korkusu yaşadığı; bu durumun anksiyete, uykusuzluk, takıntılı düşünceler ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (57). Özellikle metastatik veya ileri evre tanı almış bireylerde bu korku kronikleşerek travma benzeri bir semptom yapısı sergileyebilmektedir. Meme kanserinden sağ kalan bireylerde beden algısındaki değişime yönelik deneyimledikleri kaygıları nedeniyle daha yüksek anksiyete ve depresyon bildirilmektedir (153). Tüm bu çalışmalar kanserden sağ kalan bireylerin deneyimledikleri psikiyatrik belirtilerin yoğunluğunun; yaş, cinsiyet, sosyal destek düzeyi, tanı tipi ve tedavi sonrası geçen süre gibi değişkenlerden etkilendiğini ve fiziksel iyileşmenin ötesinde ruhsal yeniden yapılanma süreçlerinin karmaşıklığını göstermektedir (146-153).Bu nedenle, psikiyatrik belirtilerin etkin biçimde taranması, erken dönemde müdahalelerin uygulanması ve sağlık profesyonellerinin bu konuda bilinçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Psikiyatrik belirtilerin yönetimini arttırmak için psikoeğitim programları, duygusal farkındalık çalışmaları ve hedefe yönelik psikolojik destek uygulamaları önemlidir. Artan sağ kalım oranlarına paralel olarak, bu bireylerin yaşam kalitesinin sürdürülebilir kılınması ve yaşamı yeniden anlamlandırmalarının sağlanması için psikiyatrik belirtilere yönelik bütüncül müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır.

2.6.Kanser Nüks Korkusu

Kanserden sağ kalan bireylerde kanserin tekrarlama veya ilerleme olasılığına dair duyulan endişe, yani kanser nüks korkusu (KNK), psikiyatride yaygın olarak gözlenen fakat çoğunlukla yeterince tanımlanamayan çok boyutlu bir fenomendir. Bu durum; bireyin düşüncelerini, duygularını, davranışlarını ve bedensel farkındalığını etkileyen karmaşık bir deneyim olarak tanımlanır (154,155). KNK, sadece fiziksel hastalıkla ilgili değil, aynı zamanda bireyin yaşamdan anlam bulma, gelecek planlaması ve psikolojik uyum süreçleriyle de doğrudan ilişkilidir.

KNK'nın doğasını, nedenlerini ve sürdürücü mekanizmalarını anlamak için literatürde çeşitli teorik modeller geliştirilmiştir. KNK'yı açılayan üç temel model:

"*Değiş-Tokuş Hipotez"i, "Hastalığın Öz-Düzenlemesi (sağduyu) Modeli", ve "Öz Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli*" bulunmaktadır.

a) Değiş-Tokuş Hipotezi

Fallowfield, Baum ve Maguire (1986) tarafından geliştirilen ve Lasry ve Margolese (1992) tarafından desteklenen *değiş-tokuş hipotezi*, kanser tedavisinin radikalleşmesinin (örneğin total mastektomi gibi) bireydeki belirsizliği azaltacağını ve bu durumun KNK düzeyini düşüreceğini öne sürmektedir (156,157). Teorik olarak, daha invazif cerrahilerin, hastalığın tamamen ortadan kalktığına dair güçlü bir algı yaratarak, bireyin zihinsel yükünü azaltacağı düşünülmüştür. Ancak ampirik çalışmalar bu varsayımı desteklememektedir. Meme kanseri hastalarıyla yürütülen çeşitli çalışmalarda, mastektomi uygulanan bireylerin KNK düzeylerinin meme koruyucu cerrahi geçiren bireylere kıyasla daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (158). Bu çelişkili bulguların, çalışmaların sınırlı metodolojik çeşitliliği, tek merkezli örneklem yapısı ve cerrahi müdahale sürecindeki farklı bilgilendirme yöntemlerinden kaynaklanabileceği öne sürülmektedir (159).

b) Hastalığın Öz-Düzenlemesi (Sağduyu) Modeli

Leventhal ve arkadaşlarının (1992) geliştirdiği *öz-düzenleme modeli* ya da *sağduyu modeli*, bireylerin herhangi bir sağlık tehdidiyle karşılaştıklarında zihinsel temsiller aracılığıyla bu tehdide yanıt verdiğini öne sürer. Bu modelde sağlık tehditlerine verilen bilişsel (örneğin hastalığın nedeni, süresi, kontrol edilebilirliği) ve emosyonel (örneğin korku, öfke, üzüntü) yanıtların, paralel süreçler olarak aktive olduğu savunulmaktadır (160).

Lee-Jones ve arkadaşları (1997), bu kuramsal temelden yola çıkarak KNK'ya özgü bilişsel davranışçı bir model geliştirmiştir (161). Bu modele göre, kişinin geçmişte yaşadığı kanser deneyimi, hastalığın vücuttan tamamen temizlendiğine dair inanç düzeyi ve hastalığın kontrol edilebilirliğine dair algı, nüks korkusunun temelini oluşturmaktadır. Bu bilişsel unsurlara eşlik eden duygular ise kansere dair endişe, kaygı ve tedaviye yönelik pişmanlık gibi duygusal tepkilerdir.

Araştırmalar, hastalığı kontrol edilemez ve uzun sürecek bir tehdit olarak algılayan bireylerde KNK düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve bu bireylerin güvence arama davranışlarına (örneğin sürekli vücut taramaları) daha sık

başvurduğunu göstermektedir (161,163). Bu da modelin, KNK'nın hem bilişsel hem de davranışsal yönlerini anlamada işlevsel bir çerçeve sunduğunu göstermektedir.

c) Öz Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli (S-REF)

Öz Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli (Self-Regulatory Executive Functions Model-S-REF), Wells ve Matthews (1996) tarafından duygusal bozuklukların sürdürülme mekanizmalarını açıklamak amacıyla geliştirilmiştir (164). Model, KNK gibi ısrarlı kaygı durumlarının, *bilişsel dikkat sendromu (BDS)* adı verilen bilişsel-emosyonel bir sürecin sonucu olduğunu ileri sürer. Bu sendrom, kişinin kendine odaklı dikkatini, ruminasyonunu, tehdit bilgisine dikkat yanlılığını ve kaçınma, bastırma gibi disfonksiyonel başa çıkma davranışlarını içerir.

S-REF modeline göre KNK, yalnızca "kanser tekrar eder mi?" sorusuna verilen yanıtlarla değil, aynı zamanda bu düşünceler üzerine yapılan düşünme biçimiyle ilişkilidir. Örneğin, "Eğer endişelenirsem hazırlıklı olurum" gibi olumlu üst-bilişler, endişeyi sürdürürken; "Endişemi kontrol edemiyorum" gibi olumsuz üst-bilişler ise kaygının şiddetini artırabilir (165).

Bu model, KNK'nın anlamsal içeriğinden *"yeterince dikkatli olmazsam tekrar hasta olabilirim"* çok, bu içeriğin nasıl işlendiğine ve sürdürüldüğüne odaklanır. Dolayısıyla, klasik bilişsel davranışçı modellerin aksine, bilişsel süreçleri düzenlemeye yönelik müdahaleler (örneğin meta-bilişsel terapi) bu çerçevede daha etkili kabul edilmektedir.

Güncel araştırmalar, KNK'nin yalnızca geçici bir stres yanıtı olmadığını, zamanla kronikleşme eğiliminde olduğunu ve bireylerin ruhsal iyilik hali üzerinde kalıcı bir baskı yarattığını göstermektedir (159,166). Nüks korkusu yaşayan bireylerde; yaygın anksiyete bozuklukları, depresif belirtiler, sosyal geri çekilme ve günlük işlevsellikte azalma gibi sonuçlar daha sık görülmektedir (167,168). Bu sonuçlar, yalnızca bireyin ruhsal iyilik halini düşürmekle kalmaz, aynı zamanda sağlık sistemine olan başvuruları da önemli ölçüde artırır.

Hollanda'da kolorektal kanserden sağ kalan bireyler arasında yapılan bir araştırmada, bireylerin %38'inin yüksek düzeyde KNK yaşadığı ve bu durumun travma sonrası stres tepkileriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (169). Meme kanseri özelinde yapılan benzer bir çalışmada ise sağ kalanların %54'ü KNK yaşadığını belirtirken, %45'i bu süreçte profesyonel sağlık desteğine ihtiyaç duyduğunu ifade

etmiştir (58). Bu oranlar, kanserin fiziksel etkilerinin sona ermesinden sonra bile ruhsal etkilerinin devam ettiğini ortaya koymaktadır.

KNK'nin şiddeti bireyler arasında farklılık gösterir ve bu şiddet "normal" ile "klinik" düzey arasında bir spektrumda yer alır. Ancak literatürde, KNK'yi klinik olarak tanımlayacak kesin ölçütlere dair bir fikir birliği bulunmamaktadır (68,170). Buna rağmen, bedensel semptomlara karşı aşırı duyarlılık, ısrarlı endişeler, yoğun zihinsel meşguliyet ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulma gibi göstergeler, klinik düzeyde KNK'nin ayırt edici özellikleri olarak kabul edilmektedir (171).

2020 yılında yapılan güncel kavramsal çerçevede, KNK dört temel boyutta ele alınmıştır (68,170,171): sürekli zihinsel meşguliyet, yüksek düzeyde endişe, ısrarcılık, bedensel duyumlara karşı aşırı uyanıklık. Bu çok boyutlu yapı, KNK'yi sadece bir korku olarak değil; aynı zamanda davranışsal ve bilişsel düzeyde süreklilik gösteren işlevsel bir bozulma olarak tanımlar.

KNK'nin ortaya çıkışında ve şiddetinde çeşitli tetikleyici unsurlar rol oynar. Bunlar arasında en yaygın olanlar şunlardır:

- Yaklaşan kontrol randevuları
- Kanserle ilgili medikal içeriklere maruziyet
- Diğer hastaların tanı ve tedavi süreçlerine şahit olma
- Fiziksel olarak kendini kötü hissetme

Özellikle teşhis sonrası tarama süreçleri, evreleme prosedürleri, tedavi yıl dönümleri ve başkalarının kanser öykülerine maruziyet, bireylerde "yeniden başlama" hissini tetikleyerek KNK'yi derinleştirebildiğini göstermektedir (169,170-173).

Son yıllarda yapılan sistematik bir derleme ve meta-analizde 13 ülkeden 9.311 bireyin verileri analiz edilmiştir. Bulgulara göre, hem sağ kalanların hem de aktif hastalık sürecindeki bireylerin %59'u orta düzeyde KNK, %19'u ise daha şiddetli KNK yaşamaktadır. Bu oranlar, KNK'nin uluslararası düzeyde yaygın ve önemli bir psikososyal sorun olduğunu açıkça ortaya koymaktadır (171).

KNK düzeyi yüksek olan bireylerde sağlık hizmetlerine başvuru oranlarının arttığı, gereksiz tarama taleplerinin yükseldiği ve özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin aşırı kullanıldığı tespit edilmiştir (167,168). Bu nedenle, KNK'nin etkin biçimde taranması, erken dönemde psikiyatrik müdahalelerin uygulanması ve sağlık profesyonellerinin bu konuda bilinçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Kanser

nüks korkusu, sadece bir anksiyete belirtisi değil, aynı zamanda bireyin tüm yaşam sistemini etkileyen çok boyutlu ve uzun vadeli bir psikososyal sorundur. KNK'nin etkilerini azaltmak için psikoeğitim programları, duygusal farkındalık çalışmaları ve hedefe yönelik psikolojik destek uygulamaları önemlidir. Artan sağ kalım oranlarına paralel olarak, bu bireylerin yaşam kalitesinin sürdürülebilir kılınması için KNK'ye yönelik bütüncül müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır.

2.7. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Kanser, günümüzde yalnızca biyolojik bir hastalık değil; bireyin tüm yaşam alanlarını etkileyen, uzun süreli ve çok katmanlı bir deneyim halini almıştır. Bu kapsamda yalnızca fiziksel değil, psikolojik, sosyal ve spiritüel boyutlarda da destek ihtiyacı doğmaktadır. Bu durum, bütüncül (holistik) bakım anlayışının onkoloji alanında giderek daha belirleyici olmasını sağlamaktadır. Bütüncül yaklaşım, bireyin yalnızca hastalık belirtilerine değil; tüm yaşam alanlarına ve bu alanlardaki işlevselliğine odaklanmaktadır (109,114,174).

Kanser yolculuğunun her evresinde artan ve değişkenlik gösteren ihtiyaçlar, psikososyal destek hizmetlerinin klasik medikal yaklaşımlara entegre edilmesini zorunlu kılmıştır. Bu noktada, psiko-onkolojik hizmetler, bireyin tedavi sürecindeki ruhsal yükünü ele alan, özellikle de psikiyatrik etkilerle baş etmeye odaklanan bir yaklaşım biçimi olarak önem kazanmıştır. Özellikle psikiyatrik ve psikolojik etkilerin değerlendirilmesi ve bu etkilerin uygun şekilde yönetimi için *Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi (KLP)* uygulamaları onkolojik bakımın ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. KLP hizmetlerinin etkili şekilde sunulmasında psikiyatri hemşirelerinin, özellikle KLP hemşirelerinin rolü oldukça kritiktir. Bu uzmanlık alanı, hem doğrudan klinik müdahaleleri hem de psikososyal destek, eğitim, süpervizyon ve araştırma gibi daha geniş görevleri kapsar. Psikiyatri hemşireliği, bireyin duygusal, bilişsel ve spiritüel yanıtlarını değerlendirip yönetmenin yanı sıra, ekip üyelerine eğitim vermek ve hasta yakınlarına destek sağlamak gibi çok yönlü bir sorumluluk taşır (174-187)

Uluslararası mesleki standartlara göre, KLP hemşiresi yalnızca bireyin ruhsal tepkilerini değerlendirmekle kalmaz; aynı zamanda bu tepkilerin aile, çevre ve sağlık hizmetleri sistemiyle olan ilişkisini de ele alır. Böylece bireyin hastalık deneyimi boyunca karşılaştığı krizleri yönetmede, uyum sürecini kolaylaştırmada ve ruh sağlığının sürdürülmesinde aktif rol oynar. Bununla birlikte, hemşirelik yönetmeliği

kapsamında psikiyatri hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları açıkça tanımlanmıştır. KLP hemşiresi, klinik süpervizyon, eğitim ve araştırma rollerini bir arada ve bütüncül bir şekilde yürütmektedir (178-193).

Onkoloji alanında, tedavi sonrasında da devam eden fiziksel ve ruhsal etkiler, psikososyal bakımın sürekliliğini gerektirmektedir. Ancak bu hizmetlerin organizasyonu ve entegrasyonunda yaşanan sorunlar, bireylerin bakım gereksinimlerinin tam anlamıyla karşılanmasını engellemektedir. Bu durum, hem bireylerin iyilik hali üzerinde olumsuz etkilere yol açmakta hem de sağlık hizmetlerinde kalite sorunlarını gündeme getirmektedir (194-198).

Bu bağlamda, kanıta dayalı uygulama ve araştırma, KLP hemşireliğinin en önemli işlevlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Psikososyal bakım uygulamalarının etkinliğinin sistematik biçimde değerlendirilmesi hem bireysel hem de örgütsel düzeyde bakım kalitesinin artırılmasını sağlar. KLP hemşiresi, elde edilen araştırma bulgularını hem klinik karar süreçlerine hem de sağlık profesyonellerinin eğitimiyle ilgili uygulamalara entegre edebilecek donanıma sahiptir (197-198).

Affetme; bireyin geçmişte yaşadığı olumsuz deneyimlere karşı geliştirdiği duygusal yükten arınmasını, özsaygısını yeniden inşa etmesini ve yaşamına anlam katmasını sağlayan bir psikolojik iyileşme sürecidir. Özellikle kanser sürecinde ihmal, yanlış anlama, suçluluk, öfke, pişmanlık ve kırgınlık gibi yoğun duyguların açığa çıkması, affetme ihtiyacını daha da görünür hale getirmektedir. Bu süreçte affetme, sadece diğer kişilere yönelik bir tutum değil; bireyin kendine karşı da geliştirdiği bir merhamet ve anlayış eylemi haline dönüşmektedir (114, 174-177).

Bu bağlamda, psikiyatri hemşireliği, bireyin bu duygusal yükleri tanıması, anlamlandırması ve dönüştürmesi için güvenli bir ortam sağlamada kritik rol oynar. KLP hemşireliğinin bireylerin affetme eğilimlerini destekleyen psikoeğitimler, danışmanlık görüşmeleri ve grup çalışmaları yoluyla hem ruhsal iyileşme sürecine katkı sağlar hem de affetmenin bir baş etme becerisi olarak içselleştirilmesini kolaylaştırır (178-185).

Kanser tedavisinden sonra hastalığın yeniden ortaya çıkabileceği düşüncesi, birçok sağ kalan bireyde süreğen bir kaygı unsuru olan Kanser Nüks Korkusu (KNK) ile sonuçlanmaktadır. KNK, sadece geleceğe dair kaygı üretmekle kalmaz, geçmişe yönelik suçluluk, tedavi kararlarından pişmanlık, yaşam tarzına yönelik özeleştiri gibi

duygularla birleştiğinde bireyin affetme kapasitesini de sınamaya başlar. Bu durum, ruhsal uyumu bozarak depresyon, anksiyete, uykusuzluk, sosyal geri çekilme gibi psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasına zemin hazırlar. KNK ile baş etmeye çalışan bireylerde affetme sürecinin desteklenmesi, hem bedensel belirtilere aşırı duyarlılığı azaltabilir hem de yeniden hastalanma korkusunun yoğunluğunu hafifletebilir (173,175,177).

KLP hemşiresi, affetme süreci profesyonelce yönetebilecek bilgi, beceri ve duyarlılığa sahip bir sağlık profesyoneli olarak, affetmenin desteklenmesinde merkezi bir rol üstlenmektedir.Kanserden sağ kalan bireylerin affetmeye dair farkındalıklarını artırmak, onları affetme sürecine teşvik etmek ve bu süreci yapılandırılmış psikoeğitimlerle desteklemek, hemşirelik bakımının bütüncül boyutunu derinleştirmekte ve kanserden sağ kalan bireylerin psikososyal uyumunu güçlendirmek konusunda önem arz etmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma affetme temelli grup psikoeğitiminin kanserden sağ kalan bireylerin kanser nüks korkusu, affetme ve psikiyatrik belirtilere etkisini incelemek amacıyla ön test–son test randomize kontrol gruplu deneysel desende gerçekleştirilmiştir (Tablo 3.1.). Araştırma sonuçlarının raporlanmasında The CONSORT-Statement 2025 kullanılmıştır (199). Araştırma protokolü 23.02.2025 tarihinde NCT06867640 numarası ile ClinicalTrials'a kaydedilmiştir.

Tablo 3. 1. Araştırma Modeli

Gruplar	Ön Test	Müdahale	Son Test	1 Aylık İzlem	3 Aylık İzlem
Müdahale Grubu	✓ Tanıtıcı Bilgi Formu Heartland Affetme Ölçeği ✓ Kanser Nüks Korkusu Envanteri ✓ Kısa Semptom Envanteri	Affetme Temelli Psikoeğitim Programı	✓ Heartland Affetme Ölçeği ✓ Kanser Nüks Korkusu Envanteri ✓ Kısa Semptom Envanteri	✓ Heartland Affetme Ölçeği ✓ Kanser Nüks Korkusu Envanteri ✓ Kısa Semptom Envanteri	✓ Heartland Affetme Ölçeği ✓ Kanser Nüks Korkusu Envanteri ✓ Kısa Semptom Envanteri
Kontrol Grubu	✓ Tanıtıcı Bilgi Formu Heartland Affetme Ölçeği ✓ Kanser Nüks Korkusu Envanteri ✓ Kısa Semptom Envanteri	Standart poliklinik takibi	✓ Heartland Affetme Ölçeği ✓ Kanser Nüks Korkusu Envanteri ✓ Kısa Semptom Envanteri	✓ Heartland Affetme Ölçeği ✓ Kanser Nüks Korkusu Envanteri ✓ Kısa Semptom Envanteri	✓ Heartland Affetme Ölçeği ✓ Kanser Nüks Korkusu Envanteri ✓ Kısa Semptom Envanteri

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

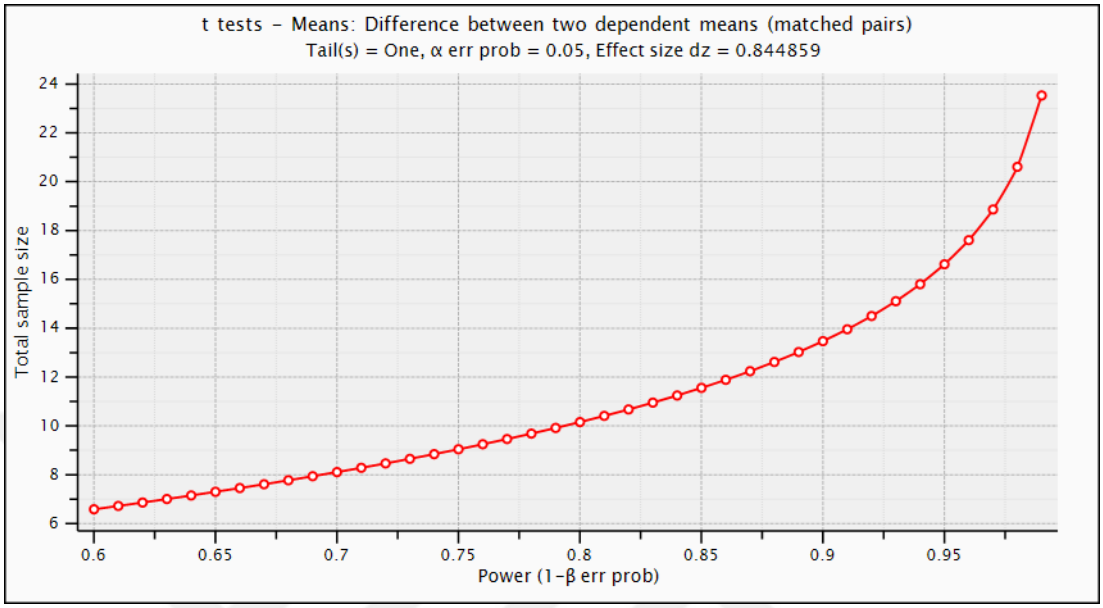
Bu araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde yapılmıştır. Tıbbi Onkoloji Polikliniği ayaktan kemoterapi ünitesi, kan alma ve muayene odalarından oluşmaktadır. Hemşireler poliklinik ve ayaktan kemoterapi ünitelerinde sağlık bakım hizmetlerini yürütmektedir.

Psikoeğitim oturumları ve ölçümler (Ön test, Son test ve 1. ay izlem, 3.ay izlem) polikinik alanının fiziksel olarak uygun olmaması nedeniyle, Tıbbi Onkoloji Kliniği'nin 7. katında yer alan B bloktaki eğitim salonunda gerçekleştirilmiştir. Bu salon, grup oturumlarının yürütülmesine elverişli sessiz ve dikkat dağıtıcı uyaranlardan uzak bir ortam sunmaktadır. Eğitim alanında; 20 adet ergonomik derslik sandalyesi, bir projeksiyon cihazı, dört adet büyük pencere ve bir beyaz tahta bulunmaktadır. Psikoeğitim oturumları sürecinde dairel bir oturma düzeni

oluşturulmuş ve salonun aydınlatma ve havalandırma koşullarının yeterli olması sağlanarak bireylerin kendilerini rahat ifade edebilecekleri güvenli fiziki koşullar oluşturulmuştur.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Eylül 2024-Şubat 2025 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde ayaktan izlenen son beş yıl içinde kanser teşhis konmuş, küratif amaçla tedavi edilmiş ve ana tedavilerini (cerrahi, radyoterapi, kemoterapi) tamamlamış olan bireyler oluşturmuştur (75-77). Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G*Power 3.1 programı kullanılmıştır (Şekil 1.). İlgili literatürde benzer bir araştırma olarak Harris ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan affetme değişimine ilişkin etki büyüklüğü (Effect Size) 0,0845 olarak hesaplanmıştır (200). Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0,845 etki büyüklüğünde gruplarda 24 kişi olmak üzere 48 kişiye ulaşılması hesaplanmıştır (df=23, t=1.714). Bu tür çalışmalarda süreç içerisinde kayıplar olabileceği göz önünde bulundurularak örneklem büyüklüğü %20 arttırılarak en az 60 kişinin çalışmaya alınması planlanmıştır. Dahil edilme ve dışlanma kriterlerine göre bireyler değerlendirildiğinde 64 birey çalışmaya dahil edilmiştir. Sonuç olarak, müdahale grubunda 32 kanserden sağ kalan birey, kontrol grubunda 32 kanserden sağ kalan birey ile çalışma grubu oluşturulmuştur.



Şekil 1. G*Power Analiz Programı ile örneklem büyüklüğünün hesaplanması

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü olarak kabul etme
- Türkçe'yi anlayıp konuşabilme
- 18 yaş üstü olma
- Görsel, işitsel ve zihinsel olarak bir engelinin bulunmaması
- Son 5 yıl içinde kanser teşhis konmuş, küratif amaçla tedavi edilmiş ve ana tedavilerini (cerrahi, radyoterapi, kemoterapi) tamamlamış olma (75-77)

3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmama
- Görsel, işitsel ve zihinsel bir engelinin olması
- Araştırmayla eş zamanlı yürütülen başka bir psikoeğitim programına katılmayı kabul etmiş olma
- Türkçe iletişim kuramama
- Daha önce, affetme ve/veya nüks korkusuyla baş etmeye yönelik eğitim almış olma
- Psikiyatrik tanıya sahip olma

3.6.Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Araştırmaya devam etmek istememe
- En az iki psikoeğitim oturumuna katılmama ve bu oturumlara yönelik düzenlenen telafi oturumlarına katılmama
- Psikoeğitim sürecinde psikiyatrik tanı alma

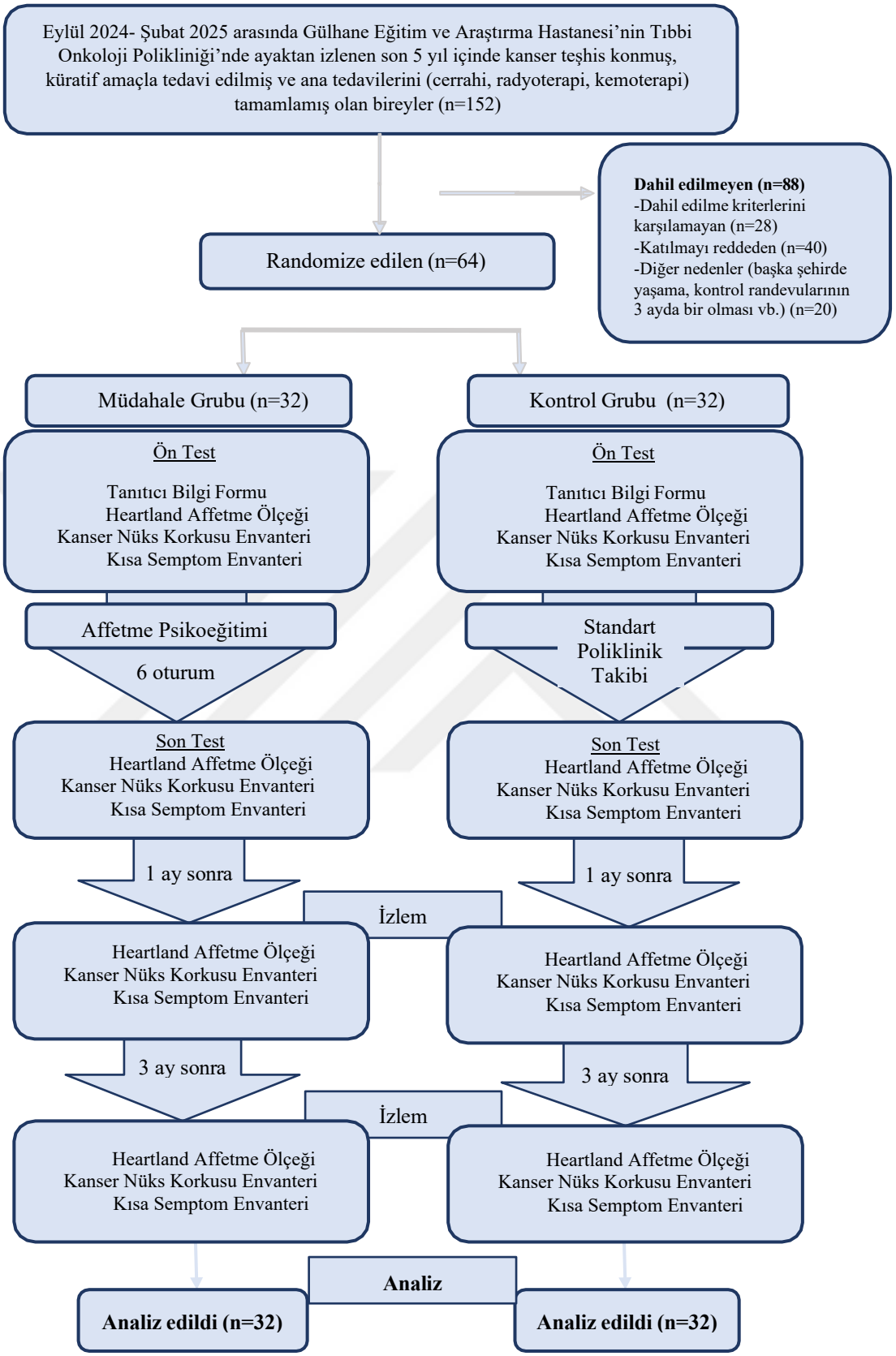
3.7. Randomizasyon

Bireyleri gruplara atama süreci, basit rastgele randomizasyon yöntemi ile araştırma dışındaki bir istatistik uzmanı tarafından "https://www.randomizer.org/" adresinden faydalanılarak yapılmıştır (Tablo 3.7). Basit randomizasyon yöntemiyle müdahale ve kontrol gruplarına bireyler atandı ve uygulama başlayana kadar araştırmacıdan gizlenmiştir. Gruplara atama bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra yapıldığı için bireyler körlendi (tek kör). Bununla birlikte istatistiksel analiz ve raporlama yanlılığını azaltmak amacıyla istatistik uzmanı da körlenmiştir. Verilerin hangi gruba (müdahale ve kontrol grubu) ait olduğu belirtilmeden, kodlamaları yapılarak (A grubu, B grubu) veri tabanına aktarılmış ve verilerin analizi ve raporlanması gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın akış şeması Şekil 2.'de verilmiştir (Şekil 2.).

Tablo 3.7. Randomizasyon Ataması

Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
3, 21, 55, 57, 14, 47, 6, 29, 54, 23, 1, 49, 32, 8, 39, 5, 9, 58, 40, 26, 19, 64, 61, 45, 52, 4, 51, 18, 20, 43, 16, 60	29, 34, 46, 26, 36, 17, 39, 56, 19, 1, 30, 41, 48, 63, 20, 35, 54, 6, 24, 55, 33, 59, 22, 25, 50, 37, 64, 9, 40, 31, 60, 51

Kaynak: https://www.randomizer.org/



Şekil 2. CONSORT Akış Diyagramı (199)

3.8. Veri Toplama Araçları

3.8.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan tanıtıcı bilgi formu kullanılmıştır (75-77). Bu form kanseden sağ kalan bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vb.) ve tanı-tedavi süreçleri ile ilgili özelliklerini belirlemek amaçlayan yirmi bir adet sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

3.8.2. Heartland Affetme Ölçeği (HAÖ)

Thompson ve arkadaşları (2005) tarafından bireylerin kendini, başkasını ve durumu affetme özelliklerinin tümünü ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (104). Ölçeğin Türkçe' ye uyarlanması için geçerlik güvenirlik çalışması 2010 yılında Bugay ve Demir tarafından yapılmıştır (201). Affetme düzeyini değerlendiren ölçek 18 maddeden oluşmakta olup, "Kendini Affetme", "Başkasını Affetme" ve "Durumu Affetme" olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının puanlarının toplamıyla toplam affetme puanı meydana gelmektedir. (84,104,201). Heartland Heartland Affetme Ölçeği alt boyutları ve maddeleri şunlardır; Kendini Affetme (6 madde); 1, 2, 3, 4, 5, 6; Başkasını Affetme (6 madde); 7, 8, 9, 10, 11, 12; Durumu Affetme (6 madde); 13, 14, 15, 16, 17, 18. maddelerdir. Likert tipi ölçeğin maddeleri 7'li derecelendirmeye göre değerlendirilmiştir. Bu derecelendirme; "Beni hiç yansıtmıyor" (1 puan), "Beni pek yansıtmıyor" (3 puan), "Beni biraz yansıtıyor" (5 puan) ve "Beni tamamen yansıtıyor" (7 puan) şeklindedir. Ölçek maddelerinde; 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, ve 17. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Ölçek, toplam ve alt ölçek puanlarına göre değerlendirilmektedir. Ölçeğin alt boyutlarının her birinden alınan yüksek puanların ilgili alt boyuttaki affetme düzeyinin yüksek oluşunu veya azlığını işaret etmektedir. Ölçekten alınan 18 ile 54 arasındaki puanlar bireyin genellikle kendisini, başkalarını ve kontrolü dışındaki durumları affetmediğini; 55 ile 89 arasındaki puanlar, bireyin affetme ve affetmeme arasında ortalama düzeyde olduğunu; yani zaman zaman affettiğini, zaman zaman affetmediğini; 90 ile 126 arasındaki puanlar ise, bireyin genellikle kendisini, başkalarını ve kontrol edilemeyen durumları affettiğini göstermektedir (104). Yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach's α katsayıları; "kendini affetme" alt boyutu için 0.64, "başkasını affetme" alt boyutu için 0.79 ve "durumu affetme" alt boyutu için 0.76 olarak ve ölçeğin toplam

affetme puanı için ise 0.81 olarak hesaplanmıştır (201). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's α güvenirlik katsayıları; "kendini affetme" alt boyutu için 0.62, "başkasını affetme" alt boyutu için 0.73, "durumu affetme" alt boyutu için 0.51 ve ölçeğin toplam affetme puanı için 0.78 olarak hesaplanmıştır. (84,104,201). (Ek-2, Ek-3)

3.8.3.Kanser Nüks Korkusu Envanteri (KNK)

Kanserin nüksemesi korkusu envanteri, Simard ve Savard tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir (172). Envanterin Türkçe uyarlaması ilk defa Kahraman (2016) tarafından yapılmış olup geçerlilik-güveirlik çalışması ise Eyrenci ve Sertel Berk (2018) tarafından yapılmıştır (203). Envanter, 42 maddeden ve 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Kanser Nüks Korkusu Envanteri alt boyutları ve maddeleri şunlardır; Tetikleyiciler (1-8.); Ciddiyet/Şiddet (9-17. Maddeler); Psikolojik sıkıntılar (18-21. Maddeler); İşlevsel bozukluklar (22-27. Maddeler); İçgörü (28-30.Maddeler); Kendini rahatlatma yöntemleri -güvence (31-33. Maddeler); Baş etme yöntemleri (34-42. Maddeler)'dir. Envanter 5'li Likert tipinde olup cevaplar '0' ile '4' arasında puanlanmıştır. Yanıtlar "Hiçbir zaman, Hiç" (0), "Nadiren, Az" (1), "Bazen, Biraz" (2), "Çoğu zaman, Epey" (3), "Her zaman, Büyük ölçüde" (4) şeklindedir. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 0-168 arasındadır ve toplam puan yükseldikçe nüks korkusunun arttığı yargısına varılmaktadır (203,204). Ölçek değerlendimesinde eşit aralıklı sınıflandırma kullanılarak; 1-56 puan düşük düzey; 57-112 orta düzey; 113-168 yüksek düzey kanser nüks korkusu olarak değerlendirilmiştir (204). Orijinal envanterin Cronbach's α değeri 0.95. Türkçeye uyarlanan ölçeğin Cronbach's α değeri 0.88 olarak bulunmuştur (172,186). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's α güvenirlik katsayıları; "tetikleyiciler" alt boyutu için 0.88, "ciddiyet/şiddet" alt boyutu için 0.84, "psikolojik sıkıntılar" alt boyutu için 0.89, "işlevsel bozukluklar" alt boyutu için 0.89, "kendini rahatlatma yöntemleri" alt boyutu için 0.76, "baş etme yöntemleri" alt boyutu için 0.84 ve ölçeğin toplam kanser nüks korkusu puanı için 0.94 olarak hesaplanmıştır (203,204) (Ek-4, Ek-5).

3.8.4. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ölçek Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş, kısa formu 53 maddeden oluşan ölçek; strese bağlı psikolojik sıkıntıları ölçen kendini değerlendirme tipi bir envanterdir (205). Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 1994'de Şahin ve Durak tarafından yapılan ölçeğin beş alt boyutu bulunmaktadır (206).Kısa Semptom Envanteri alt ölçek boyutları ve maddeleri; Anksiyete için 12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47, 49. maddeler; Depresyon için 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37, 39. maddeler; Olumsuz Benlik için 15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52, 53. maddeler; Somatizasyon için 2 ,5 ,7, 8, 11, 23, 29, 30, 33. maddeler; Hostilite için ise 1, 3, 4, 6, 10, 40, 41. maddelerdir. KSE likert tipi bir ölçek olup maddeler, "hiç" ve "çok fazla" ifadelerine eşlik eden 0-4 değerleri arasında derecelendirilerek puanlanmaktadır. Ölçeği dolduracak kişilere her maddeyi ayrı ayrı okumaları ve o gün dahil olmak üzere son hafta içinde bu belirtilerden her birinin kendilerini ne kadar rahatsız ettiğini işaretlemeleri söylenmektedir. Her alt ölçek için toplam, o alt ölçekteki madde sayısına bölündüğünde o boyut içi bir puan elde edilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan üzerinden; (<2.0), psikolojik sıkıntı düşük; (≥2.0), psikolojik sıkıntı yüksek olarak değerlendirilmektedir (207). Orijinal envanterin beş alt boyutu ve Cronbach's α katsayıları; "depresyon" alt boyutu için 0.88, "anksiyete" alt boyutu için 0.87, "olumsuz benlik" alt boyutu için 0.87, "somatizasyon" alt boyutu için 0.75, "hostalite" alt boyutu için 0.76 ve toplam ölçek puanı için 0.94 şeklindedir (188,189). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's α güvenirlik katsayıları; "depresyon" alt boyutu için 0.92, "anksiyete" alt boyutu için 0.92, "olumsuz benlik" alt boyutu için 0.90, "somatizasyon" alt boyutu için 0.86, "hostilite" alt boyutu için 0.73 ve toplam ölçek puanı için 0.97 olarak hesaplanmıştır (205-207) (Ek-6, Ek-7).

3.9. Veri Toplama Süreci

3.9.1. Affetme Temelli Psikoeğitim Programının Hazırlanma Süreci

Affetme temelli psikoeğitim programının hazırlanması sürecinde affetmeyi artırmaya yönelik etkili bir müdahale geliştirebilmek amacıyla, literatürde bu konuda yapılmış deneysel çalışmalar gözden geçirilmiştir. Bu bağlamda, Enright'ın (1996) affetme süreç modelinin "*Ortaya Çıkarma", "Karar","Çalışma"* ve "*Derinleşme" evreleri kapsamında bilişsel, davranışsal ve duyuşsal süreçleriyle birlikte,* Worthington'un REACH Affetme Modeli temel alınarak, affetmeyi deneyimleme ve

davranışsal değişiklik haline getiremeye yönelik psikoeğitimsel bir yapı kurgulanmış olup affetmeye yönelik psikoterapi, eğitimsel müdahale ve program örnekleri incelenmiş, bu bilgiler ışığında özgün bir "Affetme Temelli Psikoeğitim Programı" tasarlanmıştır (81,84-86,99,106,208-215) (Ek-8). Ayrıca, affetme temelli psikoeğitim oturumlarının içeriğinde yer alan egzersizlerde, Prof. Dr. Esra Engin ve Prof. Dr. Ayşegül Dönmez tarafından 21 Eylül 2019 tarihinde Ege Üniversitesi'nde gerçekleştirilen *"Ruhsal İyiliğe Giden Yol: Affetme Eğitimi"* programının materyallerinden yararlanılmıştır. Ek olarak, Affetme Temelli Psikoeğitim programının yapılandırılmasında açık, sistematik ve tekrarlanabilir biçimde tanımlanabilmesi amacıyla, müdahale süreci uluslararası geçerliliğe sahip olan TIDieR (Müdahale Tanımlama ve Tekrarlama Şablonu) kontrol listeside de kullanılmıştır (216). Bu yaklaşım, uygulamanın içeriğinin detaylı biçimde raporlanmasını sağlayarak hem bilimsel şeffaflığı hem de benzer uygulamaların başka araştırmacılar tarafından yinelenebilirliğini desteklemeyi amaçlamaktadır (Ek-9).

Geliştirilen program, bireylerin affetme süreçlerine ilişkin farkındalık kazanmalarını hedefleyen yapılandırılmış oturumlardan oluşmaktadır. İçerikte çeşitli etkinlikler, videolar ve ev egzersizleri aracılığıyla bireylerin düşünce, duygu ve davranış düzeylerinde farkındalık geliştirmesi amaçlanmıştır. Hazırlanan taslak program, alanında uzman ve affetme üzerine bilimsel çalışmaları bulunan sekiz akademisyene gönderilmiş; yedi uzman– psikiyatri hemşiresi akademisyenler – detaylı geribildirim sunmuştur.

Uzmanlara psikoeğitim oturum içerikleri ile birlikte uzman görüş formu iletilmiştir. Uzman görüş formunda uzmanlardan her bir oturumun amacı, hedefleri, yöntem ve teknikleri, süresi, içeriği ve akışını 1 ve 4 puan arasında değerlendirmeleri istenmiştir (1 puan: Uygun değil; 2 puan: Uygun hale getirilmesi gerekiyor, 3 puan: Uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4 puan: Çok uygun). Tüm uzmanlar her oturumun değerlendirilen tüm maddelerine 3 veya 4 puan vermişlerdir. Davis (1992) tekniği uzman görüşleri derecelendirmesine göre 7 uzmanın görüşü alınan psikoeğitim programının Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ)'si 1 (güçlü kapsam geçerlilik) olarak hesaplanmıştır (217). Alınan geri bildirimler doğrultusunda, oturum hedefleri gözden geçirilmiş ve kavramlar ortak hale getirilerek içerik son haline getirilmiştir.

3.9.2. Ön Uygulama Süreci

Araştırma öncesinde kanserden sağ kalan bireylere uygulanacak olan affetme temelli psokoeğitim programının etkinliğinin incelenmesi amacıyla ön uygulama yapılmıştır. Enrigt ve REACH affetme müdahele modeline dayalı ve uzman görüşü alınarak hazırlanan affetme temelli psikoeğitimını müdahale grubuna uygulamaya başlamadan önce psikoeğitimin içerik olarak istenen nitelikte olup olmadığını anlamak amacıyla araştırmanın örneklem grubunda yer almayan altı bireye, 04/11/2024-27/12/2024 tarihleri arasında, sekiz hafta (haftada bir oturum, toplam sekiz oturum) uygulanmıştır. Hazırlanan affetme temelli psikoeğitim programının uygulama için anlaşılır ve uygun olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca kanserden sağ kalan bireylerden alınan geri dönüş ve araştırmacının ön uygulama süreci deneyimi sonrası;

- Oturum içeriklerindeki; “Ev ödevleri”, “ev egzersizleri” olarak revize edilmiş,
- Oturum sayısının sekizden altıya düşürülmüştür.

Son hali verilen psikoeğitim oturum başlıkları;

1. Oturum: Tanışma, hazırlık oturumu
2. Oturum: “Affetme” Nedir? İncinme/kırılma duygusunu açığa çıkarma ve farkındalık
3. Oturum: Affetmenin Avantajlarını Farklı Bir Bakış Açısıyla Görerek Empati ve Duyarlılık Geliştirmek
4. Oturum: Affetmeye Karar Verme, Rahatlama
5. Oturum: Affetme Sürecini Başlatmak ve Sürdürmek
6. Oturum: Sonlandırma’dır.

3.9.3.Affetme Temelli Psikoeğitim Programının Uygulama Süreci

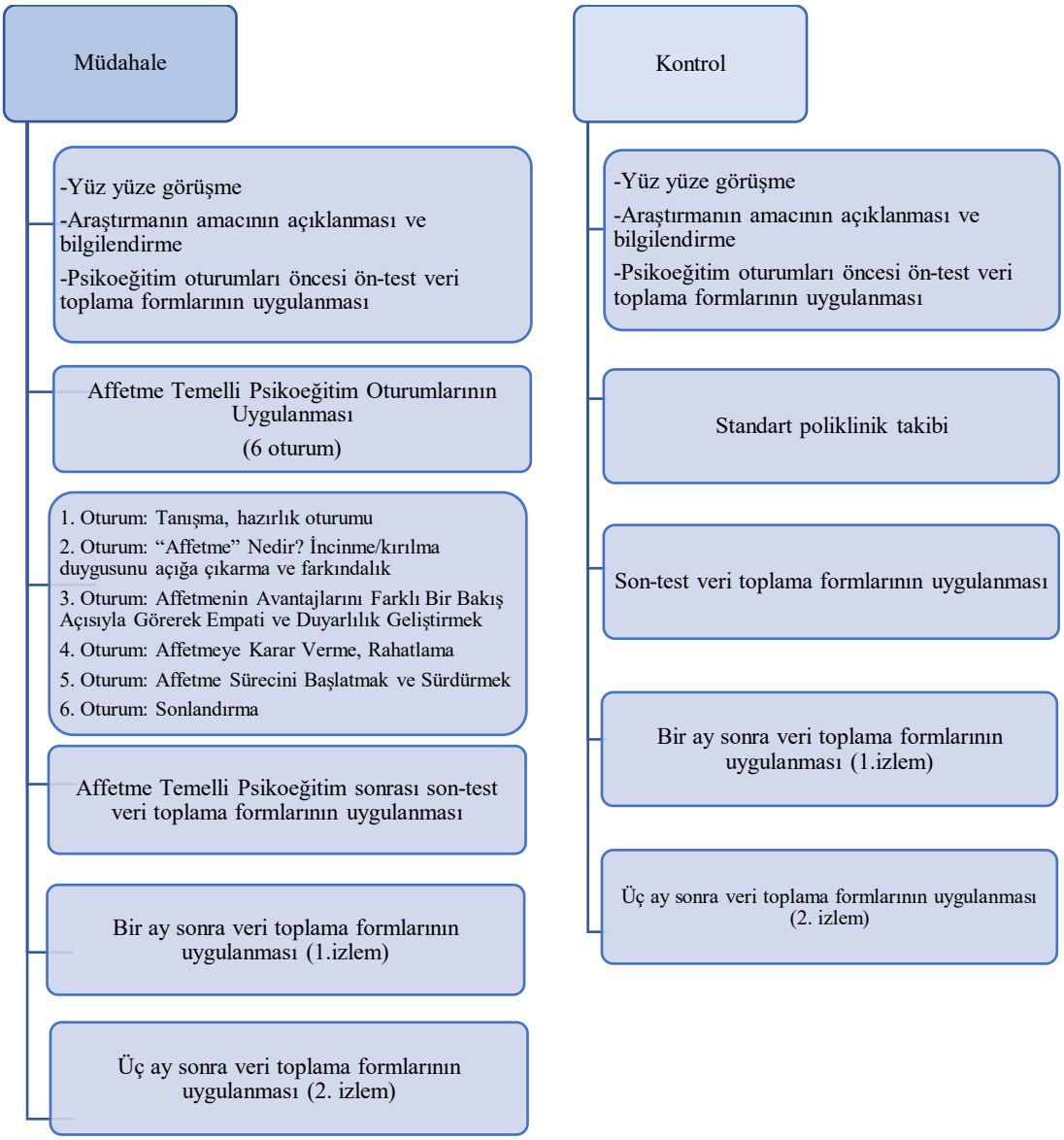
Araştırmanın uygulama aşamasında, müdahale ve kontrol grubunda yer alan kanserden sağ kalan bireylere affetme temelli psikoeğitim programı öncesi "Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Heartland Affetme Ölçeği”, “Kanser Nüks Korkusu Envanteri” ve “Kısa Semptom Envanteri" ile veriler toplanmıştır (Ön Test). Psikoeğitimin son oturumu tamamlandığında müdahle grubundaki kanserden sağ kalan bireylerden eğitimin başında doldurdukları “Heartland Affetme Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri ve Kısa Semptom Envanteri " formlarını bir kez daha doldurmaları istenmiştir (Son Test). Kontrol grubunda yer alan bireylerden de benzer şekilde, anket

formlarını doldurmaları istenmiştir. Psikoeğitim oturumlarının tamamlanmasından, bir ay ve üç ay sonra müdahale ve kontrol grubunda yer bireylerin yeniden " Heartland Affetme Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri ve Kısa Semptom Envanteri" veri toplama formları ile veri toplanmıştır (1. Ay ve 3. Ay İzlem).

Müdahale grubuna affetme temelli psikoeğitim programı uygulanırken, kontrol grubuna herhangi bir işlem uygulanmamıştır. Müdahale grubuna, affetme temelli psikoeğitim programı içeriği, yapılacak oturumların yeri, zamanı ve süresi hakkında bilgi verilmiştir. Oturumlar hakkında haberleşmek için grubun hangi yöntemi (bireysel sms, whatsapp grubu vb.) kullanacağına grup üyeleri karar vermiştir. Araştırmacı grubun belirlediği haberleşme yöntemi ile psikoeğitimlerden önceki gün bireylere hatırlatma mesajı göndermiştir.

Müdahale grubu kanserden sağ kalan bireylere 8-10 kişilik gruplar halinde haftada bir oturum şeklinde, 90 dakikadan oluşan toplamda 6 haftalık (6 oturum) psikoeğitim verilmiştir. Oturumlar, klinikte yer alan projektör ve bilgisayarın olduğu eğitim salonunda uygulanmıştır. Oturumların gün ve saatlerine, her grup için kanserden sağ kalan bireylerle birlikte karar verilmiştir. Verilen psikoeğitimde; "affetme nedir?", "acıyı hatırlama-duyguları uyandırma", "empati yapma", "başkalarını düşünme-fedakârlık", "affetmeye söz verme", "başkalarını/durumu affetme", "kendini affetme" ve "uygulamanın değerlendirilmesi" konularına yer verilmiştir. Oturumlarda soru-cevap, egzersizler, kısa videolar ve ev egzersizleri gibi öğrenme etkinlikleri kullanılarak belirlenen konular anlatılmış ve tartışılmıştır. Her oturum sonunda grup üyelerinin o günkü oturumda neler öğrendiği; davranışları, düşünceleri ve duygularına ilişkin fark ettikleri ve bunların kendilerine katkıları konusunda geribildirim vermeleri amacıyla "Değerlendirme Formu" doldurmaları sağlanmıştır. Affetme Temelli Psikoeğitim programının içeriğine ilişkin ayrıntılar Ek 8'da sunulmuştur. Kontrol grubunda yer alan bireylere, araştırmanın üçüncü ay izleminin tamamlanmasının ardından, Haziran 2025 tarihinde, affetme temelli psikoeğitim programı oturumlarını içeren uygulama yapılmıştır. Psikoğitimin uygulama şeması Şekil 3'te gösterilmiştir (Şekil 3.).

Şekil 3. Uygulama Şeması



3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 29.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Analiz sürecinde öncelikle verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Bu amaçla, her bir sürekli değişken için Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir ve sonuçlara göre $p<0.05$ olarak bulunmuştur (Tablo 1.). Bu durum, verilerin normal dağılım göstermediğini ortaya koymuştur. Ayrıca, değişkenlerin çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerinin ±2 aralığında olmaması da normal dağılımdan

sapma olduğunu desteklemiştir (218). Verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle, çalışmada non-parametrik istatistiksel yöntemler tercih edilmiştir. Araştırmada kullanılan değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri, frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler ile verilmiştir. Araştırma grupları arasında yer alan bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin homojenliği, kategorik değişkenler için Ki-kare (χ^2) testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Ki-kare testi varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda ise Fisher'ın Exact testi tercih edilmiştir. İki bağımsız grup arasında sürekli değişkenlerin karşılaştırılması amacıyla, verilerin normal dağılmadığı dikkate alınarak Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Bağımlı gruplarda tekrarlayan ölçümler arasındaki farkın değerlendirilmesi için ise Friedman testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo 3.10. Shapiro-Wilk Normallik Testi Sonuçları

Değişken	Shapiro-Wilk (W)	Sd	p değeri*
Affetme Toplam Farkları	0.807	64	< .001
Kanser Nüks Korkusu Toplam Farkları	0.936	64	.002
Kısa Semptom Envanteri Toplam Farkları	0.794	64	< .001

*p < .05 düzeyinde anlamlılık, normallik varsayımının ihlal edildiğini göstermektedir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden 29.09.2023 tarihli 00003438 numaralı kararı ile psikiyatri hemşireliği doktora programı tez önerisi olarak kabul edilmiştir. (Ek-10).

Araştırmanın uygulanabilmesi için 27.12.2023 tarihli Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu ve Bilimsel Araştırma Değerlendirme Kurulu'ndan kurum izni (Ek-11) alınmıştır. Kurum izni alındıktan sonra Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28.04.2021

tarihli 2021/11 numaralı karar ile (Ek-4) yazılı izin alınmıştır. Araştırmada kullanılan Heartland Affetme Ölçeği (Ek-3), Kanser Nüks Korkusu Envanteri (Ek-5) ve Kısa Semtrom Envanteri (Ek-7) izinleri ölçek sahiplerinden alınmıştır. Kanserden sağ kalan bireylere araştırmayla ilgili açıklamalar yüzyüze yapılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden kanserden sağ kalan bireylerden sözlü ve yazılı onayları "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" (Ek-12) aracılığı ile alınmıştır. Araştırmaya katılma sürecinde gönüllük ve isteklilik baz alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere istedikleri zaman çalışmadan ayrılabilecekleri bilgisi verilmiştir.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada

- Bu araştırmada kullanılan affetme temelli psikoeğitim programı, belirli bir kültürel bağlamda geliştirilmiş olup, affetmenin kültüre göre anlam ve uygulamalarının değişebileceği,
- Araştırmaya katılan kanserden sağ kalan kadınların tamamının meme ca tanısına sahip olması sınırlılıklar arasında yer almaktadır

4. BULGULAR

Bu araştırma affetme temelli grup psikoeğitim programının kanserden sağ kalan bireylerin kanser nüks korkusu, affetme ve psikiyatrik belirtilere etkisini incelenmiştir. Araştırmaya ilişkin bulgular ele alınmıştır.

4.1. Kanserden Sağ Kalan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Kanserden Sağ Kalan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler		Müdahale Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=32)		Toplam (n=64)		p*
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	18-39	6	60	4	12.5	10	15.63	0.204
	40-59	25	51	24	75	49	76,56	
	60 yaş ve üstü	1	20	4	12.5	5	7,81	
Cinsiyet	Kadın	19	48.7	20	62.5	39	60.94	0.799
	Erkek	13	52	12	37.5	25	39.06	
Yaşadığı Yer	İl	32	100	32	100	64	100	1.000
	İlçe	0	0	0	0	0	0	
	Köy	0	0	0	0	0	0	
Medeni Durum	Evli	29	90.62	29	90.62	58	90.63	1.000
	Bekar	3	9.39	3	9.38	6	9.37	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	28	48.3	30	93.75	58	90.63	0.395
	Yok	4	66.7	2	6.25	6	9.37	
Çocuk Sayısı	Çocuk yok	4	66.7	2	6.25	6	9.37	0.401
	1 çocuklu	8	47.1	9	28.12	17	26.56	
	2 çocuklu	18	52.9	16	50	34	53.13	
	3 ve üstü çocuklu	2	40	5	15.63	7	10.94	
Beraber Yaşadığı Kişi Sayısı	1-2	2	25	6	18.75	8	12.5	0.236
	3-4	28	53.8	24	75	52	81.25	
	5 ve üstü kişi	2	50	2	6.25	4	6.25	
Eğitim Durumu	Lise ve dengi	5	15.62	0	0	5	7.81	0.095
	Yüksekokul-Fakülte	25	79.12	30	93.75	55	85.94	
	YL-Doktora	2	5.26	2	6.25	4	6.25	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	25	59.5	17	40.5	42	65.63	0.037**
	Çalışmıyor	7	31.8	15	68.2	22	34.37	
Gelir Durumu	Gelir giderden az	0	0	0	0	0	0	0.549
	Gelir gidere denk	26	81.25	24	75	50	78.13	
	Gelir giderden fazla	6	18.75	8	25	14	21.87	
Sosyal Güvence Durumu	Yok	0	0	0	0	0	0	1.000
	Var	32	100	32	100	64	100	
Kanser Türü	Meme	19	59.38	19	59.38	38	59.38	0.891
	Kolon	7	21.87	7	21.87	14	21.87	
	Akciğer	4	12.5	1	3.12	5	7.81	
	Kemikiliği	2	6.25	5	15.63	7	10.94	
Alınan Tedaviler	Cerrahi tedavi, hormon	2	6.25	2	6.25	4	6.25	0.415
	KT, Cerrahi tedavi	7	21.87	7	21.87	14	21.87	
	KT, Radyoterapi, Cerrahi Tedavi	14	43.75	9	28.12	23	35.94	

	KT, Radyoterapi, Cerrahi Tedavi, Hormon	9	28.12	14	43.75	23	35.94	
Kanser Nüks Öyküsü	Evet	10	31.25	9	28.13	19	29.69	0.786
	Hayır	22	68.75	23	71.87	45	70.31	
Ruhsal Hastalık Yaşama Durumu	Evet	0	0	0	0	0	0	1.000
	Hayır	32	100	32	100	64	100	
Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu	Evet	0	0	0	0	0	0	1.000
	Hayır	32	100	32	100	64	100	
Tıbbi Tedavi Dışında Alternatif Yöntem Kullanımı	Evet	2	6.25	0	0	2	3.13	0.154
	Hayır	30	93.75	32	100	62	96.87	
Kullanılan Alternatif Yöntem	Kullanılmıyor	27	84.38	32	100	59	92.19	0.021
	Bitkisel yöntemler	1	3.12	0	0	1	1.56	
	Meditasyon-Yoga, Dua	4	12.5	0	0	4	6.25	
Daha Önce Destek Programına Katılma Durumu	Evet	0	0	0	0	0	0	1.000
	Hayır	32	100	32	100	64	100	
Destek Programından Beklentiler	Duyguları ifade etmek, paylaşım ihtiyacı, anlaşılmak	6	18.75	10	31.25	16	25	0.417
	Kendini anlamak, farkındalık	11	34.37	3	9.37	14	21.88	
	Ruhsal Rahatlama, affetmeyle hafifleme	9	28.13	6	18.75	15	23.44	
	Korku, kaygılardan arınma	6	18,75	13	40.63	19	29.68	
	Toplam***	32	100	32	100	64	100	

*Mann-Whitney U test, ** p<0.05 *** MG Toplam/ KG Toplam/Genel Toplam

Araştırmada değerlendirilen müdahale grubundaki kanserden sağ kalan bireylerin %'60'ı 18–39 yaş, %51'i 40–59 yaş arasında, %20'si ise 60 yaş ve üzerindedir. Bireylerin %48.7'si kadın, %52'si erkektir ve tamamı ilde yaşamaktadır. Bireylerin %90.62'si evlidir. Bireylerin %48.3'ü çocuk sahibidir ve en yüksek oran %52.9 ile iki çocuk sahibi olanlardadır. Aile yapısına bakıldığında, %53.8'i 3–4 kişilik hanelerde yaşamaktadır. Eğitim düzeyleri incelendiğinde, %79.12'si yüksekokul veya fakülte mezunu olduğu görülmektedir. Çalışma durumuna göre bireylerin %59.5'i çalışmaktadır. Gelir durumu açısından bireylerin %81.25'inden fazlası gelirlerinin giderlerine denk olduğunu belirtmiştir. Tüm kanserden sağ kalan bireylerin sosyal güvencesi mevcuttur. Tanı dağılımında, %59.38'i meme kanseri tanısı almıştır. Tedavi

biçimi olarak en yaygın yöntem %43.75 oranında kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi ve hormon tedavisidir. Bireylerin %31.25'inin nüks öyküsü bulunmaktadır. %6.25'i tıbbi tedavi dışında alternatif yöntem kullanmadığını belirtmiş, ayrıca hiçbir birey daha önce herhangi bir destek programına katılmamıştır. Destek programı beklentileri açısından, bireylerin %34.27'si "kendini anlamak ve farkındalık kazanmak" olarak ifade ettiği bulunmuştur (Tablo 4.1.).

Kontrol grubundaki bireylerin %12.5'i 18–39 yaş, %75'i 40–59 yaş arasında, %12.5'i ise 60 yaş ve üzerindedir. Bireylerin %62.5'i kadın, %37.5'i erkektir ve tümü il düzeyinde yaşamaktadır. Bireylerin %90.6'sı evlidir. Bireylerin %93.75'i çocuk sahibidir; çocuk sayısı açısından en yaygın grup %50 ile iki çocuk sahibi olanlardır. Bireylerin %75'i 3–4 kişilik hanelerde yaşamaktadır. Eğitim düzeyi olarak %93.75'i yüksekokul-fakülte mezunudur. Bireylerin %40.5'i çalışmakta, %68.2'si çalışmamaktadır. Gelir durumu açısından %75'i gelirlerinin giderlerine denk olduğunu belirtmiştir. Bireylerin tamamının sosyal güvencesi bulunmaktadır. Tanı dağılımına göre, %59.38'i meme kanseri tanısı almıştır. En sık uygulanan tedavi yöntemi %43.75 oranında kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi ve hormon tedavisidir. Bireylerin %28.13'ü kanser nüks öyküsü bildirilmiştir. Tamamı tıbbi tedavi dışı alternatif yöntem kullanmadığını belirtmiştir. Ayrıca hiçbir birey geçmişte bir destek programına katılmamıştır (Tablo 4.1.).

Müdahale ve kontrol grubu arasında tanımlayıcı özellikler açısından fark olup olmadığı, sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre; yaş, cinsiyet, yaşanılan yer, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, beraber yaşanılan kişi sayısı, eğitim durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu, kanser türü, alınan tedaviler, nüks öyküsü, ruhsal hastalık yaşama ve psikiyatrik tedavi alma durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.1.). Ancak, çalışma durumu ile tıbbi tedavi dışında alternatif yöntem kullanım durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.1). Bu bulgular, grupların büyük ölçüde homojen olduğunu ve müdahale dışındaki değişkenlerde benzer özellikler taşıdığını göstermektedir (Tablo 4.1.)

4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Son Test Heartland Affetme Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Son Test Heartland Affetme Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Grup	Min.	Mak.	X ± SS		Kategori* n(%)
HAÖ						
Kendini Affetme	Müdahale	21	41	33.78 ±5.078		
	Kontrol	13	37	26.19±6.077		
Başkasını Affetme	Müdahale	18	40	31.63±4.723		
	Kontrol	9	40	24.69±7.584		
Durumu Affetme	Müdahale	12	41	29.09±6.347		
	Kontrol	15	39	30.31±4.693		
Toplam	Müdahale	61	116	94.50±11.294	**18-54-affedemiyor**	-
					55-89-orta düzeyde affedebiliyor	10 (%32.3)
					90-126- affedebiliyor	22 (%68.8)
	Kontrol	43	113	81.19±14.665	**18-54-affedemiyor**	1 (%100)
					55-89-orta düzeyde affedebiliyor	21 (%67.7)
					90-126- affedebiliyor	10 (31.3)
KNK						
Tetikleyiciler	Müdahale	1	22	12.66±5.203		
	Kontrol	19	31	24.75±3.059		
Ciddiyet	Müdahale	3	25	15.88±5.807		
	Kontrol	18	34	27.72±4.168		
Psikolojik Sıkıntı	Müdahale	0	12	6.44±3.574		
	Kontrol	8	16	11.81±2.375		
İşlevsel Bozukluk	Müdahale	0	18	8.59±5.547		

	Kontrol	12	24	18.88±4.04		
İçgörü	Müdahale	0	12	3.63±3.119		
	Kontrol	6	12	9.16±2.081		
Güvence	Müdahale	0	9	3.63±2.893		
	Kontrol	6	12	9.44±2.063		
Başa Çıkma Stratejileri	Müdahale	0	39	24.69±9.092		
	Kontrol	18	36	28.28±4.874		
Toplam	Müdahale	6	118	75.50±23.012	**1-56 düşük düzeyde**	5 (%100)
					57-112 orta düzeyde	26 (%89.7)
					113-168-yüksek düzeyde	1 (%3.3)
	Kontrol	94	158	130.03±14.948	**1-56 düşük düzeyde**	-
					57-112 orta düzeyde	3 (%10.3)
					113-168-yüksek düzeyde	29 (%97.7)
KSE						
Anksiyete	Müdahale	1.00	3.31	1.89±0.666		
	Kontrol	1.00	3.62	1.87±0783		
Depresyon	Müdahale	1.00	3.18	2.16±0.646		
	Kontrol	1.00	3.64	1.94±0.764		
Olumsuz Benlik	Müdahale	1.00	3.83	1.98±0.720		
	Kontrol	1.00	3.33	1.77±0.650		
Somatizasyon	Müdahale	0.67	2.67	1.60±0.496		
	Kontrol	1.00	3.78	1.95±0.625		
Hostilite	Müdahale	0.57	2.86	1.32±0.641		
	Kontrol	1.00	3.78	1.95±0.625		
Toplam	Müdahale	1.00	3.09	1.85±0.591	**<2**	19 (%50)
					≥ 2	13 (%50)
	Kontrol	1.06	3.43	1.90±0.646	**<2**	19 (%50)
					≥ 2	13 (%50)

X:Ortalama SS: Standart Sapma * toplam puan ortalamalarının kategorik değerlendirmesi

4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin İzlem Ölçümleri Heartland Affetme Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin İzlem Ölçümleri Heartland Affetme Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

		1. Ay İzlem			3.Ay İzlem			1.Ay İzlem	3.Ay İzlem
Ölçekler	Grup	Min.	Mak.	X ± SS	Min.	Mak.	X ± SS	Kategori* n(%)	Kategori* n(%)
HAÖ									
Kendini Affetme	Müdahale	22	42	34.78±5.078	22	42	34.78±5.078		
	Kontrol	13	37	26.19±6.077	13	37	26.19±6.077		
Başkasını Affetme	Müdahale	12	40	30.66±6.246	13	41	31.62±6.231		
	Kontrol	9	40	24.69±7.584	9	40	24.69±7.584		
Durumu Affetme	Müdahale	13	42	29.44±6.201	14	42	30.41±6.137		
	Kontrol	15	39	30.31±4.693	15	39	30.31±4.693		
Toplam	Müdahale	64	116	94.88±11.426	66	118	96.81±11.372	**18-54-affedemiyor**	-	-
								55-89-orta düzeyde affedebiliyor	9 (%28.1)	7 (%21.9)
								90-126-affedebiliyor	23(%71.9)	25 (%78.1)
	Kontrol	43	113	81.19±14.665	43	113	81.19±14.665	**18-54-affedemiyor**	1(%3.1)	1(%3.1)
								55-89-orta düzeyde affedebiliyor	22 (%68.8)	22 (%68.8)
								90-126-affedebiliyor	9 (%28.1)	9(%28.1)
KNK										
Toplam	Müdahale	4	112	70.28±22.107	4	110	68.47±21.769	**1-56 düşük düzeyde**	7(%21.9)	8(%25)
								57-112 orta düzeyde	25 (%78.1)	24(%75)

								113-168-yüksek düzeyde	-	-
	Kontrol	94	158	130.03±14.948	94	158	130.03±14.948	**1-56 düşük düzeyde**	-	-
								57-112 orta düzeyde	3(%9.4)	3(%9.4)
								113-168-yüksek düzeyde	29 (%90.6)	29(%90.6)
KSE										
Toplam	Müdahale	1.00	3.09	1.85±0.591	1.00	3.09	1.853±0.591	**<2**	19(59.4)	19(%59.4)
								≥ 2	13(%40.6)	13 (%40.6)
	Kontrol	1.06	3.43	1.90±0.646	1.06	3.43	1.904±0.646	**<2**	19 (%59.4)	19(%59.4)
								≥ 2	13(%40.6)	13(%40.6)

X:Ortalama SS: Standart Sapma * toplam puan ortalamalarının kategorik değerlendirmesi

Müdahale ve kontrol gruplarının ölçek puanlarına ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde; "Heartland Affetme Ölçeği"' için müdahale grubunun son test toplam puan ortalaması 94.50 ± 11.29, kontrol grubunun ise 81.19 ± 14.67 olarak bulunmuştur. "Kanser Nüks Korkusu Ölçeği" için müdahale grubunun son test toplam puan ortalaması 75.50 ± 23.01 iken, kontrol grubunun ortalaması 130.03 ± 14.95'tir. "Kısa Semptom Envanteri" ölçeğinde ise müdahale grubunun son test toplam puanı ortalaması 3.09 ± 0.59, kontrol grubunun ise 3.43±0.65 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2.).

HAÖ toplam puanlarının kategorik dağılımları incelendiğinde; müdahale grubunda puanların %68.8'i affedebilme düzeyinde (90–126 arası), %32.3'ü ise orta düzeyde affedebilme (55–89 arası) düzeyindedir. Buna karşılık, kontrol grubunda puanların %31.3'ü affedebilme düzeyinde, %67.7'si orta düzeyde affedebilme düzeyinde, %1'i ise affedememe düzeyinde (18–54 arası) yer almaktadır (Tablo 4.2.).

KNK toplam puanlarının kategorik dağılımları incelendiğinde; müdahale grubundaki puanların %16.1'i düşük düzeyde (1–56), %89.7'si orta düzeyde (57–112), yalnızca %3.3'ü ise yüksek düzeyde (113–168) kanser nüks korkusu düzeyinde yer almaktadır. Buna karşılık, kontrol grubunda puanların %97.7'si yüksek düzeyde, %10.3'ü ise orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.).

KSE toplam puanlarının kategorik dağılımları incelendiğinde hem müdahale hem de kontrol grubunun psikolojik sıkıntı düzeyinin %50'sinin 2 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.).

Müdahale ve kontrol gruplarının ölçek puanlarına ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde; "Heartland Affetme Ölçeği"' için müdahale grubunun birinci ay izlem toplam puan ortalaması 94.88±11.42, kontrol grubunun ise 81.19±14.66 olarak bulunmuştur. "Kanser Nüks Korkusu Ölçeği" için müdahale grubunun birinci ay izlem toplam puan ortalaması 70.28± 22.10 iken, kontrol grubunun ortalaması 130.03 ± 14.94'tir. "Kısa Semptom Envanteri" ölçeğinde ise müdahale grubunun birinci ay izlem toplam puanı ortalaması 1.85 ± 0.59, kontrol grubunun ise 1.90±0.64 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3.).

HAÖ birinci ay izlem toplam puanlarının kategorik dağılımları incelendiğinde; müdahale grubunda puanların %71.9'i affedebilme düzeyinde (90–126 arası), %28.1'i

ise orta düzeyde affedebilme (55–89 arası) düzeyindedir. Buna karşılık, kontrol grubunda birinci ay ve üçüncü ay izlem puanlarının %28.1'i affedebilme düzeyinde, %68.8'i orta düzeyde affedebilme düzeyinde, %3.1'i ise affedememe düzeyinde (18–54 arası) yer almaktadır (Tablo 4.3.).

KNK birinci ay izlem toplam puanlarının kategorik dağılımları incelendiğinde; müdahale grubundaki puanların %21.9'u düşük düzeyde (1–56), %78.1'si orta düzeyde (57–112) kanser nüks korkusu düzeyinde yer almaktadır. Buna karşılık, kontrol grubunun birinci ay ve üçüncü ay izlem puanların %90.6'sı yüksek düzeyde, %9.4 'ü ise orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.).

KSE birinci ay ve üçüncü ay izlem toplam puanlarının kategorik dağılımları incelendiğinde hem müdahale hem kontrol grubundaki psikolojik sıkıntı düzeyinin %59.4'ünün 2'nin altında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.).

Müdahale ve kontrol gruplarının ölçek puanlarına ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde; "Heartland Affetme Ölçeği"' için müdahale grubunun üçüncü ay izlem toplam puan ortalaması 96.81±11.37, kontrol grubunun ise 81.19±14.66 olarak bulunmuştur. "Kanser Nüks Korkusu Ölçeği" için müdahale grubunun üçüncü ay izlem toplam puan ortalaması 68.47±21.76 iken, kontrol grubunun ortalaması 130.03 ± 14.94 'tir. "Kısa Semptom Envanteri" ölçeğinde ise müdahale grubunun üçüncü ay izlem toplam puanı ortalaması 1.85 ± 0.59, kontrol grubunun ise 1.90±0.64 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3.).

HAÖ üçüncü ay izlem toplam puanlarının kategorik dağılımları incelendiğinde; müdahale grubunda puanların %78.1'i affedebilme düzeyinde (90–126 arası), %21.9'i ise orta düzeyde affedebilme (55–89 arası) düzeyindedir

KNK üçüncü ay izlem toplam puanlarının kategorik dağılımları incelendiğinde; müdahale grubundaki puanların %25'i düşük düzeyde (1–56), %75'i orta düzeyde (57–112) kanser nüks korkusu düzeyinde yer almaktadır (Tablo 4.3).

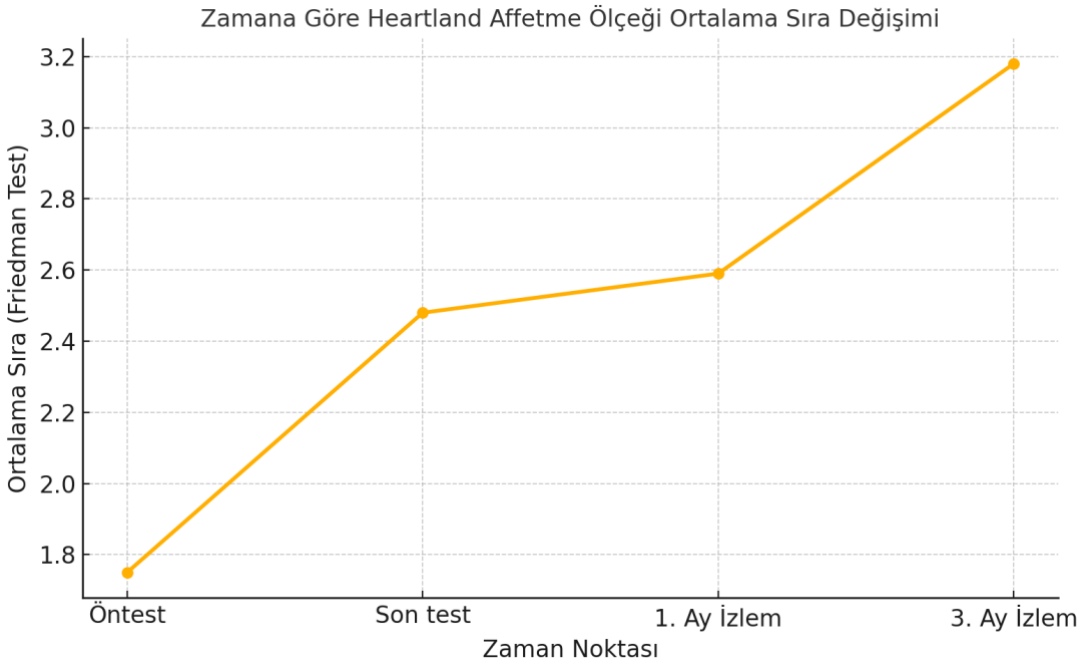
4.4. Kanserden Sağ Kalan Bireylerin Heartland Affetme Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Değişimine İlişkin Bulgular

Tablo 4.4. Kanserden Sağ Kalan Bireylerde Heartland Affetme Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Grup ve Zamanlara Göre Değişimi

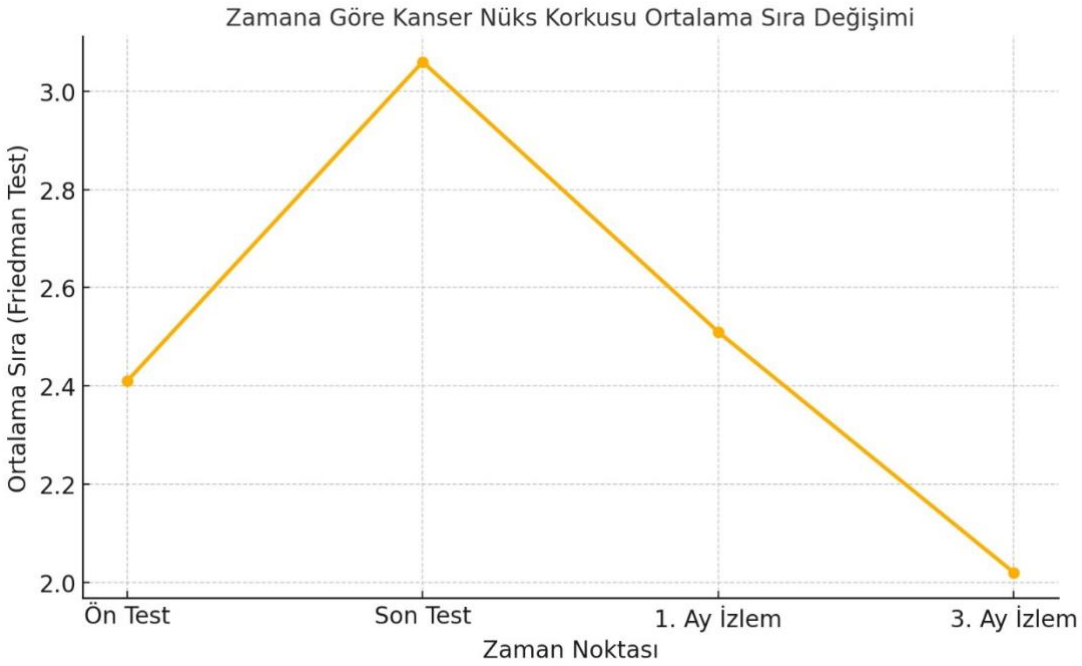
Ölçekler					Varyans	Grup içi zamansal karşılaştırmalar			Varyans		Grup içi zamansal karşılaştırmalar
		MG Ort.±SS.	KG Ort.±SS.	MG	Z	Anlamlı Farklar	p[a]	KG	Z	Anlamlı Farklar	p[a]
Kendini Affetme	Ön test (1)	24.91 ± 5.92	26.19 ±6.07		-4.869	1-2	**0.001**		0.001	1-2	1.000
	Son test (2)	33.78 ± 5.07	26.19 ± 6.07		-4.945	1-3	**0.001**		0.001	1-3	1.000
	1. ay (3)	34.78±5.07	26.19±6.07		-4.945	1-4	**0.001**		0.001	1-4	1.000
	3. ay (4)	34.78 ±5.07	26.19 ± 6.07		-5.657	2-3	**0.001**		0.001	2-3	1.000
					-5.657	2-4	**0.001**		0.001	2-4	1.000
					0.000	3-4	1.000		0.001	3-4	1.000
Başkasını Affetme	Ön test (1)	22.22 ± 6.66	24.69 ± 7.58		-4.628	1-2	**0.001**		0.001	1-2	1.000
	Son test (2)	31.63 ± 4.72	24.69 ± 7.58		-4.581	1-3	**0.001**		0.001	1-3	1.000
	1. ay (3)	30.66 ± 6.24	24.69 ± 7.58		-4.885	1-4	**0.001**		0.001	1-4	1.000
	3. ay (4)	31.63 ± 6.23	24.69 ±7.58		-1.053	2-3	0.292		0.001	2-3	1.000
					-2.125	2-4	**0.034**		0.001	2-4	1.000
					-5.568	3-4	**0.001**		0.001	3-4	1.000
Durumu Affetme	Ön test (1)	24.75 ± 5.35	30.31 ± 4.69		-4.628	1-2	**0.001**		0.001	1-2	1.000
	Son test (2)	29.09 ± 6.34	30.31 ± 4.69		-4.947	1-3	**0.001**		0.001	1-3	1.000
	1. ay (3)	29.44 ± 6.20	30.31±4.69		-4.948	1-4	**0.001**		0.001	1-4	1.000
	3. ay (4)	30.41 ± 6.13	30.31 ±4.69		-2.292	2-3	**0.022**		0.001	2-3	1.000
					-3.550	2-4	**0.001**		0.001	2-4	1.000
					-5.568	3-4	**0.001**		0.001	3-4	1.000
HAÖ	Ön test (1)	71.88 ± 13.14	81.19 ± 14.66		-4.904	1-2	**0.001**		0.001	1-2	1.000
	Son test (2)	94.50 ± 11.29	81.19 ± 14.66		-4.942	1-3	**0.001**		0.001	1-3	1.000
	1. ay (3)	94.88 ± 11.42	81.19 ± 14.66		-4.942	1-4	**0.001**		0.001	1-4	1.000
	3. ay (4)	96.81 ±11.37	81.19 ±14.66		-1.862	2-3	0.063		0.001	2-3	1.000
					-3.271	2-4	**0.001**		0.001	2-4	1.000
					-5.507	3-4	**0.001**		0.001	3-4	1.000
KNK	Ön test (1)	88.66 ± 30.52	68.75 ± 26.47		-3.577	1-2	**0.001**		-4.937	1-2	**0.001**
	Son test (2)	75.50 ± 23.01	130.03 ± 14.94		-2.933	1-3	**0.003**		-4.937	1-3	**0.001**
	1. ay (3)	70.28 ±22.10	130.03 ± 14.94		-2.832	1-4	**0.005**		-4.937	1-4	**0.001**
	3. ay (4)	68.47 ±21.76	130.03 ±14.94		-5.031	2-3	**0.001**		0.001	2-3	1.000
					-5.025	2-4	**0.001**		0.001	2-4	1.000
					-5.296	3-4	**0.001**		0.001	3-4	1.000

KSE	Ön test (1)	2.22 ± 0.71	1.90 ± 0.64		-4.432	1-2	**0.001**		0.000	1-2	1.000
	Son test (2)	1.85 ± 0.59	1.90 ±0.64		-4.252	1-3	**0.001**		-2.001	1-3	**0.045**
	1. ay (3)	1.85 ± 0.59	1.90 ± 0.64		-4.872	1-4	**0.001**		-0.814	1-4	0.416
	3. ay (4)	1.85 ±0.59	1.90 ±0.64		-1.445	2-3	0.149		-2.001	2-3	0.045
					-0.950	2-4	0.342		-0.814	2-4	0.416
					-6.955	3-4	**0.001**		-0.832	3-4	**0.045**

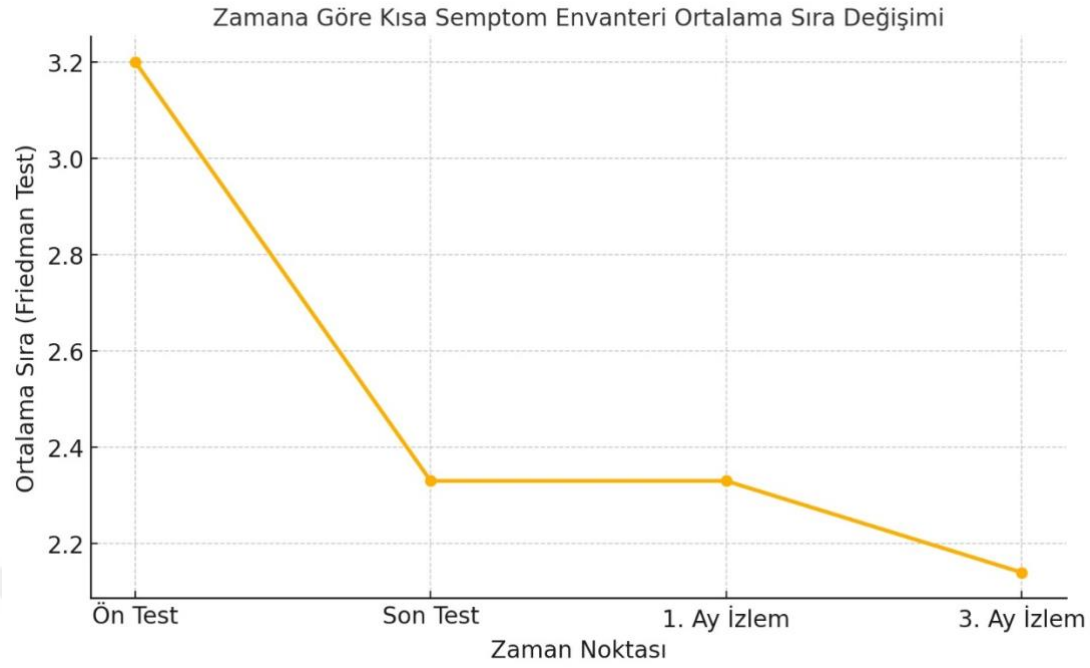
Z: Tekrarlayan ölçümler için Wilcoxon Signed-Rank post-hoc analizi, a: Bonferroni düzeltmesi, $p < 0.05$*; MG: Müdahale Grubu; KG: Kontrol Grubu



Şekil 4. Müdahale grubu HAÖ puan değişimi



Şekil 5. Müdahale grubu KNK envanteri puan değişimi



Şekil 6. Müdehale grubu KSE puan değişimi

Ön test-3. ay arası izlemlerine göre MG için kanserden sağ kalan bireyler arasında yapılan tekrarlayan ölçümler için Wilcoxon Signed-Rank post-hoc analizinde; "Kendini Affetme" puan ortalamalarının ön test-son test (Z =-4.869, p = 0.001), ön test-1. ay (Z=-4.945, p = 0.001) ve ön test-3. ay (Z =-4.945, p = 0.001) karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.4.). 1. ay-3. ay (Z = 0.000, p = 1.000) karşılaştırmasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4.). Kontrol grubunda tüm karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p> 0.05$) (Tablo 4.4.). Bonferroni Analizine göre müdehale grubundaki bireylerin ön test "Kendini Affetme" puan ortalamalarının son test, 1. ay ve 3.ay ölçüm ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p<0.005$), dolayısıyla ön teste göre diğer ölçümlerde "Kendini "Affetme" puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede yükseldiği bulunmuştur (Tablo 4.4.). MG için kanserden sağ kalan bireylerin son test "Kendini Affetme" puan ortalamalarının 1. ay ve 3. Ay izlem ölçüm ortalamaların istatistiksel açıdan anlamlı seviyede korunduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.4.).

MG için kanserden sağ kalan bireyler arasında yapılan tekrarlayan ölçümler için Wilcoxon Signed-Rank post-hoc analizinde "Başkasını Affetme" puan ortalamalarının ön test-son test (Z =-4.628, p = 0.001), ön test-1. ay (Z =-4.581, p = 0.001) ve ön test-3. ay (Z =-4.885, p = 0.001) karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4.) .Son test-3. ay (Z=-2.125, p=0.034) ve 1. ay-3. ay (Z =-2.125, p = 0.034) karşılaştırmasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p <0.05$) (Tablo 4.4.). Kontrol grubunda tüm karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p> 0.05$) (Tablo 4.4.). Bonferroni analizine göre müdahale grubu kanserden sağ kalan bireylerin ön test "Başkasını Affetme" puan ortalamalarının son test, 1. ay ve 3. ay ölçüm ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p<0.005$), dolayısıyla ön teste göre diğer ölçümlerde "Başkasını Affetme" puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede yükseldiği bulunmuştur. Ayrıca 1. ay-3. ay arasında da artışın devam ettiği ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.).

MG için kanserden sağ kalan bireyler arasında yapılan tekrarlayan ölçümler için Wilcoxon Signed-Rank post-hoc analizinde "Durumu Affetme" puan ortalamalarının ön test-son test (Z =-4.628, p = 0.001), ön test-1. ay (Z =-4.947, p = 0.001) ve ön test-3. ay (Z =-4.948, p = 0.001) karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlemlenmiştir (p<0.05) (Tablo 4.4.). Son test-1.ay (Z=-2.292, p=0.022), 1. ay-3. ay (Z =-5.568, p = 0.001) ve son test-3.ay (Z=-3.550, p=0.001) karşılaştırmasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p <0.05) (Tablo 4.4.). Kontrol grubunda ise tüm karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05) (Tablo 4.4.). Bonferroni analizine göre müdahle grubu kanserden sağ kalan bireylerin ön test "Durumu Affetme" puan ortalamalarının son test, 1. ay ve 3. ay ölçüm ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu (p<0.005), dolayısıyla ön test- son test, ön test- 1.ay izlem, ön-test-3.ay izlem, son test-1.ay izlem, son test-3.ay izlem ve 1.ay-3.ay izlem ölçümlerinde "Durumu Affetme" puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede yükseldiği bulunmuştur (Tablo 4.4.).

MG kanserden sağ kalan bireyler arasında yapılan tekrarlayan ölçümler için Wilcoxon Signed-Rank post-hoc analizinde "HAÖ" puan ortalamalarının ön test-son test (Z =-4.904, p = 0.001), ön test-1. ay (Z =- 4.942, p = 0.001) ve ön test-3.ay (Z=-4.942, p=0.001) karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p <0.05). Son test-1. ay karşılaştırması (Z =-1.862, p = 0.063) anlamlı bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.4.). 1. ay-3. ay (Z =-5,507, p = 0.001) karşılaştırmasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.4.). Kontrol grubunda tüm karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik tespit edilmemiştir (p>0.05) (tablo 4.4.). Bonferroni analizine göre müdahale grubu kanserden sağ kalan bireylerin ön test "HAÖ" puan ortalamalarının son test, 1.ay ve 3.ay ölçüm ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu (p<0.005), dolayısıyla ön test- son test, ön test- 1.ay izlem, ön-test-3.ay izlem, son test-3.ay izlem ve 1.ay-3.ay izlem ölçümlerinde "HAÖ" puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede yükseldiği belirlenmiştir (Tablo 4.4.) (Şekil 4.).

MG kanserden sağ kalan bireylerde "Kanser Nüks Korkusu" puan ortalamaları Wilcoxon Signed-Rank post-hoc analizinde ön test-son test (Z =-3.577, p = 0.001), ön test-1. ay (Z =-2.933, p = 0.003) ve ön test-3. ay (Z =-2.832, p = 0.005) karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p <0.05) (Tablo 4.4.). Son test-1.ay (Z=-5.031, p=0.001), son test-3.ay (Z=-5.025, p=0.001) ve 1. ay-3. ay (Z =-5.296, p = 0.001) karşılaştırmasında da istatistiksel olarak anlamlı bir azalma görülmüştür (p<0.05) (Tablo 4.4.). KG'de ön test-son test (Z =-4.937, p = 0.001), ön test-1. ay (Z =-4.937, p = 0.001) ve ön test-3. ay (Z =-4.937, p = 0.001) karşılaştırmalarında anlamlı fark tespit edilmiş olsa da son test-1.ay, son test-3.ay ve 1.ay-3. ay izlem ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05) (Tablo 4.4.). Bonferroni düzeltmesine göre MG kanserden sağ kalan bireylerin ön test KNK puan ortalamalarının son test, 1. ay ve 3. ay ölçüm ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu (p<0.005), dolayısıyla kanser nüks korkusunun müdahale sonrası istatistiksel anlamlı düzeyde azaldığı ve 3. ay izlemde bu azalmanın korunduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.) (Şekil 5.).

MG kanserden sağ kalan bireylerde "Kısa Semptom Envanteri" puan ortalamaları Wilcoxon Signed-Rank post-hoc analizinde ön test-son test (Z =-4.432, p = 0.001), ön test-1. ay (Z =-4.252, p = 0.001) ve ön test-3. ay (Z =-4.872, p = 0.001) karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p <0.05) (Tablo 4.4.). 1. ay-3. ay (Z =-1.445, p = 0.149) karşılaştırmasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Son test-1. ay (Z=-1.445, p=0149) ve son test-3.ay (Z=-0.950, p=0.342) karışılaştırmasında ise istatsitiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05). KG'de ön test-son test (Z=-2.001, p = 0.045) ve 1.ay-3.ay izlem (Z=-0.832, p=0.045) karşılaştırması anlamlı bir fark gösterse de (p <0.05), diğer karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik tespit edilmemiştir (p>0.05) (Tablo 4.4.). Bonferroni analizine göre MG kanserden sağ kalan bireylerin ön test KSE puan ortalamalarının son test, 1. ay ve 3. ay ölçüm ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu (p<0.005), dolayısıyla psikiyatrik semptom düzeylerinin müdahale sonrası istatistiksel anlamlı düzeyde azaldığı ve 3. ay izlemde bu azalmanın korunduğu tespit edilmiştir (Şekil 6.). KG'de ise anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.4.).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma affetme temelli grup psikoeğitim programının kanserden sağ kalan bireylerin kanser nüks korkusu, affetme düzeyleri ve psikiyatrik belirtilere etkisini incelemek amacıyla ön test–son test randomize kontrol gruplu deneysel çalışma olarak tamamlanmıştır. Araştırma sonuçları, affetme temelli psikoeğitim programının kanserden sağ kalan bireylerin affetme becerilerini geliştirdiğini, kanser nüks korku düzeylerini azalttığını ve psikiyatrik belirti düzeylerinde anlamlı iyileşmeler sağladığını ortaya koymuştur. Elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada, müdahale ve kontrol gruplarındaki bireylerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi ve gelir durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak çalışma durumu ve alternatif tıp yöntemi kullanımı değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar belirlenmiştir. Sosyo-demografik homojenliğin, psikososyal müdahale çalışmalarında müdahale etkilerini daha net ortaya koyabilme açısından önemli olduğu literatürde de belirtilmektedir (219). Bu durum, araştırmamızda grupların genel olarak homojen bir yapıya sahip olduğunu ve elde edilen sonuçların müdahalenin etkilerini yansıtma kapasitesini artırdığını göstermektedir.

Müdahale grubunda yer alan bireylerin son test affetme düzeylerinin kontol grubundaki bireylerden yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili literatür incelendiğinde araştırma bulgularımıza benzer sonuçlara raslanmıştır. Kanserden sağ kalan bireyler ve bakım vericilerine uygulanan kendi kendine affetme eğitimi, randomize kontrollü bekleme listeli araştırmasında, müdahale grubundaki bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre kendi kendine affetme düzeylerinin arttığı ve karamsarlık düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir (56). Bu bağlamda kanserden sağ kalan bireylere uygulanan psikoeğitimle affetme becerilerinin arttığı düşünülmektedir.

Müdahale grubundaki bireylerin son test kanser nüks korkusu düzeylerinin de kontrol grubundaki bireylerden düşük olduğu belirlenmiştir. İlgili literatürde, araştırmanın bulgularıyla örtüşen benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Meme kanserinden sağ kalan bireylerle yapılan odak grup görüşmelerinde, katılımcılar en çok kanserin nüksetme korkusu ile anksiyete ve depresyonla başa çıkmaya yönelik psikososyal

müdahalelere ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir (24). Luigjes-Huizer ve arkadaşlarının (2022) sistematik derleme ve meta-analiz sonuçlarında da kanserden sağ kalan bireylerin yüksek düzeyde kanser nüksetme korkusu deneyimledikleri ve bireylerin psikososyal müdahalelere ihtiyacının olduğu bildirilmiştir (57). Uygulanan affetme temelli psikoeğitim programı ile kanserden sağ kalan bireylerin yaşam deneyimlerinden anlam bulma ve belirsizlikle baş etme becerilerini arttığı bu bağlamda da nüks korkularının azaldığı düşünülmektedir.

Müdahale grubundaki bireylerin son test psikiyatrik belirti düzeylerinin kontrol grubdaki bireylerden düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan araştırmaların bulguları, bu araştırma sonucunu destekler niteliktedir. Benzer şekilde kanserden sağ kalan bireylerin yüksek düzeyde depresyon, anksiyete ve diğer psikiaytrik belirti düzeylerinin yüksek olduğu ve psikososyal müdahalelerle kontrol altına alınabileceği vurgunmaktadır (59,65 220). Kanserden sağ kalan bireylere uygulanan affetme temelli psikoeğitim programının bireylerin baş etme becerilerini ve iyilik hallerini desteklediği için yaşanılan psikiyatrik belirti düzeylerini olumlu seviyede azalttığı düşünülmektedir.

Kanserden sağ kalan bireylerin affetme eğilimleri açısından elde edilen bulgular, affetme temelli psikoeğitimin bireylerin kendini, başkalarını ve durumu affetme kapasitelerinde artış sağladığını ve bu etkinin izlem döneminde de devam ettiğini göstermiştir. Müdahale grubunda yer alan bireylerin kendini, başkalarını ve durumu affetme eğilimleri ile genel affetme düzeyleri, kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, affetme temelli müdahale programının bireylerin affetme becerilerini geliştirdiğini ve bu gelişimin müdahale sonrası da sürdüğünü göstermektedir. İlgili literatür incelendiğinde araştırma bulgularımıza benzer araştırmalara rastlanmıştır. Affetme becerisinin geliştirilmesinin kanserden sağ kalan bireylerde psikolojik dayanıklılığı artırdığı ve travma sonrası büyüme sürecine katkıda bulunduğu belirtilmiştir (63,65). Affetme temelli psikolojik müdahalelerin stres ve kaygıyı azaltmada etkili olduğu ve pozitif psikolojik sonuçlara katkı sağladığı gösterilmiştir (62,63,65). “REACH” modeline dayalı olarak geliştirilen kendi kendine affetme programının, bireylerin affetme düzeylerini anlamlı ve olumlu bir şekilde artırdığı bulunmuştur (64,221,222). Grassi ve arkadaşları (2021) ise kanser hastalarında düşmanlık ve öfke gibi duyguların sıklıkla göz ardı edildiğini belirtmiştir.

Araştırmada affetme eğilimi düşük olan bireylerin daha yüksek kanser nüks korkusu düzeylerine sahip olması, bu bulgularla örtüşmektedir (60). Affetme becerisinin geliştirilmesinin deneyimlenen olumsuz duyguların azaltılmasına ve dolayısıyla hastalıkla baş etme sürecinin güçlendirilmesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Araştırma sonuçları, müdahale grubundaki kanserden sağ kalan bireylerin kanser nüks korkusu düzeylerinde uygulanan affetme temelli psikoeğitim müdahalesi sonrası azalma olduğunu ve bu etkinin 3. ay izlemde de korunduğunu ortaya koymuştur. Kontrol grubunda ise kanser nüks korkusu düzeylerinde anlamlı bir değişim gözlenmemiştir. Kanser nüks korkusu, kanserden sağ kalan bireylerde sık görülen bir kaygı türü olup bireylerin yaşadağı psikolojik belirtiler üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir (170). Araştırmada elde edilen bulgular, affetme temelli psikoeğitim müdahalesinin kanser nüks korkusunu azaltmada etkili olduğunu ve bireylerin remisyon dönemi ile ilişkili belirsizlik ve korkuları daha iyi yönetmelerine yardımcı olabileceğini göstermektedir. Benzer şekilde Chen ve arkadaşları (2021), affetmenin kanser hastalarında stresörleri yeniden çerçeveleme ve psikolojik dayanıklılığı artırma yoluyla kanser nüks korkusunu azaltmada etkili bir strateji olduğunu vurgulamaktadır (47). Simard ve Savard'ın (2015) çalışması da bireyler herhangi bir psikososyal destek müdahalesi ile desteklenmediği takdirde kanser nüks korkusunun düşük düzeylerde normal bir tepkiden, yüksek düzeylerde ise klinik olarak önemli bir sıkıntıya dönüşebileceğini vurgulamaktadır (68). Benzer şekilde, Butow ve arkadaşları (2017) tarafından yürütülen çalışmada, kanser nüksü korkusunun azaltılmasında ve ortadan kaldırılmasında psikososyal müdahalelerin etkinliğinin önemli bir rol oynadığı vurgulanmıştır (223). Benzer şekilde meme kanserinden sağ kalan bireylere uygulanan psikiyatrik müdahaleler sonrası kanser nüks korkusu düzeylerinde anlamlı düzeyde azalma olduğu vurgulanmıştır (224). Çalışmamızda da psikoeğitim sonrası affetme eğilimindeki artışın, bireylerin kanser nüks korkusu düzeylerinde belirgin bir azalma ile paralel ilerlediği görülmüştür. Bu durum, affetmenin duygusal düzenleme stratejisi olarak kanser nüks korkusu ile başa çıkmada etkili bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Affetme temelli psikoeğitim programıyla azalan nüks korkuları ve izlemde de bu azalmanın korunması, bireylerin yaşamı olumlu düzeyde yeniden anlamlandıkları ve duygusal düzenleme stratejilerini kalıcı davranış değişikiliğine dönüştürdükleri düşünülmektedir.

Psikiyatrik belirtilere ilişkin, müdahale grubunda affetme temelli psikoeğitim müdahalesi sonrası depresyon, anksiyete, somatizasyon ve hostilite gibi belirtilerde anlamlı azalmalar olduğunu göstermiştir. Bu iyileşmenin, müdahale sonrası ilk ayda belirginleştiği ve 3. ay izlemde de korunduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise bu göstergelerde anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Meme kanserinden sağ kalan bireylere yönelik uygulanan psikoeğitim müdahalelerini inceleyen sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, müdahale grubundaki bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gözlendiği raporlanmıştır (225). Bu bulgular, affetme temelli psikoeğitimin psikolojik iyilik hali üzerinde olumlu etkiler yarattığını ve duygusal regülasyonu güçlendirdiğini ve psikolojik belirtilerde iyileşme sağladığını göstermiştir (40,56,64,114). Literatürdeki çalışmalar da benzer sonuçlar bildirmiştir (60,165). Kim, Hulett ve Heiney'nin (2021) yürüttüğü scoping derlemesinde, affetmenin kanserden sağ kalan bireylerin ruh sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğunu ortaya koymuştur. Bu derleme, affetmenin kanser sonrası dönemde görülen kaygı, depresyon ve stres düzeylerini azalttığını, umut ve yaşam doyumu gibi pozitif psikolojik faktörleri ise artırdığı vurgulanmıştır (176). Benzer şekilde; Toussaint ve arkadaşları (2014), affetmenin stres düzeyini azaltarak psikolojik belirtilerde iyileşme sağladığını; Worthington ve arkadaşları (2004) ise affetmenin genel esenlik üzerindeki etkilerini vurgulamıştır (56,122). Uygulanan affetme müdahalelerinin; kanser hastalarında umut düzeylerinde artış ve anksiyete ile depresyonda anlamlı azalmanın olduğu saptanmıştır (56,113,224-229). Tae ve Youn (2006) tarafından geliştirilen "Affetme Hemşireliği Müdahale Programı" da kanser hastalarında umut ve yaşam kalitesini artırmıştır (54). Toussaint ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise affetme eğitimi sonrası müdahale grubunda kendini affetme, kişisel gelişim ve karamsarlık düzeylerinde iyileşmeler tespit edilmiştir (56). Literatürde kanserden sağ kalan bireylerde affetme temelli müdahalelerin psikolojik belirtiler üzerine yapılan çalışmalar, bizim bulgularımızı desteklemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada, kanserden sağ kalan bireylerde kanser nüks korkusu, affetme düzeyleri ve psikiyatrik belirtinin düzeylerinin belirlenmesi ve uygulanan müdahale programının etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bulgular ışığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Müdahale ve kontrol gruplarındaki bireylerin sosyo-demografik özellikleri büyük ölçüde benzerlik göstermektedir. Sosyodemografik değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır, yalnızca çalışma durumu ve tıp dışı alternatif yöntem kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Bu durum, grupların genel olarak homojen bir yapıya sahip olduğunu ve elde edilen bulguların müdahalenin etkisini yansıtma gücünü artırdığını göstermektedir.
- Müdahale grubunun affetme düzeylerinde, "Kendini Affetme", "Başkasını Affetme" ve "Durumu Affetme" alt boyutlarında ve genel affetme düzeylerinde, ön testten son teste ve birinci ile üçüncü ay izlem ölçümlerine kadar anlamlı bir artış gösterdiği belirlenmiştir. Bu sonuç, affetme temelli psikoeğitim programının kanserden sağ kalan bireylerin affetme becerilerini geliştirmede etkili olduğunu ortaya koymaktadır. $H0_1$ hipotezi; Affetme düzeyleri üzerine etkisi yoktur hipotezi reddedilmiştir. Kontrol grubunda ise herhangi bir fark görülmemiştir.
- Müdahale grubunda kanser nüks korkusu düzeylerinde, istatistiksel olarak anlamlı bir azalma tespit edilmiştir. Müdahale sonrasında bireylerin kanserin nüksetme korkusunun azaldığı ve bu azalmanın üçüncü ay izlemde korunduğu görülmüştür. $H0_2$ hipotezi; Nüks korkusu üzerine etkisi yoktur hipotezi reddedilmiştir. Kontrol grubunda ise KNK puanları yüksek düzeyde kalmıştır.
- Müdahale grubunda psikiyatrik belirti düzeylerine göre, anksiyete, depresyon ve somatizasyon gibi psikiyatrik belirti düzeylerinde anlamlı azalma saptanmıştır. Özellikle, ön test-son test ve birinci ay karşılaştırmalarında fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu azalma, affetmenin psikolojik iyilik haline olan olumlu etkilerini desteklemektedir. $H0_3$ hipotezi; Psikiyatrik belirtileri

üzerine etkisi yoktur hipotezi reddedilmiştir. Kontrol grubunda ise herhangi bir fark görülmemiştir.

6.2. Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Affetme temelli psikoeğitim programının, kanserden sağ kalan bireylerin rehabilitasyon süreçlerine dahil edilerek onkoloji birimlerinde düzenli benzer programla grup ya da bireysel psikoeğitimlerin planlanması ve psikoeğitimlerin konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireleri tarafından yürütülmesi,
- Affetme temelli psikoeğitim programının onkoloji birimlerinde uygulanabilir hale gelmesi, yaygınlaştırılması
- Affetme temelli psikoeğitim programının etkinliğine yönelik metaanaliz araştırmalarının yapılması,
- Affetme temelli psikoeğitim programının etkinliğine ilişkin daha uzun takip araştırmalarının yapılması önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

1. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2023. Atlanta: American Cancer Society; 2023.

2. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. CA Cancer J Clin.73(1):17-48.

3. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, *71*(3), 209-249.

4. Grotmol KS, Lie HC, Hjermstad MJ, Aass N, Currow D, Kaasa S, et al. (2017). Depression a major contributor to poor quality of life in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 54(6):889-97.

5. Wang G-L, Cheng C-T, Feng A-C, Hsu S-H, Hou Y-C, Chiu C-Y. (2017). Prevalence, risk factors, and the desire for help of distressed newly diagnosed cancer patients: a large-sample study. Palliat Support Care. 15(3):295-304.

6. Mehnert A, Hartung TJ, Friedrich M, Vehling S, Brähler E, Härter M, et al. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: prevalence and indicators of distress. Psycho-Oncology. 27(1):75-82.

7. Brown AJ, Thaker PH, Sun CC, Urbauer DL, Bruera E, Bodurka DC, et al. (2017). Nothing left to chance? The impact of locus of control on physical and mental quality of life in terminal cancer patients. Support Care Cancer. 25(6):1985-91.

8. Riba MB, Donovan KA, Andersen B, Braun I, Breitbart WS, Brewer BW, et al. (2019). Distress management, version 3.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw. 17(10):1229-49.

9. Sajjadi M, Rassouli M, Abbaszadeh A, Brant J, Majd HA.(2016). Lived experiences of "illness uncertainty" of Iranian cancer patients: a phenomenological hermeneutic study. Cancer Nurs.39(4):E1-E9.

10. Verduzco-Aguirre HC, Babu D, Mohile SG, Bautista J, Xu H, Culakova E, et al. (2021). Associations of uncertainty with psychological health and quality of life in older adults with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 61(2):369-76.e1.

11. Naus, M. J., Ishler, M. D., Parrott, C. E., & Kovacs, S. A. (2009). Cancer survivor adaptation model: conceptualizing cancer as a chronic illness. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(12), 1350-1359.

12. Perry LM, Hoerger M, Sartor O, Robinson WR. (2020). Distress among African American and

White adults with cancer in Louisiana. J Psychosoc Oncol. 38(1):63-72.

13. Bellali T, Manomenidis G, Meramveliotaki E, Minasidou E, Galanis P. (2020). The impact of anxiety and depression in the quality of life and psychological well- being of Greek hematological cancer patients on chemotherapy. Psychol Health Med. 25(2):201-13.

14. Miller KD, Nogueira L, Devasia T, Mariotto AB, Yabroff KR, Jemal A, et al. (2022) Cancer treatment and survivorship statistics. CA Cancer J Clin. 72(5):409-36.

15. Mayer DK, Nasso SF, Earp JA. (2017). Defining cancer survivors, their needs, and perspectives on survivorship health care in the USA. Lancet Oncol. 18(1):e11-e8.

16. Stanton AL, Rowland JH, Ganz PA. (2015). Life after diagnosis and treatment of cancer in adulthood: contributions from psychosocial oncology research. Am Psychol. 70(2):159-74.

17. Jim HS, Jacobsen PB. (2008). Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: a review. Cancer J.14(6):414-9.

18. Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. Lancet Oncol.14(8):721-32.

19. Su M, Hua X, Wang J, Yao N, Zhao D, Liu W, et al. (2019). Health-related quality of life among cancer survivors in rural China. Qual Life Res. 28(3):695-702.

20. Van Leeuwen M, Husson O, Alberti P, Arraras JI, Chinot OL, Costantini A, et al. (2018). Understanding the quality of life (QOL) issues in survivors of cancer: towards the development of an EORTC QOL cancer survivorship questionnaire. Health Qual Life Outcomes. 16(1):114.

21. Martínez Arroyo O, Andreu Vaíllo Y, Martínez López P, Galdón Garrido MJ. (2019). Emotional distress and unmet supportive care needs in survivors of breast cancer beyond the end of primary treatment. Support Care Cancer. 27(3):1049- 57.

22. Lou Y, Yates P, Chan RJ, Ni X, Hu W, Zhuo S, et al. (2021).Unmet supportive care needs and associated factors: a cross-sectional survey of Chinese cancer survivors. J Cancer Educ. 36(6):1219-29.

23. Santin O, Murray L, Prue G, Gavin A, Gormley G, Donnelly M.(2015). Self-reported psychosocial needs and health-related quality of life of colorectal cancer survivors. Eur J Oncol Nurs. 2015;19(4):336-42.

24. Kim SH, Park S, Kim SJ, Hur MH, Lee BG, Han MS. (2020). Self-management needs of breast cancer survivors after treatment: results from a focus group interview. Cancer Nurs. 43(1):78-85.

25. Cheng K, Wong W, Koh C. (2016). Unmet needs mediate the relationship between symptoms

and quality of life in breast cancer survivors. Support Care Cancer. 24(5):2025-33.

26. Drury A, Payne S, Brady A-M. (2020). Colorectal cancer survivors' quality of life: a qualitative study of unmet need. BMJ Support Palliat Care. bmjspcare- 2020-002190.

27. Mazariego C, Juraskova I, Campbell R, Smith D. (2020). Long-term unmet supportive care needs of prostate cancer survivors: 15-year follow-up from the NSW Prostate Cancer Care and Outcomes Study. Support Care Cancer.28(11):5511-20.

28. Pongthavornkamol K, Lekdamrongkul P, Pinsuntorn P, Molassiotis A.(2019). Physical symptoms, unmet needs, and quality of life in Thai cancer survivors after the completion of primary treatment. Asia Pac J Oncol Nurs. 6(4):363-71.

29. Kim JY, Chun M, Kim S-W, Song J. (2020). Identification of Korean cancer survivors' unmet needs and desired psychosocial assistance: A focus group study. PLoS One. 15(1):e0228054.

30. Seiler A, Jenewein J. (2019). Resilience in cancer patients. Front Psychiatry. 10:208.

31. Rutter M. (2012). Resilience as a dynamic concept. Dev Psychopathol. 24(2):335- 44.

32. Hu T, Zhang D, Wang J.(2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. Personality and Individual differences. 76:18-27.

33. Park CL, Dibble KE, Sinnott S, Sanft T, Bellizzi KM. Resilience trajectories of cancer survivors: A meaning-making perspective. Altmaier EM, editor. Navigating life transitions for meaning. London: Academic Press; 2020

34. Frankl VE. Man's search for meaning. New York: Washington Square Press; 1985.

35. Yalom I. Varoluşçu Psikoterapi. Çev: Babayiğit Z. İstanbul: Pegasus Yayınları; 2018.

36. Park CL, Edmondson D, Fenster JR, Blank TO.(2008). Meaning making and psychological adjustment following cancer: the mediating roles of growth, life meaning, and restored just-world beliefs. J Consult Clin Psychol. 76(5):863-75.

37. Van der Spek N, Vos J, van Uden-Kraan CF, Breitbart W, Tollenaar RA, Cuijpers P, et al. (2013). Meaning making in cancer survivors: a focus group study. PLoS One.8(9):e76089.

38. Holland JC, Reznik I. (2005). Pathways for psychosocial care of cancer survivors. Cancer. ;104(S11):2624-37.

39. Janoff-Bulman R, Frieze IH. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. Journal of Social Issues. 39(2):1-17.

40. Lee V. (2008). The existential plight of cancer: meaning making as a concrete approach to the intangible search for meaning. Support Care Cancer.16(7):779-85.

41. Trusson D, Pilnick A, Roy S. (2016). A new normal?: Women's experiences of biographical disruption and liminality following treatment for early stage breast cancer. Soc Sci Med. 151:121-9.

42. Dauphin S, Van Wolputte S, Jansen L, De Burghgraeve T, Buntinx F, van den Akker M. (2020). Using liminality and subjunctivity to better understand how patients with cancer experience uncertainty throughout their illness trajectory. Qual Health Res. 30(3):356-65.

43. Breitbart WS, Breitbart W, Poppito SR. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A treatment manual. New York: Oxford University Press; 2014.

44. Park CL. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. Psychol Bull. 136(2):257-301.

45. Laranjeira C, Leão PP, Leal I. (2013). Meaning of life after cancer: An existential-phenomenological approach to female cancer survival. Women's Studies International Forum. 40:132-43.

46. Saraf S, Singh TB, Khurana S. (2013). Cervical Cancer Survivors: Meaning in Life. Psychol Stud. 58(2):144-52.

47. Li X, Chen S, Zhang J, Li L, Li Y, Ye M. (2021).Resilience process and its protective factors in long-term survivors after lung cancer surgery: a qualitative study. Support Care Cancer. 29(3):1455-63.

48. Rutter M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. Br J Psychiatry. 147(6):598-611.

49. Enright, R. D. (1991). The moral development of forgiveness. Handbook of moral behavior and development, 1, 123-152.

50. Enright RD. (1996).Counseling within the forgiveness triad: On forgiving, receiving forgiveness, and self-forgiveness. Couns Values;40(2):107–26.

51. Sutton, G. W. (2016). Forgiveness therapy: An empirical guide for resolving anger and restoring hope. Journal of Psychology and Christianity, 35(4), 368.

52. Stackhouse, M. R., Ross, R. J., Boon, S. D. (2016). The devil in the details: Individual differences in unforgiveness and health correlates. Personality and Individual Differences, 94, 337-341.

53. Asıcı, E., Uygur, S. S. (2017). Duygusal Öz-Yeterlik ve Affetmenin Algılanan Stres Düzeyini Yordayıcı Rolü. Itobiad: Journal of the Human & Social Science Researches, 6(3).

54. Tae, YS, Youn, SJ. (2006). Effects of a Forgiveness Nursing Intervention Program on Hope and Quality of life in Woman Cancer Patients. Asian Oncology Nursing;6(2):111–2

55. Recine AC. Designing Forgiveness Interventions. (2015). Journal of Holistic Nursing;33(2):161–7.

56. Toussaint L, Barry M, Bornfriend L, Markman M. (2014). Restore: The Journey Toward Self-Forgiveness: A Randomized Trial of Patient Education on Self-Forgiveness in Cancer Patients and Caregivers. Journal of Health Care Chaplaincy.20(2):54–74.

57. Luigjes-Huizer, Y. L., Tauber, N. M., Humphris, G., Kasparian, N. A., Lam, W. W., Lebel, S., ... & van der Lee, M. L. (2022). What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psycho-Oncology*, *31*(6), 879-892.

58. Thewes B, Butow P, Zachariae R, et al. Fear of cancer recurrence: a systematic literature review of self-report measures. Psychooncology. 2012;21(6):571–87.

59. Jean, C. Y., & Syrjala, K. L. (2017). Anxiety and depression in cancer survivors. *The Medical Clinics of North America*, *101*(6), 1099.

60. Grassi, L., Belvederi Murri, M., Riba, M., de Padova, S., Bertelli, T., Sabato, S., ...and Zerbinati, L. (2021). Hostility in cancer patients as an underexplored facet of distress‖. *Psycho-Oncology,* 30(4), 493-503.

61. Weiner, B. (2001). Intrapersonal and interpersonal theories of motivation from an attribution perspective. In *Student motivation* (pp. 17-30). Springer, Boston, MA.

62. Enright, Robert D.; Fitzgibbons, Richard P. (2015). Forgiveness therapy: An empirical guide for resolving anger and restoring hope.

63. Thompson, A. E., Capesius, D., Kulibert, D., & Doyle, R. A. (2020). Understanding infidelity forgiveness: An application of implicit theories of relationships. *Journal of Relationships Research*, *11*, e2.

64. Worthington, E. L. (2024). REACH forgiveness: A narrative analysis of group effectiveness. *International Journal of Group Psychotherapy*, *74*(3), 330-364.

65. Carreira, H., Williams, R., Müller, M., Harewood, R., Stanway, S., & Bhaskaran, K. (2018). Associations between breast cancer survivorship and adverse mental health outcomes: a systematic review. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, *110*(12), 1311-1327.

66. Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S. and Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies‖. Journal of Cancer Survivorship, 7(3), 300-322.

67. Martinez, M. E. (2006). What is metacognition?‖. Phi delta kappan, 87(9), 696-699.

68. Simard, S. and Savard, J. (2015). ―Screening and comorbidity of clinical levels of fear of

cancerrecurrence‖. Journal of Cancer Survivorship, 9(3), 481-491.

69. American Cancer Society, Signs and Symptoms of Cancer. Erişim Adresi: https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/signs-and- symptoms-of-cancer.html Erişim Tarihi: 15.08.2024

70. World Health Organization. (2023). Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1. Erişirm tarihi: 24 Nisan 2025

71. Feuerstein, M. (2007). ―Defining cancer survivorship‖. *Journal of cancer survivorship: research and practice,* 1(1), 5-7.

72. McCabe, M. S., Bhatia, S., Oeffinger, K. C., Reaman, G. H., Tyne, C., Wollins, D. S. And Hudson, M. M. (2013). ―American Society of Clinical Oncology statement: achieving high-quality cancer survivorship care‖. *Journal of Clinical Oncology*, 31(5), 631.

73. National Cancer Institute, Cancer-Terms, Survivor. Erişim Adresi: https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/survivor Erişim Tarihi: 24.04.2025

74. Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer‖. New England Journal of Medicine, 313(4), 270-273.

75. Holtmaat, K., van der Spek, N., Lissenberg-Witte, B., Breitbart, W., Cuijpers, P., & Verdonck-de Leeuw, I. (2020). Long-term efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: 2-Year follow-up results of a randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, *29*(4), 711-718.

76. Van der Spek, N., Vos, J., van Uden-Kraan, C. F., Breitbart, W., Cuijpers, P., Holtmaat, K., ... & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2017). Efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, *47*(11), 1990-2001.

77. Yıldız Aytaç, G. Kanserden sağ kalan bireylere uygulanan randomize kontrollü psikososyal müdahalelerin psikolojik sağlamlık, travma sonrası büyüme ve anlam bulma düzeyi üzerine etkisi: Bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışması. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi,2023; 114-126.

78. Nekhlyudov, L., Mollica, M. A., Jacobsen, P. B., Mayer, D. K., Shulman, L. N. And Geiger, A. M. (2019). ―Developing a quality of cancer survivorship care framework: implications for clinical care, research, and policy‖. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute,* 111(11), 1120-1130.

79. Tedeschi RG, Calhoun LG. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. Psychological inquiry. 15(1):1-18

80. Stanton AL, Ganz PA, Kwan L, Meyerowitz BE, Bower JE, Krupnick JL, et al. (2005).Outcomes from the Moving Beyond Cancer psychoeducational, randomized, controlled trial with breast cancer patients. J Clin Oncol. 23(25):6009-18

81. McCullough, M.E., Pargament, K.I., Thoresen, C.E. (2000). *The psychology of forgiveness: History, conceptual issues, and overview.* M.E. McCullough, K.I. Pargament, C.E. Thoresen (Eds.), Forgiveness: Theory, research, and practice (pp. 1–14). New York: Guilford Press.

82. Worthington, E.L. (1998). *Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological perspectives*. (1 st edition). Philadelphia: The Templeton Foundation Press.

83. Rotter, J.C. (2001). Letting go: Forgiveness in counseling. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 9*(2), 174-177. doi:10.1177/1066480701092012

84. Bugay, A. ve Demir, A. (2012). Affetme arttırılabilinir mi?: Affetmeyi geliştirme grubu. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 4*(37), 96-106.

85. Enright, R.D. ve Coyle, C.T. (1998). *The use of forgiveness in Marital Therapy*. M.E. McCullough, K.I. Pargament, C.E. Thoresen (Eds.), Forgiveness: Theory, research, and practice. New York: Guilford Press

86. McCullough, M.E. ve Witvliet, C.V.O. (2002). *The psychology of forgiveness.* C.R. Snyder, S.J. Lopez (Eds.), Handbook of positive psycholog (pp. 446-458). New York: Oxford University Press.

87. Smedes, L.B. (1984). *Forgive and forget: Healing the hurts we don't deserve.* New York: Harper Collins.

88. North, J. (1987). Wrongdoing and forgiveness. *Philosophy, 62*(242), 499-508 doi:10.1017/s003181910003905x

89. Hargrave, T.D. ve Sells, J.N. (1997). The development of a forgiveness scale. *Journal of Marital and Family Therapy, 23*(1), 41-62. doi:10.1111/j.1752-0606.1997.tb00230.x

90. Piderman, K.M. (2010). *Forgiveness: How to Let Go of Grudges and Bitterness.* http://clarkschapel.org/Forgiveness.pdf. Erişim Tarihi: 28 Nisan 2025

91. Denham, S., Neal, K., Wilson, B., Pickering, S., Boyatzis, C. (2005). *Emotional development and forgiveness in children: Emerging evidence*. E.L. Worthington (Eds.), Handbook of forgiveness (pp. 127-142). New York: Routledge.

92. Türk Dil Kurumu. (2025). *Affetme*. https://tdk.gov.tr/?s=Affetme (Erişim tarihi: 28 Nisan 2025)

93. Ayten, A. ve Gashi, F. (2012). Affetme ve hayat memnuniyeti üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Balkan Araştırmaları Dergisi, 3*(2), 11-36.

94. Bugay, A. ve Demir, A. (2011). Hayata ilişkin özelliklerin başkalarını affetmeyi yordaması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 4*(35), 8-17.

95. Krause, N. ve Ellison, C.G. (2003). Forgiveness by God, forgiveness of others, and psychological well-being in late life. *Journal for the Scientific Study of Religion, 42*(1), 77-93. doi:10.1111/1468-5906.00162

96. Enright, R.D. ve Fitzgibbons, R.P. (2000). *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. America: American Psychological Association.

97. Öz, F., Seki Öz, H., & Belen, H. M. (2021). Psikiyatri hemşireliği ile ilgili bir kavram: Affetme. M. Yılmaz (Ed.), *Psikiyatri hemşireliğinde güncel yaklaşımlar II* (1. baskı, ss. 81–97). Akademisyen Yayınevi. ISBN 978-625-7496-33-9

98. Bauer, L., Duffy, J., Fountain, E., Halling, S., Holzer, M., Jones, E., Rowe, J. O. (1992). Exploring self-forgiveness. *Journal of Religion and Health*, *31*(2), 149-160.

99. Hall, J. H., Fincham, F. D. (2005). Self–forgiveness: The stepchild of forgiveness research. *Journal of social and clinical psychology*, *24*(5), 621-637.

100. Breitbart, W. (2018). Forgiveness. *Palliative and Supportive Care, 16*(3), 244-245. doi:10.1017/S1478951518000408

101. McCullough, M.E., Worthington, E.L., Rachal, K.C. (1997). Interpersonal forgiving in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*(2), 321-336. doi:10.1037//0022-3514.73.2.321

102. Witvliet, C.V.O. (2005). *Unforgiveness, forgiveness, and justice:* Scientific findings on feelings and physiology. E.L. Worthington (Eds.), Handbook of forgiveness (pp. 305-319). New York: Brunner-Routledg

103. Rusbult, C.E., Hannon, P.A., Stocker, S.L., Finkel, E.J. (2005). *Forgiveness and relational repair* E.L.Worthington (Eds.), Handbook of Forgiveness (pp. 185-205). New York: Routledge.

104. Thompson, L.Y., Snyder, C.R., Hoffman, L., Michael, S.T., Rasmussen, H.N., Billings, L.S., ... Roberts, D.E. (2005). Dispositional forgiveness of self, others, and situations. *Journal of Personality, 73*(2), 313-359. doi:10.1111/j.1467- 6494.2005.00311.x

105. Waltman, M.A. (2003). The psychological and physiological effects of forgiveness education in male patients with coronary artery disease. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences ve Engineering, 63*(8-B), 3971.

106. Worthington, E. L., Jr. (2009). *(How the REACH forgiveness)*. In *Forgiving and reconciling: Bridges to wholeness and hope* (pp. 73–145). InterVarsity Press.

107. Worthington, E.L. (2001). *Five steps to forgiveness: The art and science of forgiving*. (1 st

edition). Crown.

108. Worthington, E.L. (2005). *Initial questions about the art and science of forgiving.* E.L. Worthington (Eds.), Handbook of forgiveness (pp. 1-14). New York: Routledge.

109. Wade, N.G., Worthington, E.L., Meyer, J.E. (2005). *But do they work? A meta analysis of group interventions to promote forgiveness.* E.L. Worthington (Eds.), Handbook of forgiveness (pp. 423-440). New York: Brunner-Routledge.

110. Hargrave, T.D. (1994). Families and forgiveness: A theoretical and therapeutic framework. *The Family Journal, 2*(4), 339-348. doi:10.1177/1066480794024007

111. Sells, J. N., & Hargrave, T. D. (1998). Forgiveness: A review of the theoretical and empirical literature. *Journal of Family Therapy*, *20*(1), 21-36.

112. Smedes, L. B. (1996). *The art of forgiving: When you need to forgive and don't know how.* Moorings.

113. Lee, Y. R., & Enright, R. D. (2019). A meta-analysis of the association between forgiveness of others and physical health. *Psychology & Health*, *34*(5), 626-643.

114. Belen, H. M., & Sarikoç, G. (2024). Cancer Patients: Forgiveness, Discomfort Intolerance and Psychiatric Symptoms. *Journal of Palliative Care*, *39*(3), 227-237.

115. Allemand, M., Amberg, I., Zimprich, D. & Fincham, F.D. (2007). The Role of Trait Forgiveness and Relationship Satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 26, No. 2, 2007, pp. 199–217

116. Toussaint, L., Kamble, S., Marschallm, J., & Duggi, D. (2016). The effects of brief prayer on the experience of forgiveness: An American and Indian comparison. Int J Psychol. 2016 Aug;51(4):288-95.

117. Vatansever, M. (2016). *Alkol Bağımlılığı Olan ve Olmayan Bireylerde Affetme ile Utanç-Suçluluk Duyguları ve Öfke Ruminasyonu Arasındaki İlişkinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi,* Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

118. Romero, C., Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., & Liscum, K. R. (2006). Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, *29*, 29-36.

119. Fisher, M. L., & Exline, J. J. (2006). Self-forgiveness versus excusing: The roles of remorse, effort, and acceptance of responsibility. *Self and Identity*, *5*(02), 127-146.

120. Witvliet, C.V.O., Phipps, K.A., Feldman, M.E., Beckham, J.C. (2004). Posttraumatic mental and physical health correlates of forgiveness and religious coping in military veterans. *Journal of Traumatic Stress, 17*(3), 269-273. doi:10.1023/B:JOTS. 0000029270.47848.e5

121. Freedman, S.R. ve Enright, R.D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 983-992. doi:10.1037/0022-006X.64.5.983

122. Worthington, E. L., & Scherer, M. (2004). Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: Theory, review, and hypotheses. *Psychology and Health, 19*(3), 385-405.

123. Li, P., Guo, Y. J., Tang, Q., & Yang, L. (2018). Effectiveness of nursing intervention for increasing hope in patients with cancer: a meta-analysis. *Revista latino-americana de enfermagem*, *26*, e2937.

124. Powers, C., Nam, R. K., Rowatt, W. C., & Hill, P. C. (2007). Associations between humility, spiritual transcendence, and forgiveness. *Research in the social scientific study of religion*, *18*, 75.

125. Ross, L. (1997). The nurses role in assessing and responding to patient's spiritual needs. *International Journal of Palliative Care, 3*(1), 37-41.doi:10.12968/ijpn.1997.3.1.37

126. Strelan, P. (2007). Who forgives others, themselves, and situations? The roles of narcissism, guilt, self-esteem, and agreeableness. *Personality and Individual Differences*, *42*(2), 259-269.

127. Walker, D. F., & Gorsuch, R. L. (2002). Forgiveness within the Big Five personality model. *Personality and Individual Differences*, *32*(7), 1127-1137.

128. Jacinto, G. A. (2010). The self-forgiveness process of caregivers after the death of care-receivers diagnosed with Alzheimer's disease. *Journal of Social Service Research*, *36*(1), 24-36

129. Wade, N. G., Schultz, J. M., & Schenkenfelder, M. (2017). *Forgiveness therapy in the reconstruction of meaning following interpersonal trauma*. In G. A. Allen (Ed.), *Spirituality and Meaning After Trauma* (pp. 85–102).

130. Friedman, L. C., Barber, C. R., Chang, J., Tham, Y. L., Kalidas, M., Rimawi, M. F., ... & Elledge, R. (2010). Self-blame, self-forgiveness, and spirituality in breast cancer survivors in a public sector setting. *Journal of Cancer Education*, *25*(3), 343-348.

131. Reed, G. L., & Enright, R. D. (2006). The effects of forgiveness therapy on depression, anxiety, and posttraumatic stress for women after spousal emotional abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 920–929. https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.920

132. İnci, F., Öz, F. (2012). Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, *4*(2).

133. Bahrami M.(2011). Meanings and aspects of Quality of Life for cancer patients: A descriptive exploratory qualitative study. Journal Of Contemporary Nurse. 39(1):75–84.

134. Westman, B., Bergenmar, M., Andersson, L. (2006). Life, illness and death—existential reflections of a Swedish sample of patients who have undergone curative treatment for breast or prostatic cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, *10*(3), 169-176.

135. Gençöz F. (1998).Uyum Pikolojisi. Kriz Dergisi. 6 (2):1–8.

136. Brandão, T., Schulz, M. S., Matos, P. M. (2017). Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. Psycho-oncology, *26*(7), 917-926.

137. Hallac S, Öz F. Existential Anxiety in Diagnostic Process of Genital Cancer. (2011). Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry. 3(4):595.

138. Chad-Friedman, E., Coleman, S., Traeger, L. N., Pirl, W. F., Goldman, R., Atlas, S. J., & Park, E. R. (2017). Psychological distress associated with cancer screening: a systematic review. *Cancer*, *123*(20), 3882-3894.

139. Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment. *Oncology letters*, *9*(4), 1509-1514.

140. Stark DPH, House A. (2000).Anxiety in cancer patients. British Journal of Cancer. Nature Publishing Group.83;1261–7.

141. Bag, B. (2014). Kanser Hastalarinda Depresyon/Depression in Cancer Patients. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, *6*(2), 186.

142. Pasquini, M., Biondi, M. (2007). Depression in cancer patients: a critical review. *Clinical Practice and epidemiology in mental health*, *3*(1), 2.

143. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A.(2018). Depression and anxiety in patients with cancer. BMJ. 361.

144. Öz F.Hastalık Yaşantısında Belirsizlik Türk Psikiyatri Dergisi .(2001)Türk Psikiyatri *Dergisi;*12(1):61–8

145. Bjerkeset, E., Röhrl, K., & Schou-Bredal, I. (2020). Symptom cluster of pain, fatigue, and psychological distress in breast cancer survivors: prevalence and characteristics. *Breast cancer research and treatment*, *180*(1), 63-71.

146. Armes, J., Crowe, M., Colbourne, L., Morgan, H., Murrells, T., Oakley, C., ... & Richardson, A. (2009). Patients' supportive care needs beyond the end of cancer treatment: a prospective, longitudinal survey. Journal of Clinical Oncology, 27(36), 6172-6179.

147. Smith, S. K., Zimmerman, S., Williams, C. S., Benecha, H., Abernethy, A. P., Mayer, D. K., ... & Ganz, P. A. (2011). Post-traumatic stress symptoms in long-term non-Hodgkin's lymphoma survivors: does time heal?. *Journal of Clinical Oncology*, *29*(34), 4526-4533.

148. Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, *4*(4), 330-338.

149. Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *14*(4), 308-319.

150. Bower, J. E., Bak, K., Berger, A., Breitbart, W., Escalante, C. P., Ganz, P. A., ... & Jacobsen, P. B. (2014). Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an American Society of Clinical oncology clinical practice guideline adaptation. *Journal of clinical oncology*, *32*(17), 1840-1850.

151. Porter, K. E. (2013). "Chemo brain"—is cancer survivorship related to later-life cognition? Findings from the health and retirement study. *Journal of aging and health*, *25*(6), 960-981.

152. Fang, S. Y., Chang, H. T., & Shu, B. C. (2014). Objectified body consciousness, body image discomfort, and depressive symptoms among breast cancer survivors in Taiwan. *Psychology of Women Quarterly*, *38*(4), 563-574.

153. Vickberg, S. M. J. (2003). ―The Concerns About Recurrence Scale (CARS): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence‖. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(1), 16-24.

154. Almeida, S. N., Elliott, R., Silva, E. R. and Sales, C. M. (2019). ―Fear of cancer recurrence: A qualitative systematic review and meta-synthesis of patients' experiences‖. *Clinical Psychology Review,* 68, 13-24.

155. L. J., Baum, M., & Maguire, G. P. (1986). Addressing the psychological needs of the conservatively treated breast cancer patient; discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine, 80*, 696-700.

156. Lasry, J. C. M., & Margolese, R. G. (1992). Fear of recurrence, breast-conserving surgery, and the trade-off hypothesis. *Cancer*, *69*(8), 2111-2115.

157. Hall, A., & Fallowfield, L. (1989). Psychological outcome of treatment for early breast cancer: a review. *Stress Medicine*, *5*(3), 167-175.

158. Crist, J. V., & Grunfeld, E. A. (2013). Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*, *22*(5), 978-986.

159. Leventhal, H., Leventhal, E. A., Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and health*, *13*(4), 717-733.

160. Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., Bebbington Hatcher, M. (1997). Fear of cancer recurrence—a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of

recurrence fears. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *6*(2), 95-105.

161. Llewellyn, C. D., Weinman, J., McGurk, M., & Humphris, G. (2008). Can we predict which head and neck cancer survivors develop fears of recurrence?. *Journal of psychosomatic research*, *65*(6), 525-532.

162. Corter, A. L., Findlay, M., Broom, R., Porter, D., & Petrie, K. J. (2013). Beliefs about medicine and illness are associated with fear of cancer recurrence in women taking adjuvant endocrine therapy for breast cancer. *British journal of health psychology*, *18*(1), 168-181.

163. Wells A, Matthews G (1996) Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. Behav Res Ther, 34:881-888

164. Fardell, J. E., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L., Smith, A. B., ... & Butow, P. (2016). Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel cognitive processing formulation. *Journal of cancer survivorship*, *10*, 663-673.

165. Reed, S. C., Bell, J. F., Miglioretti, D. L., Nekhlyudov, L., Fairman, N., & Joseph, J. G. (2020). Fear of cancer recurrence and associations with mental health status and individual characteristics among cancer survivors: Findings from a nationally representative sample. *Journal of psychosocial oncology*, *38*(2), 125-142.

166. Urquhart, R., Kendell, C., & Lethbridge, L. (2025). Fear of cancer recurrence is associated with higher primary care use after cancer treatment: a survey-administrative health data linkage study. *Supportive Care in Cancer*, *33*(3), 1-10.

167. Lebel, S., Beattie, S., Arès, I., & Bielajew, C. (2013). Young and worried: Age and fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*, *32*(6), 695.

168. Custers, J. A., Gielissen, M. F., Janssen, S. H., de Wilt, J. H., & Prins, J. B. (2016). Fear of cancer recurrence in colorectal cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, *24*, 555-562.

169. Ellegaard, M. B. B., Grau, C., Zachariae, R., & Bonde Jensen, A. (2017). Fear of cancer recurrence and unmet needs among breast cancer survivors in the first five years. A cross-sectional study. *Acta Oncologica*, *56*(2), 314-320.

170. Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., & Butow, P. (2017). Current state and future prospects of research on fear of cancer recurrence. *Psycho-oncology*, *26*(4), 424-427.

171. Mutsaers, B., Rutkowski, N., Jones, G., Lamarche, J., & Lebel, S. (2020). Assessing and managing patient fear of cancer recurrence. *Canadian Family Physician*, *66*(9), 672-673.

172. Simard, S., & Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial

validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive care in cancer*, *17*, 241-251.

173. Kim, Y., Min, H. Y., & An, H. J. (2025). Fear of cancer recurrence interventions for breast cancer survivors in the 2020s: a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 1-13.

174. Kocaman, N. (2006). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, 2*(47), 97-107.

175. Londoudi, A., Skampardonis, K., Alikari, V., Prapa, P. M., Toska, A., Saridi, M., ... & Fradelos, E. C. (2024). Assessment of the relationship between fear of Cancer recurrence, spiritual well-being, and mental health among Cancer patients: a cross-sectional study. *Nursing Reports*, *14*(1), 317-327.

176. Kim, J., Hulett, J., & Heiney, S. P. (2021). Forgiveness and health outcomes in cancer survivorship: a scoping review. *Cancer Nursing*, *44*(4), E181-E192.

177. Kolokotroni, P., & Anagnostopoulos, F. (2025). The impact of cognitive and existential factors on pain experience and how pain relates to cancer survivors' fear of recurrence: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 13591053251324249.

178. Austin W. Contemporary psychiatric and mental health nursing practice. Austin W, Kunyk D, Peternelj-Taylor C, Boyd MA, editors. Psychiatric and mental health nursing for Canadian practice. 4th ed. Hong Kong: Wolters Kluwer; 2019.

179. Papathanasiou I, Sklavou M, Kourkouta L. (2013). Holistic nursing care: theories and perspectives. American Journal of Nursing Science. 2(1):1-5.

180. Breitbart WS, Alici Y. (2009). Psycho-oncology. Harv Rev Psychiatry.17(6):361- 76.

181. Grassi L, Watson M, (2012).IPOS Federation of Psycho-Oncology Societies' co-authors. Psychosocial care in cancer: an overview of psychosocial programmes and national cancer plans of countries within the International Federation of Psycho-Oncology Societies. Psycho-Oncology. 21(10):1027-33.

182. Grassi L, Mitchell AJ, Otani M, Caruso R, Nanni MG, Hachizuka M, et al. (2015). Consultation-liaison psychiatry in the general hospital: the experience of UK, Italy, and Japan. Curr Psychiatry Rep. 17:44.

183. Scheydt S, Hegedüs A. (2021). Tasks and activities of Advanced Practice Nurses in the psychiatric and mental health care context: A systematic review and thematic analysis. Int J Nurs Stud. 118:103759.

184. Fung Y, Chan Z, Chien WT. (2014).Role performance of psychiatric nurses in advanced practice: A systematic review of the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs. 21(8):698-714.

185. Lipowski Z. Liaison Psychiatry, Liaison Nursing, and Behavioral Medicine (Reprinted from Comprehensive Psychiatry 22(6):554-561. Lipowski ZJ, editor. Psychosomatic Medicine and Liaison Psychiatry: Selected Papers. New York: Plenum Publishing Corporation; 1985.

186. Lebel S, Simard S, Harris C, Feldstain A, Beattie S, McCallum M, et al. Empirical validation of the English version of the Fear of Cancer Recurrence Inventory. Qual Life Res 2016;25(2):311–21

187. Sharrock J, Grigg M, Happell B, Keeble-Devlin B, Jennings S. (2006). The mental health nurse: A valuable addition to the consultation-liaison team. Int J Ment Health Nurs. 15(1):35-43.

188. Lipowski Z.(1967). Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine: I. General principles. Psychosom Med. 29(2):153-71.

189. Lipowski Z. (1971).Consultation-liaison psychiatry in general hospital. Comprehensive Psychiatry. 12(5):461-5.

190. American Nurses Association & American Psychiatric Nurses Association & International Society of Psychiatric–Mental Health Nurses A. Psychiatric- mental health nursing: Scope and standards of practice. 2nd ed. Maryland: Silver Spring; 2014.

191. Chase P, Gage J, Stanley K, Bonadonna J. (2000). The psychiatric consultation/liaison nurse role in case management. Nurs Case Manag.5(2):73-7.

192. Sharrock J, Happell B. (2002).The psychiatric consultation-liaison nurse: Thriving in a general hospital setting. Int J Ment Health Nurs. 11(1):24-33.

193. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011 Tarihli Resmi Gazete, Sayı: 27910; 2011.

194. Roland, K. B., Rodriguez, J. L., Patterson, J. R., & Trivers, K. F. (2013). A literature review of the social and psychological needs of ovarian cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *22*(11), 2408-2418.

195. Burney, S. (2019). Psychological issues in cancer survivorship. *Climacteric*, *22*(6), 584-588.

196. Stavraka, C., Ford, A., Ghaem-Maghami, S., Crook, T., Agarwal, R., Gabra, H., & Blagden, S. (2012). A study of symptoms described by ovarian cancer survivors. *Gynecologic oncology*, *125*(1), 59-64.

197. Sharrock J, Happell B. (2000). The psychiatric consultation-liaison nurse: Towards articulating a model for practice. Aust N Z J Ment Health Nurs. 9(1):19-28.

198. Sharrock J, Happell B. (2001).An overview of the role and functions of a psychiatric consultation liaison nurse: An Australian perspective. J Psychiatr Ment Health Nurs. 8(5):411-7.

199. Hopewell, S., Chan, A. W., Collins, G. S., Hróbjartsson, A., Moher, D., Schulz, K. F., ... & Boutron, I. (2025). CONSORT 2025 statement: updated guideline for reporting randomised trials. *The Lancet*, *405*(10489), 1633-1640.

200. Harris, A. H. S., Luskin, F., Norman, S. B., Standard, S., Bruning, J., Evans, S., & Thoresen, C. E. (2006). Effects of a Group Forgiveness Intervention on Forgiveness, Perceived Stress, and Trait-Anger. Journal of Clinical Psychology, 62(6), 715–733. https://doi.org/10.1002/jclp.20264

201. Bugay, A., Demir, A. (2010). A Turkish version of heartland forgiveness scale. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 5, 1927-1931.

202. Kahraman N. Kanser Hastalarının Nüks Korkularının İncelenmesi [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2016.

203. Eyrenci, A. ve Sertel Berk, H. Ö. (2018). ―Validity and reliability of the Turkish version of fear of cancer recurrence inventory*". Turkısh Journal of Oncology*

204. Çelik, N. K. D. D. Ş., & Çemrek, F. (2022). *Çok değişkenli istatistiksel analizle farklı alanlarda uygulamalar*. Nobel Akademik Yayıncılık.

205. Derogatis, L. R. (1992). The Brief Symptom Inventory-BSI administration, scoring and procedures manual-II. USA, Clinical Psychometric Research Inc.

206. Sahın, N. H., Batigün, A. D., Uğurtaş, S. (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullamının Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi.

207. Grassi, L., Caruso, R., Mitchell, A. J., Sabato, S., & Nanni, M. G. (2018). Screening for emotional disorders in patients with cancer using the Brief Symptom Inventory (BSI) and the BSI-18 versus a standardized psychiatric interview (the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview). *Cancer*, *124*(11), 2415-2426

208. Çolak, T.S. ve Koç, M. (2016). Forgiveness flexibility. *İnternational Journel of Psychology and Educational Studies, 3*(1), 14-30. doi: 10.17220/ijpes.2016.01.002

209. Worthington, E.L. Your Path to REACH Forgiviness Workbook (2021). https://www.discoverforgiveness.org/tools/the-reach-forgiveness-workbook

210. Fincham, F. D., & Joseph, S. (2015). Facilitating Forgiveness Using Group and Community Interventions.

211. Lama, D. (1997). Healing anger: The power of patience from a Buddhist perspective. Ithaka, NY: Snow Lion Publications.

212. Moore, R. (2015). Life Talks 2015 Richard Moore [Video file]. Retrieved from https://www.youtube.com/watch?v=_Epa15qqkSo

213. Rourke, J. (2006). Forgiveness-Seeking Motives and Behaviors. American Psychological Association, Forgiveness: A Sampling of Research Results. Washington, DC: Office of International Affairs. Reprinted, 2008.

214. Webb, J., Phillips, T., Bumgarner, D., & Conway-Williams, E. (2013). Forgiveness, Mindfulness, and Health. *Mindfulness, 4*(3), 235.

215. Woodyatt, L., Worthington, E. L., Michael Wenzel, M., & Griffin, B.J. (2017). Handbook of the Psychology of Self-Forgiveness. Springer.

216. Yakut, Y., Özalp, Ö., Habibzadeh, A., Gürşen, C., & YAGCI, G. (2020). Müdahalenin daha iyi sunumu: Müdahale Tanımlama ve Tekrarlama Şablonu (Template for Intervention Description and Replication, TIDieR) kontrol listesi ve rehberi. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, *7*(3), 302-320.

217. Davis, K. A. (1992). Validity and reliability in qualitative research on second language acquisition and teaching. Another researcher comments. *Tesol Quarterly*, *26*(3), 605-608.

218. George, D. (2011). *SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference, 17.0 update, 10/e*. Pearson Education India.

219. Meneses-La-Riva, M. E., Fernández-Bedoya, V. H., Suyo-Vega, J. A., Ocupa-Cabrera, H. G., & Ocupa-Meneses, G. D. D. (2025). Spiritual Care and Spiritual Perspective: Assessing Oncology Patients' Perspectives and Their Implications for Healthcare Management. In *Healthcare* (Vol. 13, No. 13, p. 1554). MDPI.

220. Bach, A., Knauer, K., Graf, J., Schäffeler, N., & Stengel, A. (2022). Psychiatric comorbidities in cancer survivors across tumor subtypes: A systematic review. *World journal of psychiatry*, *12*(4), 623.

221. Brewer-Smyth, K., Kafonek, K., & Koenig, H. G. (2020). A pilot study on sleep quality, forgiveness, religion, spirituality, and general health of women living in a homeless mission. *Holistic nursing practice*, *34*(1), 49-56.

222. Ghobari Bonab, B., Khodayarifard, M., Geshnigani, R. H., Khoei, B., Nosrati, F., Song, M. J., & Enright, R. D. (2021). Effectiveness of forgiveness education with adolescents in reducing anger and ethnic prejudice in Iran. *Journal of Educational Psychology*, *113*(4), 846.

223. Butow, P. N., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L., Smith, A. B., Fardell, J. E., ... & Thewes, B. (2017). Randomized trial of ConquerFear: a novel, theoretically based psychosocial intervention for fear of cancer recurrence. *Journal of Clinical Oncology*, *35*(36), 4066-4077.

224. Bach, A., Knauer, K., Graf, J., Schäffeler, N., & Stengel, A. (2022). Psychiatric comorbidities in cancer survivors across tumor subtypes: A systematic review. *World journal of psychiatry*, *12*(4), 623.

225. Setyowibowo, H., Yudiana, W., Hunfeld, J. A., Iskandarsyah, A., Passchier, J., Arzomand, H., ... & Sijbrandij, M. (2022). Psychoeducation for breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *The Breast*, *62*, 36-51.

226. Mutsaers, B., Jones, G., Rutkowski, N., Tomei, C., Séguin Leclair, C., Petricone- Westwood, D., ... and Lebel, S. (2016). When fear of cancer recurrence becomes a clinical issue: a qualitative analysis of features associated with clinical fear of cancer recurrence‖ . *Supportive care in cancer*, 24, 4207-4218

227. Jacobsen, P. B., & Jim, H. S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA: a cancer journal for clinicians*, *58*(4), 214-230.

228. Osborn, R. L., Demoncada, A. C., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *The international journal of Psychiatry in Medicine*, *36*(1), 13-34

229. Lyu, M. M., Siah, R. C. J., Lam, A. S. L., & Cheng, K. K. F. (2022). The effect of psychological interventions on fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *78*(10), 3069-3082.

8. EKLER

EK-1 **:** Tanıtıcı Bilgi Formu

EK-2 **:** Heartland Affetme Ölçeği (HAÖ)

EK-3 **:** Heartland Affetme Ölçeği Kullanım İzni

EK-4 **:** Kanser Nüks Korkusu Envanteri (KNK)

EK-5 **:** Kanser Nüks Korkusu Envanteri Kullanım İzni

EK-6 **:** Kısa Semptom Envanteri (KSE)

EK-7 **:** Kısa Semptom Envanteri Kullanım İzni

EK-8 **:** Affetme Temelli Psikoeğitim Oturumları

EK-9 **:** TIDier Kontrol Listesi

EK-10 **:** SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstütüsü Öneri Kabul Yazısı

EK-11 **:** Eğitim Planlama Kurulu ve Bilimsel Araştırma Değerlendirme Kurulu İzni

EK-12 **:** Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

ÖZGEÇMİŞ

EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu

1	Yaşınız nedir?.....
2	Cinsiyetiniz nedir? 1.Kadın 2. Erkek
3	Yaşadığınız yer neresidir? İl 2. İlçe 3. Köy
4	Medeni durumunuz nedir? Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Dul
5	Çocuğunuz var mı? 1. Evet 2. Hayır
6	5.Soruya yanıtınız evet ise kaç çocuğunuz var belirtiniz…….
7	Şu anda evinizde kaç kişiyle birlikte yaşıyorsunuz? (Lütfen hepsini belirtiniz) .....
8	Eğitim durumunuz nedir? 1. İlkokul 2. Ortaokul ve dengi 3. Lise ve dengi 4. Yüksekokul / Fakülte 5. Y.Lisans / Doktora
9	Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
10	Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız? 1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla
11	Sosyal güvenceniz var mı? 1. Yok 2. Var
12	Hastalık tanınız nedir ? 1. Meme 2. Prostat 3. Kalın bağırsak (kolon) 4. Rahim Ağzı (serviks) 5. Akciğer 6. Mide Kanseri 7. Cilt 8. Diğer
13	Hastalığınız ile ilgili bugüne kadar hangi tedavileri aldınız? (birden fazla yanıt işaretleyebilirsiniz). 1. Kemoterapi 2. Radyoterapi 3. Cerrahi tedavi 4. Hormon Tedavisi 5. Diğer……
14	Kanserin tekrar etmesi veya ilerlemesi öykünüz var mı? 1. Evet 2. Hayır
15	Kanser tanısı aldığınızdan bu yana ruhsal bir hastalık yaşadınız mı? 1. Evet 2. Hayır (Cevabınız hayır ise 17. soruya geçiniz)
16	Yanıtınız evet ise hastalığınızın ne olduğunu belirtiniz…….
17	Hastalığınız süresince psikiyatrik tedavi aldınız mı? Evet 2. Hayır
18	Hastalığınız nedeniyle tıp dışı / alternatif yöntemlere başvurdunuz mu? 1. Evet 2. Hayır (Cevabınız hayır ise 20. soruya geçiniz)
19	Ne tür yöntemler belirtiniz? -
20	Hastalığınızla ilgili daha önce bir destek programına (destek grupları, danışmanlık programı gibi) katıldınız mı? 1. Evet 2. Hayır
21	Bir destek programından beklentileriniz nelerdir? -

Ek 2: Heartland Affetme Ölçeği

Hayatımız boyunca, kendi davranışlarımız, başkalarının davranışları veya kontrolümüz dışındaki durumlar nedeniyle olumsuz olaylar yaşayabiliriz. Bu olumsuz yaşantıların ardından belli bir zaman geçtikten sonra, kendimiz, diğer insanlar veya yaşanan durumlar hakkında olumsuz duygu veya düşüncelerimiz olabilir. Bu tür olumsuz olaylara genel olarak nasıl tepki verdiğinizi düşününüz ve aşağıda verilen her ifadenin yanına, tarif edilen olumsuz duruma genellikle nasıl tepki verdiğinizi ifade eden sayıyı (aşağıdaki 7'li değerlendirme ölçeğine göre) yazınız. Vereceğiniz yanıtlarda doğru veya yanlış cevap yoktur. Lütfen yanıtlarınızda olabildiğince dürüst ve samimi olunuz.

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Beni hiç yansıtmıyor		**Beni pek yansıtmıyor**		**Beni biraz yansıtıyor**		**Beni tamamen yansıtıyor**

___ İşleri berbat ettiğimde önce kötü hissetmeme rağmen zamanla kendimi rahatlatabilirim.

___ Yaptığım olumsuz şeyler için kendime kin tutarım.

___ Yaptığım kötü şeylerden öğrendiklerim onlarla baş etmemde bana yardımcı olur.

___ İşleri berbat ettiğimde, kendimi kabul etmek benim için gerçekten çok zordur.

___ Yaptığım hatalara, zamanla daha anlayışlı olurum.

___ Hissettiğim, düşündüğüm, söylediğim ya da yaptığım olumsuz şeyler için kendimi eleştirmeyi durduramam.

___ Yaptığının yanlış olduğunu düşündüğüm kişiyi cezalandırmayı sürdürürüm.

___ Beni incitenlere karşı zamanla daha anlayışlı olurum.

___ Beni incitenlere karşı katı olmaya devam ederim.

___ Başkaları bana geçmişte zarar vermiş de olsa, eninde sonunda onları iyi insanlar olarak görebilirim.

___ Başkaları bana kötü davranırsa, onların hakkında kötü düşünmeye devam ederim.

___ Biri beni hayal kırıklığına uğrattığında, bu olayı eninde sonunda geçmişte bırakabilirim.

___ Kontrol edilemeyen nedenlerden dolayı işler ters gittiğinde, onlar hakkında olumsuz düşüncelere takılıp kalırım.

___ Hayatımdaki kötü durumlara zamanla daha anlayışlı olabilirim.

___ Hayatımdaki kontrol edilemeyen durumlar yüzünden hayal kırıklığına uğrarsam, onlar hakkında olumsuz düşünmeyi sürdürürüm.

___ Hayatımdaki kötü durumlarla eninde sonunda barışırım.

___ Kimsenin hatası olmayan olumsuz durumları kabullenmek benim için gerçekten çok zordur.

___ Kimsenin kontrolünde olmayan kötü durumlarla ilgili olumsuz düşüncelerimden, eninde sonunda kurtulurum.,

EK- 3: Heartland Affetme Ölçeği Kullanım İzni



EK 4: Kanser Nüks Korkusu Envanteri

KANSER NÜKS KORKUSU ENVANTERİ

Kanser teşhisi konmuş kişilerin çoğu, kanserin nüksedebilecek olmasından çeşitli düzeylerde endişe duyar. **Nüksetmekten kastımız, kanserin yeniden baş göstereceği, ya da vücudun aynı veya farklı bir bölgesinde yayılmaya devam edeceği olasılığıdır.** Bu anketin amacı kanserin nüksetmesinden duyulan endişe yaşantısını daha iyi anlamaktır. Lütfen her bir ifadeyi okuyunuz ve her bir ifadenin **GEÇTİĞİMİZ AY BOYUNCA** size ne düzeyde uyduğunu uygun rakamı daire içine alarak belirtiniz

0	1	2	3	4
Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman

Aşağıda belirtilen durumlar, kanserin nüksetme olasılığı hakkında beni düşünmeye sevk eder:

1. Kanser veya hastalık hakkındaki televizyon programları veya gazete yazıları……..	0	1	2	3	4
2. Doktorumla veya başka bir sağlık profesyoneli ile bir randevu……..	0	1	2	3	4
3. Tıbbi tetkikler (örneğin; yıllık check-up, kan tahlilleri, röntgenler)……..	0	1	2	3	4
4. Kanser veya genel olarak hastalıklar ile ilgili sohbetler……..	0	1	2	3	4
5. Hasta birini görmek ya da hasta biri hakkında haber almak……..	0	1	2	3	4
6. Bir cenazeye gitmek ya da gazetenin ölüm ilanları bölümünü okumak……..	0	1	2	3	4
7. Fiziksel olarak kendimi iyi hissetmediğimde ya da hasta olduğumda…….	0	1	2	3	4
8. Genel olarak kanser nüks ihtimalini bana düşündürten şeylerden veya durumlardan kaçınırım……..	0	1	2	3	4

0	1	2	3	4
Hiç	Az	Biraz	Çok	Büyük ölçüde

9. Kanser nüks ihtimali ile ilgili endişeli ya da kaygılıyım……	0	1	2	3	4
10. Kanserin nüksetmesinden korkuyorum……	0	1	2	3	4
11. Kanser nüks ihtimali ile ilgili endişeli ya da kaygılı olmanın normal olduğuna inanıyorum…….	0	1	2	3	4
12. Kanser nüks ihtimalini düşünmem, başka hoş olmayan düşünce ve imgeleri tetikler (mesela ölüm, acı çekme, ailem için sonuçları gibi)……..	0	1	2	3	4
13. Tedavi edildiğime ve kanserin geri gelmeyeceğine inanıyorum……..	0	1	2	3	4

Devamı arka sayfadadır…

14. Size göre, kanser nüks riskiniz var mı?

0	1	2	3	4
Hiç riskim yok	Çok az riskim var	Biraz riskim var	Epey riskim var	Büyük ölçüde riskim var

15. Kanser nüks ihtimalini ne kadar sık düşünüyorsunuz?

0	1	2	3	4
Asla	Ayda birkaç kere	Haftada birkaç kere	Günde birkaç kere	Günde pek çok kere

16. Kanser nüks ihtimali hakkında düşünmeye günde ne kadar vakit harcıyorsunuz?

0	1	2	3	4
Düşünmüyorum	Birkaç saniye	Birkaç dakika	1-2 saat	Pek çok saat

17. Ne kadar zamandır nüks ihtimali hakkında düşünmektesiniz?

0	1	2	3	4
Düşünmüyorum	Birkaç haftadır	Birkaç aydır	1-2 yıldır	Birçok yıldır

0	1	2	3	4
Hiç	Az	Biraz	Epey	Büyük ölçüde

Kanser nüks ihtimalini düşündüğümde...hissederim:

18. Endişe, korku veya kaygı…….. 0 1 2 3 4

19. Üzüntü, cesaret kırılması ya da hayal kırıklığı……..... 0 1 2 3 4

20. Hüsran/engellenmişlik, kızgınlık veya öfke…….. 0 1 2 3 4

21. Çaresizlik veya teslimiyet……..... 0 1 2 3 4

Kanser nüks ihtimali hakkındaki düşünce ya da korkularım… engelliyor/ bozuyor:

22. Sosyal ya da boş zaman faaliyetlerimi (Örneğin; geziler, spor ve seyahat)…….. 0 1 2 3 4

23. İş ya da günlük faaliyetlerimi……... 0 1 2 3 4

24. Eşim/sevgilim, ailem ya da yakın olduğum insanlarla olan ilişkilerimi……..... 0 1 2 3 4

25. Gelecek ile ilgili planlar yapma ya da yaşam hedefleri koyma becerimi……. 0 1 2 3 4

26. Ruh halim ya da duygu durumumu…… 0 1 2 3 4

27. Genel olarak yaşam kalitemi…… 0 1 2 3 4

Devamı arka sayfadadır…

0	1	2	3	4
Hiç	Az	Biraz	Epey	Büyük ölçüde

28. Kanser nüks ihtimali hakkında aşırı endişelendiğimi hissediyorum……..... 0 1 2 3 4

29. Diğer insanlar benim kanser nüks ihtimali hakkında aşırı endişelendiğimi düşünüyorlar..... 0 1 2 3 4

30. Sanırım kanser nüks ihtimali hakkında kanser teşhisi konmuş diğer insanlardan daha fazla endişeleniyorum..... 0 1 2 3 4

Kanser nüks ihtimalini düşündüğümde şüphelerimi gidermek için aşağıdaki yöntemleri uygularım:

0	1	2	3	4
Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman

31. Doktoruma ya da başka bir sağlık personeline telefon ederim……... 0 1 2 3 4

32. Muayene için hastane ya da kliniğe giderim……... 0 1 2 3 4

33. Kanserin herhangi bir fiziksel emaresini taşıyıp taşımadığımı görmek için kendimi muayene ederim……..... 0 1 2 3 4

34. Dikkatimi dağıtmaya çalışırım (Örn. çeşitli aktiviteler yaparım, televizyon izlerim, okurum, çalışırım)……..... 0 1 2 3 4

35. Bununla ilgili düşünmemeye, bu fikri aklımdan çıkarmaya çalışırım……. 0 1 2 3 4

36. Dua ederim, meditasyon yaparım ya da kendimi gevşetirim……... 0 1 2 3 4

37. Kendimi herşeyin iyi olacağına inandırmaya çalışırım veya olumlu düşünürüm…. 0 1 2 3 4

38. Biriyle bu konuyu konuşurum……... 0 1 2 3 4

39. Ne olduğunu anlamaya ve bununla başa çıkmaya çalışırım……..... 0 1 2 3 4

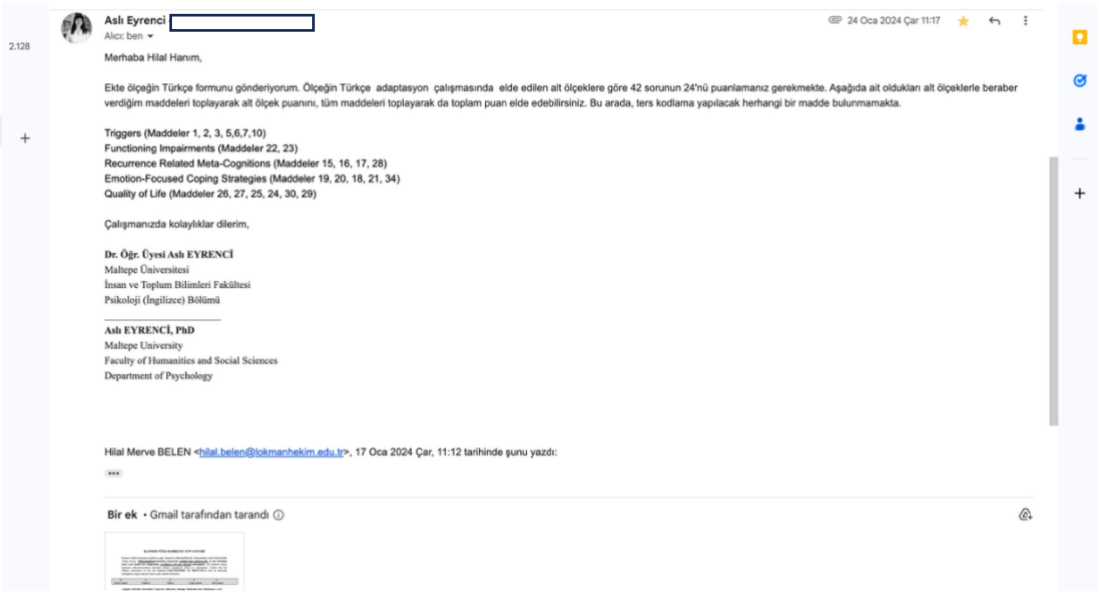
40. Bir çözüm bulmaya çalışırım……. 0 1 2 3 4

41. Bu düşüncenin yerine daha hoş bir düşünce koymaya çalışırım……... 0 1 2 3 4

42. Kendime "Yeter artık/Vazgeç şundan" derim……... 0 1 2 3 4

Bu stratejileri kullandığınızda şüpheleriniz giderilmiş hisseder misiniz?.....0 1 2 3 4

EK-5: Nüks Korkusu Envanteri Kullanım İzni



Aslı Eyrenci [redacted]
Alıcı: ben
24 Oca 2024 Çar 11:17

Merhaba Hilal Hanım,

Ekte ölçeğin Türkçe formunu gönderiyorum. Ölçeğin Türkçe adaptasyon çalışmasında elde edilen alt ölçeklere göre 42 sorunun 24'nü puanlamanız gerekmekte. Aşağıda ait oldukları alt ölçeklerle beraber verdiğim maddeleri toplayarak alt ölçek puanını, tüm maddeleri toplayarak da toplam puan elde edebilirsiniz. Bu arada, ters kodlama yapılacak herhangi bir madde bulunmamakta.

Triggers (Maddeler 1, 2, 3, 5,6,7,10)
Functioning Impairments (Maddeler 22, 23)
Recurrence Related Meta-Cognitions (Maddeler 15, 16, 17, 28)
Emotion-Focused Coping Strategies (Maddeler 19, 20, 18, 21, 34)
Quality of Life (Maddeler 26, 27, 25, 24, 30, 29)

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim,

Dr. Öğr. Üyesi Aslı EYRENCİ
Maltepe Üniversitesi
İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi
Psikoloji (İngilizce) Bölümü

Aslı EYRENCİ, PhD
Maltepe University
Faculty of Humanities and Social Sciences
Department of Psychology

Hilal Merve BELEN <hilal.belen@lokmanhekim.edu.tr>, 17 Oca 2024 Çar, 11:12 tarihinde şunu yazdı:

Bir ek • Gmail tarafından tarandı

EK-6: Kısa Semptom Envanteri

KSE

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir.Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun.Daha sonra o belirtinin sizi bugün dahil, **son bir haftadır** ne kadar rahatsız ettiğini yandaki kutulardan uygun olananın içini [X] işaretleyerek gösterin.Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin.Fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızın üstünü karalayın.

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Oldukça fazla	Ciddi derecede
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	☐	☐	☐	☐	☐
2. Baygınlık, baş dönmesi	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edebileceği inancı	☐	☐	☐	☐	☐
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
5. Olayları hatırlamada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	☐	☐	☐	☐	☐
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Meydanlık (açık) alanlardan korkma duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	☐	☐	☐	☐	☐
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
11. İştahta bozukluklar	☐	☐	☐	☐	☐
12. Hiç bir nedeni olmayan ani korkular	☐	☐	☐	☐	☐
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	☐	☐	☐	☐	☐
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
16. Yalnızlık hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
17. Hüzünlü, kederli hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
18. Hiçbir şeye ilgi duymama	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ağlamaklı hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
20. Kolayca incinebilme, kırılma	☐	☐	☐	☐	☐
21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak	☐	☐	☐	☐	☐
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	☐	☐	☐	☐	☐
23. Mide bozukluğu, bulantı	☐	☐	☐	☐	☐
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu inancı	☐	☐	☐	☐	☐
25. Uykuya dalmada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme	☐	☐	☐	☐	☐
27. Karar vermede güçlükler	☐	☐	☐	☐	☐
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma	☐	☐	☐	☐	☐
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma	☐	☐	☐	☐	☐
30. Sıcak, soğuk basmaları	☐	☐	☐	☐	☐
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma	☐	☐	☐	☐	☐
32. Kafanızın birden bomboş kalması	☐	☐	☐	☐	☐
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	☐	☐	☐	☐	☐
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak	☐	☐	☐	☐	☐
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplamada) güçlük/zorlanma	☐	☐	☐	☐	☐
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	☐	☐	☐	☐	☐
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
39. Ölüm ve ölmek üzerine düşünceler	☐	☐	☐	☐	☐
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	☐	☐	☐	☐	☐
41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği	☐	☐	☐	☐	☐
42. Diğerlerinin yanındayken kendini çok fazla gözlemek, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	☐	☐	☐	☐	☐
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	☐	☐	☐	☐	☐
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	☐	☐	☐	☐	☐
45. Dehşet ve panik nöbetleri	☐	☐	☐	☐	☐
46. Sık sık tartışmaya girme	☐	☐	☐	☐	☐
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
49. Yerinde duramayacak kadar gergin ve tedirgin hissetme.	☐	☐	☐	☐	☐
50. Kendini değersiz görme, değersizlik hissi	☐	☐	☐	☐	☐
51. İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
52. Suçluluk duyguları	☐	☐	☐	☐	☐
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu düşünceleri	☐	☐	☐	☐	☐

EK-7: Kısa Semptom Envanteri Kullanım İzni



Merhaba Hilal,

Kısa Semptom Envanteri'ni çalışmanızda kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak, Ölçeğin orijinalinin Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş olduğuyla ilişkili gerekli referansı da çalışmanızda vermeniz gerektiğini de lütfen ihmal etmeyiniz. Ekte ölçeğin kullanılacak formunu ve ilgili literatürü gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Nesrin Hisli Sahin, PhD

Adjunct Professor

School of Psychology & Counseling

Fairleigh Dickinson University

285 Madison Ave

Madison, NJ 07940

e-mail. nesrinhislisahin@gmail.com

Gulsen Hisli

...

4 ek • Gmail tarafından tarandı

EK-8: Affetme Temelli Psikoeğitim Oturumları

Oturum	Oturum Adı	Amaç	Hedefler
1	Tanışma- Hazırlık Oturumu	1. Tanışmak 2. Affetme Temelli Psikoeğitim programı, işleyiş ve sürecine ilişkin bilgi vermek	• Grup üyeleri ile tanışılır. • Ön test uygulanır. • Grup amacı ve içeriği hakkında bilgi verilir. • Grup kuralları belirlenir. • Grup üyeleri eğitimden beklentileri ve amaçlarını ifade eder. • Grup üyeleri zarar verici olayları sınıflandırır. • Grup üyeleri "Affetme "kavramını tanımlar. • Affetmenin ne olmadığını açıklar.
2	"Affetme"Nedir? İncinme/kırılma duygusunu açığa çıkarma ve farkındalık	1. Affetme ve affetme aşamalarını açıklamak 2. Affetmenin, incinen kişinin psikolojik sağlığını iyileştirme ve korumasında başa çıkma stratejisi olduğunu açıklamak 3. İncindiğinde yaşadığı duygu ve düşüncelerini ifade etmek ve bu duygu, düşüncelere herkesin farklı tepkiler gösterdiklerinin farkına varmak	• Affetme deneyimlerini paylaşarak, tutum ve davranışlarının farkına varır. • Affedememenin ortaya çıkardığı duygular ve bu duygular zararlarının farkına varır. • Affetmenin kişiye sağladığı bedensel, ruhsal ve sosyal faydaların farkına varır. • Affetmenin, incinen kişinin psikolojik sağlığını iyileştirme ve korumasında başa çıkma stratejisi olduğunu açıklar. • Herkesin incitici olay yaşadığını ve derinden acı hissettiğini fark eder. • Bir başkasının davranışlarından dolayı utanç, suçluluk ve sorumluluk hissetmemesi gerektiğini fark eder. • Başkalarının davranışlarını ve seçimlerini kontrol edemeyeceğini kişinin ancak kendi davranışını değiştirip kontrol edebileceğini fark eder. • İncindiğinde yaşadığı olumsuz duygu ve düşünceleri fark eder. • İncindiğinde yaşadığı olumsuz duygu ve düşüncelere herkesin farklı tepkiler gösterdiğinin farkına varır. • Deneyimlenen duyguların (hayal kırıklığı, pişmanlık, suçluluk, üzüntü, öfke vb.) doğasını anlar. • Öfkeyi tetikleyerek affetmeyi zorlaştıran düşünme hatalarını (Bilişsel çarpıtmalar) tartışır. • İncindiğinde affetmede zorlandığı durumları belirler.

3	Affetmenin Avantajlarını Farklı Bir Bakış Açısıyla Görerek Empati ve Duyarlılık Geliştirmek	1. İnciten kişiyi/duruma farklı açılardan bakmak 2. Affetmeye karar vermek 3. Empatinin affetme sürecinde önemini anlamak	• Affetmeyi isteyip, istememe nedenlerini sıralar. • Affetmenin avantajlarını tartışır. • Affetmenin bir seçim olduğunu anlar. • Affetmeye karar verme sürecine başlar. • Kırdığı/kırıldığı kişi/durumu farklı bakış açısıyla değerlendirir. • Affetme sürecindeki düşünce-duygu-davranış örüntüsünün farkına varır. • Affetmede zorlandıkları durumların belirler. • Affetme kararını alma aşamasında karşılaşacağı zorlukları, engelleri tanır.
4	Affetmeye Karar Verme-Rahatlama	1. Affetmeye karar vermenin bir süreç olduğunu fark etmek 2. Affetme sürecini sürdürmeye karar vermek	• Affetme neticesinde yaşadığı olumlu hisleri fark eder. • Acı ve zarar veren birine karşı özgeci tavırla hareket eder. • Duygusal affetmenin önündeki engel ve zorlukları fark eder. • Affedici bir insan olmanın faydalarını fark eder. • Yaşanan olumsuz deneyimlerden öğrendiklerini fark eder.
5	Affetme Sürecini Başlatmak ve Sürdürmek	1. Kendini, başkalarını, durumu affetmeyi sürdürmek	• Doğru basamaklarla af dilemenin adımlarının belirler. • Affetmenin ve affedilmenin öneminin vurgular. • Affetmeye ilişkin öğrenilen kavramları davranışa/ kazanıma dönüştürür. • Kendini affetmeyi tanımlar. • Neden kendisini affetmeye ihtiyacı olduğunu fark eder. • Kişi kendini affettikten sonraki duygu, düşünce ve davranış değişikliklerini ayırt eder. • Affedici bir insan olmanın faydalarını fark eder. • Başkasını affetmeyi tanımlar. • Yaşanan olumsuz deneyimlerden öğrendiklerini fark eder. • Grup üyeleri affedilmeye ihtiyaç duydukları olayları ifade eder. • Affedilmeye ihtiyaç duydukları durum/olay/ kişileri ifade eder ve affedici bir insan olmayı tercih eder. • Birey kendisinin de affedilmeye ihtiyaç duyduğu davranışlarını fark eder ve affedici bir insan olmayı tercih eder. • Daha affedici olmayı tercih ederek yaşamında uygulamaya geçer/dönüştürür

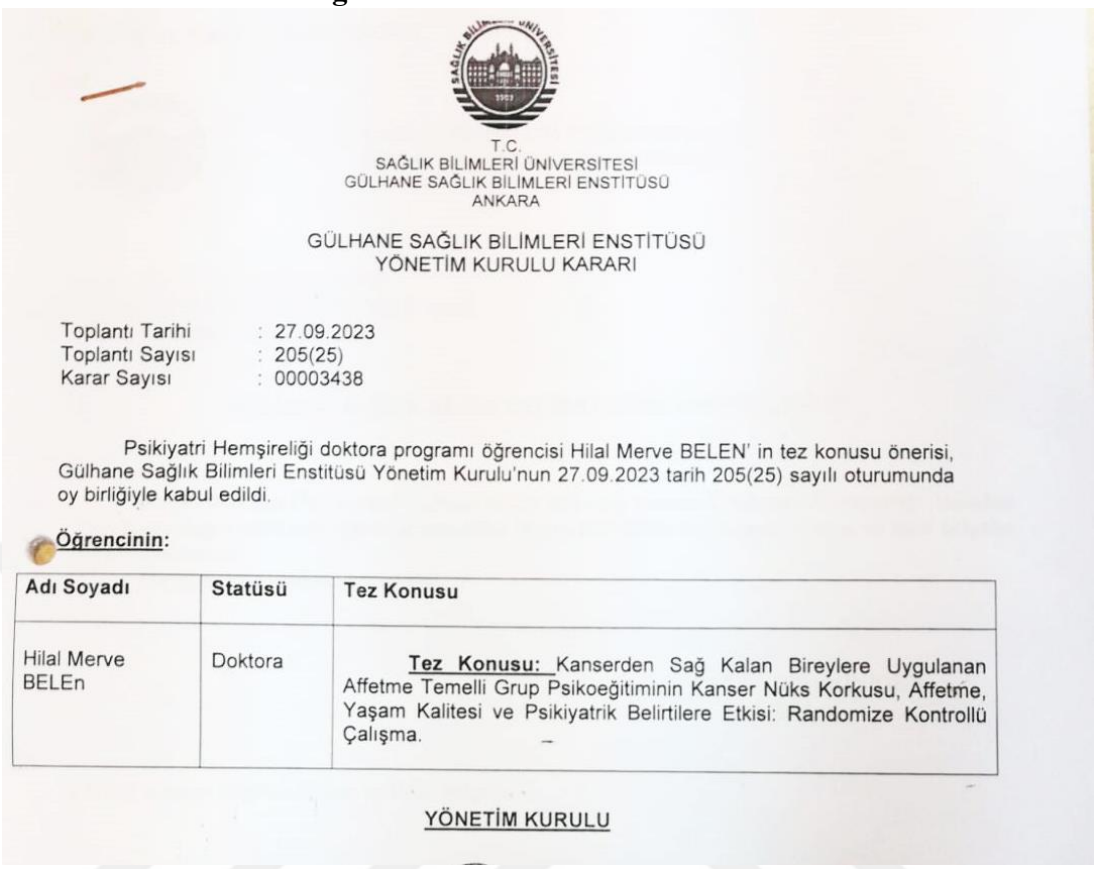
6	Sonlandırma	1. Affetme sonucunda kendinde oluşan olumlu duyguları ve kazanımlarını fark etmek	• Affetmenin verdiği iç huzuru keşfeder. • Bireysel amaçlara ulaşma düzeyini değerlendirir. • Herkesin affedilmeye ihtiyacı olabileceğini fark eder. • Psikoeğitim programının kazandırdıklarını değerlendirir. • Öğrenilen affetme sürecini pekiştirmek adına yaşanmış hayat kesitlerinden kısa örnekler izler. • Tüm süreci genel olarak değerlendirir. • Son test

EK-9: TIDier Kontrol Listesi

Madde No	**Madde**
Kısa Adı	Kanserden Sağ Kalan Bireylere Uygulanan Affetme Temelli Grup Psikoeğitiminin Kanser Nüks Korkusu, Affetme ve Psikiyatrik Belirtilere Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma
Neden	Kanser nüks korkusu yönetilebilir bir endişe kaynağından bir işlev bozukluğuna kadar uzanan, insanların yaşamlarını etkileyen bir endişe kaynağı olarak bilinmektedir. Bununla birlikte teşhis ve tedavinin tamamlanmasından yıllar geçmesine rağmen bireyin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz olarak etkilemeye devam eden ve depresyon-anksiyete belirtilerine neden olduğu bilinmektedir. Kanserden sağ kalmaya devam eden bireylerin oranının artmasıyla birlikte bu bireylerin refah düzeyi, yaşam ve bakım kalitesinin arttırılması için yapılan çalışmalar önem kazanmaktadır. Bu bağlamda geliştirilecek psikoeğitim müdahalesinin kanser nüks korkusu, affetme ve psikiyatrik belirtilere etkisini incelenmesi önem kazanmaktadır.
Ne	Müdahale grubundaki kanserden sağ kalan bireylere Enright Süreç Modeli/ Worthington Affetme Piramit Modeli-REACH dayalı affetme temelli psikoeğitimi almıştır. (Şekil 3.'de Uygulama şeması yer almaktadır).
Kim Sağladı	Müdahale grubu affetme temelli psikoeğitim müdahalesi bizzat araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Kontrol grubuna son test sonrası affetme temelli psikoeğitim uygulanmıştır. Araştırmacı Psikiyatri hemşireliği doktora öğrencisidir. Ayrıca araştırmacı "Affetme" eğitimi katılım belgesi ve "Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarıyla Çalışma Beceri Kazandırma Eğitimi ve Süpervizyon Programı-IPOS" sertifikasına ve "Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitim Uygulayıcı" katılım belgesine sahiptir.
Nasıl	Affetme Temelli Psikoeğitim programı kanserden sağ kalan bireylere Enright Süreç Modeli/ Worthington Affetme Piramit Modeli-REACH modeline dayalı olarak yüz yüze grup psikoeğitimi şeklinde uygulanmıştır. Uygulama ardından da 1. ay ve 3. ay da izlem testleri uygulanmıştır.

Nerede	Gruba ait ön test-son test Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Tıbbi Onkoloji Polikliniğinde uygulanmıştır.
Ne zaman ve ne kadar	Müdahale grubunda toplam 32 sağ kalan birey olacağı için 8-10 kişilik üç grubun oluşturularak uygulama her hafta haftada bir kez 90 dakikalık olmak üzere toplamda altı oturum affetme temelli psikoeğitim uygulanmıştır.
Uyarlama	Müdahale içeriği, hedef grubun ihtiyaçlarına göre uyarlanmıştır. Katılımcılar arasında duygusal dayanıklılık düzeyleri farklılık gösterdiğinden, bazı oturumlardaki örnekler sadeleştirilmiş veya örnek sayısı arttırılmıştır; gerektiğinde psiko-eğitim materyalleri bireylerin anlama düzeyine göre revize edilmiştir.
Değişiklikler	Psikoeğitimin oturum sayısı sekiz oturum olarak planlanmıştı. Alınan uzman görüşleri ve ön uygulama sonrası, programın uygulanabilirliğini arttırmak amacıyla oturum sayısı altı oturuma düşürüldü ve oturum hedefleri gözden geçirilerek kavramsal bütünlük sağlandı. Bu değişiklikler, programın bütünlüğü korunarak gerçekleştirildi ve tez izlem komitesinde onaylandı.
Ne kadar iyi	Psikoeğitim uygulayıcısı, her oturum sonrası içerik bütünlüğünü kontrol etti. Oturum süresi, katılımcıların katılım düzeyi ve tamamlanan etkinlikler bu kontrolün içeriğini oluşturdu. Ayrıca, 3. ve 5. Oturum sonrası süpervizör tarafından süpervizyon alındı. Müdahale oturumlarının tamamı planlandığı şekilde yürütüldü; küçük sapmalar ise teknik sorunlar veya katılımcıların geç katılımı gibi dış etmenlerden kaynaklandı.

EK-10: SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstütüsü Öneri Kabul Yazısı



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKARA

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARARI

Toplantı Tarihi : 27.09.2023
Toplantı Sayısı : 205(25)
Karar Sayısı : 00003438

Psikiyatri Hemşireliği doktora programı öğrencisi Hilal Merve BELEN' in tez konusu önerisi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 27.09.2023 tarih 205(25) sayılı oturumunda oy birliğiyle kabul edildi.

Öğrencinin:

Adı Soyadı	Statüsü	Tez Konusu
Hilal Merve BELEn	Doktora	**Tez Konusu:** Kanserden Sağ Kalan Bireylere Uygulanan Affetme Temelli Grup Psikoeğitiminin Kanser Nüks Korkusu, Affetme, Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Belirtilere Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma.

YÖNETİM KURULU

EK -11: Eğitim Planlama Kurulu ve Bilimsel Araştırma Değerlendirme Kurulu İzni

12.01.2024-320953

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GÜLHANE EAH BAŞHEKİM YARDIMCILIĞI (ÖMER FARUK TANER)
GÜLHANE EAH ARGE BİRİMİ
233462560

Sayı : E-50687469-799-233462560 05.01.2024
Konu : 27.12.2023 Tarihli Eğitim Planlama Kurulu (EPK) ve Bilimsel Araştırma Değerlendirme Kurulu (BADEK) Kararları Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Eğitim Planlama Kurulu (EPK) ve Bilimsel Araştırma Değerlendirme Kurulu (BADEK)'nun 27.12.2023 tarihli kurul kararları Ek'te sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Soner YILMAZ
Başhekim Yardımcısı

Ek:
1 - 27.12.2023 Tarihli BADEK Kararları
2 - 27.12.2023 Tarihli EPK Kararları

Dağıtım:
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörlüğüne
(Gülhane Hemşirelik Fakültesi) (Gülhane Sağlık Bil.Ens.Müd.) (Gülhane Tıp Fak.Fizyoloji AD.)
Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği Birimi
Sualtı Hekimliği Ve Hiperbarik Tıp Kliniği Birimi
Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği Birimi
İmmünoloji Ve Alerji Kliniği Birimi
Acil Tıp Kliniği Birimi
Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniği Birimi
Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği Birimi
Tıbbi Hematoloji Kliniği Birimi
Genel Cerrahi Kliniği Birimi
Radyoloji Birimi
Beyin Ve Sinir Cerrahisi Kliniği Birimi
Anestezi Ve Reanimasyon Kliniği Birimi

uygun görülmüştür.

8. SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 07.12.2023 tarihli, SAYI: E.50687469.000.231111414 sayılı ve "Hilal Merve BELEN'in Tez Çalışması Hk." konulu **doktora program öğrencisi Hilal Merve BELEN'in "Kanserden Sağ Kalan Bireylere Uygulanan Affetme Temelli Grup Psikoeğitiminin Kanser Nüks Korkusu, Affetme, Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Belirtilere Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**

05.01.2024-317919

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-50687469-799-232864356 29.12.2023
Konu : Araştırma İzni (Doktora Program Öğrencisi Hilal Merve BELEN)

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

"Kanserden Sağ Kalan Bireylere Uygulanan Affetme Temelli Grup Psikoeğitiminin Kanser Nüks Korkusu, Affetme, Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Belirtilere Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Bilimsel Araştırma Değerlendirme Kurulu (BADEK)'nun 27.12.2023 tarih ve 22 no'lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini arz ederim.

Dr. Mahmut AVCI
Başhekim V.

EK-12: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırma Projesinin Adı: Kanserden Sağ Kalan Bireylere Uygulanan Affetme Temelli Grup Psikoeğitiminin Kanser Nüks Korkusu, Affetme ve Psikiyatrik Belirtilere Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma

Sorumlu Araştırıcının Adı: Doç. Dr. Gamze SARIKOÇ

Diğer araştırmacının Adı: Arş.Gör. Hilal Merve BELEN

"*Kanserden Sağ Kalan Bireylere Uygulanan Affetme Temelli Grup Psikoeğitiminin Kanser Nüks Korkusu, Affetme ve Psikiyatrik Belirtilere Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma"* isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sözlü onam formu alınmış bulunacak ve anketimizi uygulamak durumunda olacaksınız. Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalında, Doç. Dr. Gamze SARIKOÇ sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu araştırma kanserden sağ kalan bireylere uygulanan affetme temelli grup psikoeğitiminin kanser nüks korkusu, affetme, psikiyatrik belirtilere etkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Araştırmayı katılmayı kabul ederseniz araştırmacılar tarafından size anket formu verilecektir. Ardından size altı hafta boyunca haftada bir kez 90 dk affetme temelli psikoeğitim toplantıları yapılacaktır. Affetme temelli grup toplantıları sonrasında sizden anket formlarını tekrar doldurmanız istenecektir. Oturumların tamamlanmasından sonraki 1.ay ve 3. ayda anket formlarını doldurmak için sizinle iletişime geçilecektir.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılmama ya da istediğiniz zaman da araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ek ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katılmanız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız ya da katılmamanız durumunda tedavi sürecinizde herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Çalışmanın herhangi bir riski yoktur.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişiler ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI: Doç. Dr. Gamze SARIKOÇ

GÖREVİ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi / Psikiyatri Hemşireliği

TELEFON :

ADI: Hilal Merve BELEN

GÖREVİ: Araştırma Görevlisi/ Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

TELEFON:

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Psikiyatri Hemşireliği BD dalında, Doç. Dr. Gamze SARIKOÇ ve Arş.Gör. Hilal Merve BELEN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum.

Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem herhangi bir zarar görmeyeceğimi biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).*

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

ÖZGEÇMİŞ

1- Bireysel Bilgiler

Ad-Soyadı: Hilal Merve BELEN

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu: T.C

Medeni Durumu: Bekar

İletişim Adresi:

Yabancı Dili: İngilizce – YÖKDİL 2017 Notu**:**73,75

2-Eğitimi

2021-..: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans

2018-2021: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans

2013-2018: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

2008-2012: Hacı Fatma Erdemir Anadolu Lisesi (Kırşehir)

2000-2008: Inkılap İ.Ö.O (Afyaonkarahisar/Emirdağ)

Cumhuriyet İlkokulu (Kırşehir)

3. Ünvanları: Hemşire, Araştırma Görevlisi

4. Mesleki Deneyim:

2019 **- ….:** Araştırma Görevlisi – Lokman Hekim Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Hemşirelik Bölümü

5. Yönetilen Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri

6.Yayınlar

6.1. Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

1. Belen H. M., Sarikoç G. Cancer Patients: Forgiveness, Discomfort Intolerance and Psychiatric Symptoms.Journal of Palliative Care, cilt.39, sa.3, ss.227-237, 2024 (SCI-Expanded)

6.2. Diğer Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

1. Meriç M., Varol B., Belen H. M. Zoom Fatıgue And Its Impact On Academıcıans: The Case Of Unıversıtıes In Ankara Akademik Hassasiyetler, Cilt.12, Sa.27, Ss.135-147, 2025. (Hakemli Dergi)
2. Belen H. M., Sarıkoç G. Review of studies on the use of simulation in psychiatric nursing education: a systematic review. Journal of Nursing Care Research, cilt.1, sa.4, ss.101-105, 2024 (Hakemli Dergi)

3. Öz F., Belen H. M. Students' evaluation of living and coping in pandemic process Journal of Social and Analytical Health, cilt.3, sa.1, ss.26-39, 2023 (Hakemli Dergi)

6.3. Kitaplar

1. Grup Dinamikleri, Belen H. M., Meriç M. 2023 Iı. Toplum Ruh Sağlığı Ve Sosyal Psikiyatri, Nermin Gürhan, Editör, Ankara Nobel, Ankara, Ss.407-417,
2. Psikiyatri Hemşireliği ile ilgili Bir Kavram; Affetme Öz F., Seki Öz H., Belen H. M. (2021). Psikiyatri Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar II, Mualla Yılmaz, Editör, Akademisyen Yayınevi, Ankara, ss.81-97, 202

6.4. Hakemli Bilimsel Toplantılarda Yayımlanmış Bildiriler

1. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin İletişim Becerileri, Kişilerarası İlişki ve Benlik Saygı Düzeyleri ve Aralarındaki İlişki Öz F., Belen H. M. 5.Ruhsal iyileştirim-Gözden Kaçanlar, Kocaeli, Türkiye, 9 - 12 Mayıs 2024, ss.56, (Özet Bildiri)

2. Yaşlı Bireylerde Mental Durumun Değerlendirilmesi: Standart Hasta ve Yüksek Gerçeklikli Simülatör Kullanımının Karşılaştırılması Sarıkoç G., Belen H. M. 7.Uluslarası 11.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye, 18 - 20 Ekim 2023, ss.311, (Özet Bildiri)

3. Psikiyatri Hemşireliği Uygulamasında Simülasyon-Standart Hasta Kullanımı: Sistematik İnceleme Belen H. M., Sarıkoç G. 7.Uluslararası 11.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye, 18 - 20 Ekim 2023, ss.132, (Özet Bildiri)

4. Kurumlarda Sessiz Savaş: Örgütsel Sessizlik Öz F., Belen H. M. 4. Ruhsal İyileştirim Kongresi, Kocaeli, Türkiye, 26 - 27 Kasım 2022, (Özet Bildiri)

5. Göçmenlere Yönelik Hemşirelik Lisansüstü Tezlerinin İncelenmesi BELEN H. M., MERİÇ M. 7. Uluslararası 18. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Konya, Türkiye, 23 - 25 Eylül 2022, (Özet Bildiri)

6. Akademisyenlerde Zoom Yorgunluğunun Zihinsel İş Yükü ve Yaşam Kalitesine Etkisi MERİÇ M., BELEN H. M. 7. Uluslararası 18. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Konya, Türkiye, 23 - 25 Eylül 2022, (Özet Bildiri)

7. Duyguların Gerçeklerin Önüne Geçmesini İfade Eden Yeni Bir Kavram: Post-truth Öz F., Belen H. M. 7.Uluslararası 18.Ulusal Hemşirelik Kongresi, Konya, Türkiye, 23 - 25 Eylül 2022, (Özet Bildiri)

8. Pandemi Döneminde Ebeveyn-Çocuk İlişkisi ÇİL M., BELEN H. M., MERİÇ M. Gazi Sağlık Bilimleri Kongresi, 15 - 17 Aralık 2021, (Özet Bildiri)

9. Pandemi Sürecinde Covid-19 İle İlgili Yapılan Hemşirelik Lisansüstü Tezlerinin İncelenmesi MERİÇ M., BELEN H. M. Gazi Sağlık Bilimleri Kongresi, 15 Aralık 2021, (Özet Bildiri)

10. Gebelik Döneminde Covid-19 Enfeksiyonu Geçiren Kadınların Deneyimleri: Nitel Araştırma DUMAN F. N., SAVAŞ H., BELEN H. M., ÇİL M., GÖLBAŞI Z. 3. Uluslararası / 4. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, Ankara, Türkiye, 16 - 18 Eylül 2021, (Özet Bildiri)

11. Postpartum Depresyonda Baş Etme Yöntemleri: Bir Gözden Geçirme BELEN H. M., DUMAN F. N., GÖLBAŞI Z. 3. Uluslararası 4. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, Ankara, Türkiye, 16 - 18 Eylül 2021, ss.255-256, (Özet Bildiri)

12. Kanserli Hastalarda Affetme, Rahatsızlığa Dayanma Düzeyleri ve Psikiyatrik Belirtiler BELEN H. M., SARIKOÇ G. VI. Uluslararası X. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 20 Ekim 2021, (Özet Bildiri)

13. Devlet ve Özel Üniversitede Eğitim Gören 1. ve 2. Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Duyarlı Sevgi Düzeyleri, Duygusal İyi Oluş, Ontolojik İyi Oluş, Algılanan Ana-Baba Tutumları ve Empatik Eğilimleri ve Aralarındaki İlişki ÖZ F., BELEN H. M. VI. Uluslararası X. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 20 Ekim 2021, (Özet Bildiri)

14. Öğrencilerin Pandemiyi Yaşama Ve Başetme Sürecini Değerlendirmeleri ÖZ F., BELEN H. M. Uluslararası Pandeminin Ruh Sağlığına Yansımaları ve Psikososyal Bakım Kongresi, Erzurum, Türkiye, 24 – 25 Haziran 2021, (Özet Bildiri)

15. Müzik Terapi Uygulamalarına Yönelik Hemşirelik Lisansüstü Tezlerinin İncelenmesi MERİÇ M., ÖZ F., BELEN H. M. Kadın Sağlığında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Sempozyumu, Ankara, Türkiye, 28 - 29 Mayıs 2021, (Özet Bildiri)

16. Ruhsal Bozukluğu Olan Kadınlarda Yoga Uygulaması BELEN H. M., MERİÇ M., ÖZ F. Kadın Sağlığında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Sempozyumu, Ankara, Türkiye, 28 - 29 Mayıs 2021, (Özet Bildiri)

6.5. Bilimsel Etkinlikler:

- 8.Ulusal, 12. Uluslararası Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Konuçmacı, 16-19 Nisan 2025, Diyarbakır, Türkiye
- 8.Ulusal, 12. Uluslararası Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Katılımcı 16-19 Nisan 2025, Diyarbakır, Türkiye
- Hemşirelik Bakım Süreci Çalıştayı, Panelist, Ankara, Türkiye, 2024
- Hemşire Araştırmacılar için İleri Araştırma Kursu, Katılımcı, Ankara, Türkiye, 2023
- Ruhsal İyileştirim Kongresi, Katılımcı, Kocaeli, Türkiye, 2022
- Lokman Hekim Bağımlılık Günleri -I”
- , Katılımcı, Ankara, Türkiye, 2022
- Hemşirelik Bölümü SWOT Analizi Çalıştayı, Katılımcı, Ankara, Türkiye, 2022

- Uluslararası Psikiyatri Hemşireliği İleri Uygulamaları Sempozyumu: Travma ve Afetlerde Psikiyatri Hemşireliği“ Sempozyumu , Katılımcı, İzmir, Türkiye, 2022
- Organ Bağışı Farkındalığı Paneli, Katılımcı, Ankara, Türkiye, 2022
- Bilimsel Makale Tartışma Etkinliği, Katılımcı, Ankara, Türkiye, 2022
- Uluslararası 18. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Katılımcı, Konya, Türkiye, 2022
- LGBTİQ+ Dostu Sağlık Ortamı Oluşturma: Karşılaşılan Engeller ve Öneriler" İzleyici / Dinleyici, Ankara, Türkiye, 2022
- Sanayinin Çırakları Geleceğin Ustaları Çalıştayı, Katılımcı, Ankara, Türkiye, 2022
- Bağımlılıkla Mücadele İçin Çevrimiçi Sunumlar Dizisi: Bağımlılıkta Psikoterapi, İzleyici / Dinleyici, Ankara, Türkiye, 2022
- Dünya Hemşireler Günü Paneli "Hemşirelikte Fark Yaratmak"
- , Katılımcı, Ankara, Türkiye, 2022
- Uluslarası Gazi Sağlık Bilimleri Kongresi, Katılımcı, Ankara, Türkiye, 2021
- Uluslararası 4. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, Katılımcı, Ankara, Türkiye, 2021
- Uluslararası Pandeminin Ruh Sağlığına Yansımaları ve Psikososyal Bakım Kongresi’, Katılımcı, Erzurum, Türkiye, 2021
- Kadın Sağlığında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Sempozyumu I: Jinekolojik Sounlar, Katılımcı, Ankara, Türkiye, 2021
- IV Hacettepe Ruh Sağlığı Sempozyumu-Belirsizlik, İzleyici / Dinleyici, Ankara, Türkiye, 2021
- Pandemiden Geçerken Hemşire Öncü Bir Ses , İzleyici / Dinleyici, Ankara, Türkiye, 2021
- Cİnsel İstismar Olgularında Multidisipliner Yaklaşım ve Öneriler Çalıştayı, İzleyici / Dinleyici, Ankara, Türkiye, 2021
- Travmanın İyileştirilmesinde Biyopsikososyal Bir Yaklaşım, İzleyici / Dinleyici, Ankara, Türkiye, 2021
- Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Lisans Eğitimi Değerlendirme Webinarı II, İzleyici / Dinleyici, Ankara, Türkiye, 2021
- Madde Bağımlılığını Önleme Yeni Tedavi Yaklaşım ve Önlemler Çalıştayı, İzleyici / Dinleyici, Ankara, Türkiye, 2021

7. Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

- SABAK Uzaktan Eğitim Yetkinlikleri Sertifika Programı/ 21.09.2020-02.10.2020
- (SANERC) Sistematik Derleme Ve Meta-Analiz, Yapma Ve Yayına Hazırlama Kursu-11-12 Haziran 2020
- 1. Bilimsel Araştırmalarda İstatistik Yöntemlerin Kullanımı ve Temel Biyoistatistik Kursu- Türk Üroloji Akademisi Türk Üroloji Derneği İç Anadolu Şubesi/SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi/ 28-29 Şubat 2020 (Ulusal)
- 2. Ruhsal İyiliğe giden Yol: Affetme Eğitimi/ Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi/ 21 Aralık 2019-İzmir (Ulusal)

- 3. Temel Düzey Psikolojik Bakım Kursu/Onkoloji Hemşireliği Derneği/ 13-14 Aralık 2019-Ankara (Ulusal)
- 4. Değişimde Anahtar: Motivasyonel Görüşme Kursu/Lokman Hekim Üniversitesi/ 7 Aralık 2019 (Ulusal)
- Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi "İletişim: Benden Ötesine Yolculuk" Kursu/ 25 Aralık 2018
- 5. Hacettepe Üniversitesi Lisans ve Lisansüstü Mezunları Derneği ve Yaşlılık Platformu ve Geriatri Hemşireliği Derneği Kursu/ 9 Haziran 2016/ (ulusal)
- Mesleki Kurs, Hemşire Araştırmacılar için İleri Araştırma Kursu, Gazi Üniversitesi, 2024
- Mesleki Kurs, Ölümle Yüzleşme Kursu , Güven Hastanesi, 2023 Mesleki Kurs, Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarıyla Çalışma Beceri Kazandırma Eğitimi ve Süpervisyon Programı , Psiko-Onkologlar Dernegi, 2023
- Mesleki Eğitim, Hemşirelikte Klinik Simülasyon Kursu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2023
- Mesleki Kurs, ABC/DE Aile Başa Çıkma Becerilerini Destek Eğitimi, Ruhsal Toplumsal İyileştirim Derneği, 2022
- Veri Analizi, Sağlık Alanında Sık Kullanılan İstatistiksel Yöntemler, Ruhsal Toplumsal İyileştirim Derneği, 2022
- Mesleki Kurs, Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitim Uygulayıcı Kursu "2 Alan Örneği İle" , Psikiyatri Hemşireliği Derneği, 2022
- Veri Analizi, Lisansüstü Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerine Yönelik Epidemiyolojide Nedensellik ve Gözlemsel Araştırmalar Eğitimi, Lokman Hekim Üniversitesi, 2022
- Sağlık ve Tıp, Bilişsel Davranışçı Terapi Kuram ve Uygulama Eğitimi Modül-1, Bilişsel Davranışsal Psikoterapiler Derneği, 2021
- Diğer, Hemşirelikte Temel Araştırma Kursu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2021.

8. İdari Görevler

- Portfolyo Komisyonu, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2024 - Devam Ediyor
- Bilimsel ve Sosyal Etkinlik Komisyonu, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2024 - Devam Ediyor
- Mezuniyet Hazırlık Komisyonu, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2024 – Devam Ediyor
- Bölüm Tanıtım ve Mezunlarla İlişkiler Komisyonu Üyesi, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2024 - Devam Ediyor
- Ölçme Değerlendirme Kurulu Üyesi, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2024 - Devam Ediyor
- Diğer İdari Görev, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2024 - Devam Ediyor
- Bologna Koordinatör Yardımcısı, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2023 - Devam Ediyor

- Program Akreditasyonu-Özdeğerlendirme Komisyonu Üyesi, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2023 - Devam Ediyor
- Rektörlüğe Bağlı Koordintör, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2023 – Devam Ediyor
- Öğrenci toplulukları, Mezun izleme, Kariyer ve Mezun Derneği Komitesi, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2022 - Devam Ediyor
- Yönergeler ve Öğrenci Rehberleri Geliştirme ve İzleme Komitesi, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2022 - Devam Ediyor
- Hemşirelik Eğitim Komisyonu, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2022 – Devam Ediyor
- Bölüm Laboratuvar Koordinatörlüğü, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2023 -2024
- Mezuniyet Hazırlık Komisyonu, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2022 - 2023
- SBF Bologna Koordinatrü, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2021 - 2023
- Bologna Koordinatörlüğü , Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2020 - 2023
- Sınav Programı Hazırlama Komisyon Üyesi, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2020 - 2022
- Rektörlüğe Bağlı Komisyon Üyesi, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2019 - 2021

9. Üye Olduğu Mesleki Kuruluşlar: Psikiyatri Hemşireliği Derneği

10.Bilimsel İlgi Alanları: Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, KLP , Psikoonkoloji, Simülasyon

Katılım Belgeleri



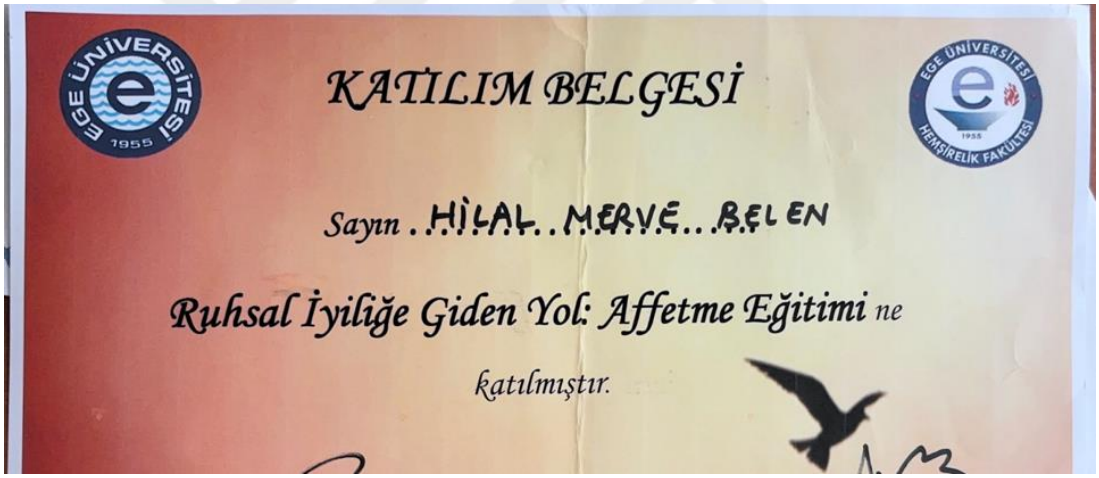
Psikiyatri Hemşireleri Derneği

KATILIM BELGESİ

Sn. Hilal Merve BELEN

Psikiyatri Hemşireleri Derneği tarafından 29.06.2022 tarihinde düzenlenen "Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitim Uygulayıcı Kursu: 2 Farklı Alan Örneği İle" kursunu (8 saat) tamamlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

DOÇ.DR. FUNDA GÜMÜŞ | DOÇ.DR. NİHAL BOSTANCI DAŞTAN | PROF. DR. SEVİM BUZLU | PROF. DR. FATMA ÖZ



EGE ÜNİVERSİTESİ 1955

KATILIM BELGESİ

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ 1955

Sayın . HİLAL . . MERVE . . . BELEN

Ruhsal İyiliğe Giden Yol: Affetme Eğitimi ne katılmıştır.



Nº: 2023/07

Katılım Belgesi
Certificate of Attendance

HİLAL MERVE BELEN

T.C./ID No: 35089441802

Psiko-Onkoloji
(Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarıyla Çalışma)
Beceri Kazandırma Eğitimi ve
Süpervizyon Programına
Katılmıştır

attended
Upskilling Training and Supervision Programme
in Psycho-Oncology
(Working with Cancer Patients and their Caregivers)

4 - 5 - 11 - 12 - 25 - 26 Kasım / November 2023
TÜRKİYE

OZAN BAHÇİVAN

Psiko-Onkologlar Derneği (TPOD) Kurucu Başkanı
Uluslararası Psiko-Onkoloji Birliği (IPOS) Yöneticisi
&
Türkiye Temsilcisi

OZAN BAHCIVAN

Psycho-Oncological Association (TPOD), Founding President
International Psycho-Oncology Society (IPOS), Board Director
&
Türkiye Liaison