



**KANSER HASTALARINDA RUMİNASYON VE
ÜSTBİLİŞLERİN TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Fulyagül DEMİR
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Üyesi Eda AY

Yüksek Lisans Tezi-2024



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**KANSER HASTALARINDA RUMİNASYON VE
ÜSTBİLİŞLERİN TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Fulyagül DEMİR

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Üyesi Eda AY**

**ERZURUM
2024**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	V
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kanser	5
2.2. Kanserin Etiyolojisi	5
2.3. Kanserin Epidemiyolojisi	6
2.3.1. Dünyada Kanser Epidemiyolojisi	6
2.3.2. Türkiye’de Kanser Epidemiyolojisi.....	7
2.4. Kanser Hastalarında En Sık Kullanılan Tedavi Yöntemleri, Tedavinin Yan Etkileri ve Hastalarda Görülen Psikososyal Sorunlar	9
2.5. Ruminasyon	12
2.5.1. Ruminasyonun Tanımı ve İşlevleri.....	12
2.6. Kanser Süreci ve Ruminasyon.....	14
2.7. Kanser Süreci ve Üstbilişler	16
2.7.1. Üstbilişlerin Tanımı ve Özellikleri	16
2.7.2. Kanser Hastalarında Üst Bilişlerin Kullanımı ve Üst Bilişlerin Kansere Hastalarının Psikolojik Uyumunda Oynadığı Rol.....	19
2.8. Travma Sonrası Büyüme (TSB)	20

2.9. Kanser Hastalarında Travma Sonrası Büyümeyi Desteklemede Psikiyatri	
Hemşirenin Rolü.....	24
3. MATERYAL VE METOD	25
3.1. Araştırmanın Türü.....	25
3.2. Araştırmanın Soruları	25
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	25
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	25
3.4. Verilerin Toplanması	26
3.5. Veri Toplama Araçları	26
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	26
3.5.2. Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri	26
3.5.3. Üstbiliş Ölçeği-30	27
3.5.4. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği	27
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	28
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
KAYNAKLAR	45
EKLER	63
EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....	63
EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU	64
EK-3. KURUM İZNİ	66
EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	68

EK-5. OLAY İLİŞKİLİ RUMİNASYON ENVANTERİ.....	69
EK-6. ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ -30.....	71
EK-7. TRAVMA SONRASI BÜYÜME ÖLÇEĞİ.....	72



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışması boyunca değerli yardım ve yönlendirmelerinden dolayı tez danışmanım Dr.Öğr. Üyesi Eda AY' a vermiş olduğu tüm emekler ve göstermiş olduğu anlayış için teşekkür ederim.

Yükseklisans eğitimim boyunca öğretilerinden azami derecede istifade ettiğim, yalnızca mesleki değil her anlamda gelişimime katkıda bulunan Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilimdalındaki kıymetli hocalarıma, tez jüri üyesi olarak tez savunmamda yer alan ve önerileri ile çalışmamı güçlendiren sunmuş oldukları katkılar için Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN'a ve Dr. Öğr. Üyesi Nurgül KARAKURT'a, araştırmanın yürütülmesi için beni hastalarla buluşturan iç hastalıkları onkoloji bölümü anabilim dalı başkanı Prof. Dr. Mehmet BİLİCİ' ye, araştırmayı katılmayı kabul eden çok kıymetli hastalara hayatımın her anında maddi ve manevi katkılarıyla, sabır ve anlayışlarıyla, çalışmalarımındaki başarılarımda kilit rol üstlenen; anneme, babama, kardeşlerime, dostlarıma ve nişanlıma vermiş oldukları tüm emekler ve varlıkları için sonsuz teşekkür ederim.

Fulyagül DEMİR

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GLOBOCAN	: Global Cancer Statistics
IARC	: Dünya Sağlık Örgütü - Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
SPSS	: Statistical Program for Social Sciences
TSB	: Travma Sonrası Büyüme
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
ÜBÖ	: Üstbiliş Ölçeği
WHO	: World Health Organization

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 2.1. Dünya sağlık örgütü - uluslararası kanser araştırma ajansı (IARC) 2020 dünya kanser istatistikleri	7
Şekil 2.2. 2020 Yılında türkiye’de en sık görülen kanser türleri.....	8
Şekil 2.3. Türkiye’de erkeklerde en yaygın olarak görülen kanser türleri	9
Şekil 2.4. Türkiye’de kadınlarda en yaygın olarak görülen kanser türleri	9



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Katılımcıların sosyo demografik özelliklerinin dağılımı.....	30
Tablo 4.2. Katılımcıların ruminasyon, üstbiliş ve travma sonrası büyüme ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.....	32
Tablo 4.3. Olay ilişkili ruminasyon envanteri, üst biliş ölçeği ve travma sonrası büyüme envanteri toplam puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	34
Tablo 4.4. Travma Sonrası büyüme ile olay ilişkili ruminasyon ve üst biliş arasındaki regresyon analizi	37

ÖZET

Kanser Hastalarında Ruminasyon ve Üstbilişlerin Travma Sonrası Büyüme İle İlişkisinin İncelenmesi

Amaç: Bu araştırma kanser hastalarında ruminasyon ve üstbilişlerin travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma Türkiye'nin doğusunda yer alan bir üniversite hastanesinin medikal onkoloji polikliniği ve ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran hastalarla yüzyüze görüşme yolu ile gerçekleştirilmiştir. Veriler; tanıtıcı veri formu, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri Üstbiliş Ölçeği- 30 ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri kullanılarak 25 Temmuz 2023 ile 15 Aralık 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Güç analizi sonucunda, % 95 güven aralığı ve %5 hata payı ile yapılan hesaplamalara göre, araştırmanın en az 172 kanser hastası ile tamamlanması gerektiği belirlenmiştir. Ancak, çalışma öngörülen örneklem büyüklüğü olan 250 hasta ile tamamlanmıştır. Verilerin analizi; sıklık analizleri ile birlikte korelasyon ve regresyon analizi yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Araştırma sonuçlarına göre; kanser hastalarında amaçlı ruminasyon ve üstbilişleri ile travma sonrası büyüme arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişki olduğu, girici ruminasyon ile travma sonrası büyüme düzeyleri arasında ise negatif yönde bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($p < 0.05$). Kanser hastalarında amaçlı ruminasyon, girici ruminasyon ve üstbilişlerin travma sonrası büyümenin %23.5'ini açıkladığı saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada kanser hastalarında, ruminasyon ve üst bilişlerin travma sonrası büyümeyi önemli ölçüde etkilediği ve hemşirelik pratiğinde bu faktörlerin dikkate alınmasının önemi vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, kanser, ruminasyon, travma sonrası büyüme, üstbiliş

ABSTRACT

Examining the Relationship between Rumination and Metacognitions and Post-Traumatic Growth in Cancer Patients

Aim: This research was conducted to examine the relationship between rumination, metacognition and post-traumatic growth in cancer patients.

Materials and Methods: The research was conducted through face-to-face interviews with patients who applied to the medical oncology outpatient clinic and outpatient chemotherapy unit of a university hospital in eastern Turkey. Data; The introductory data form was collected between July 25, 2023 and December 15, 2023, using the Event-Related Rumination Inventory Metacognition Scale-30 and the Post-Traumatic Growth Inventory. As a result of the power analysis, it was determined that the study should be completed with at least 172 cancer patients, according to calculations made with a 95% confidence interval and a 5% margin of error. However, the study was completed with the expected sample size of 250 patients.

Findings: According to the research results; It was observed that there was a positive linear relationship between purposeful rumination and metacognition and post-traumatic growth in cancer patients, and a negative relationship between intrusive rumination and post-traumatic growth levels ($p < 0.05$). It was determined that purposeful rumination, intrusive rumination and metacognitions explained 23.5% of post-traumatic growth in cancer patients.

Conclusion: In line with these results, this study emphasizes that rumination and metacognition significantly affect post-traumatic growth in cancer patients and the importance of taking these factors into consideration in nursing practice.

Key Words: Cancer, metacognition, nursing, post-traumatic growth, rumination

1. GİRİŞ

Kanser tüm dünyada yüksek mortalite ve morbiditeye neden olan hastalıkların başında gelen (Bray ve ark., 2018; Xia ve ark., 2019); organ veya dokudaki hücrelerin kontrolsüz olarak büyümesiyle karakterize olan ve diğer organ veya dokulara yayılabilen geniş bir hastalık grubunu ifade etmektedir (WHO, 2022). Kanser, küresel olarak önde gelen ölüm nedenlerinden biridir ve artan insidans ve mortalite ile birincil halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (Çaman ve Özcebe,2014).

Küresel bir sağlık sorunu olan kanser hastalığı ölüm nedenleri arasında ülkemizde ve dünyada ikinci sırada yer almaktadır (Kocaman Yıldırım ve ark., 2018). Dünyada yaklaşık her 6 ölümden biri, ülkemizde ise her 5 ölümden biri kanser nedeniyle meydana gelmektedir (Deniz, 2022). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, dünyada her altı kadından ve her beş erkekten biri hayatlarının bir döneminde kansere yakalanmaktadır (WHO, 2020). Bu istatistik, kanserin küresel bir sağlık sorunu olduğunu ve bu nedenle hem fiziksel hem de psikososyal yönden ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Kanser tanısı alınmasıyla birlikte psikolojik, sosyal, fiziksel ve manevi boyutlarda birçok belirti ortaya çıkar tanı konulduğundan itibaren birçok zorlu tedavi süreci başlar .Kanser hastaları bu dönemde belirsizlikler ile beraber oldukça yaygın olan duygusal, ruhsal ve davranışsal problemler yaşarlar (Altan ve ark,2020). Bu tedavi sürecindeki bireylerin çoğu, karmaşık tedavi süreçlerinden geçmekte ve tedavinin önemli bir parçası olan sağlık davranışlarının düzenlenmesi, özellikle kronik hastalığı olan bireyler için hayati bir öneme sahiptir. Kanser tanısı almış bireylerin günlük yaşamlarını sürdürmeleri, tedavi ve hastalığın yol açtığı fiziksel, sosyal ve bilişsel zorluklarla mücadele etmelerini gerektirir (Kara ve ark., 2023). Tedavi sürecindeki duyguların etkili bir şekilde düzenlenmesi, bireylerin öz-bakım becerilerini, tedaviye uyumlarını, yaşam kalitelerini

ve stresle başa çıkma yeteneklerini belirleyerek fiziksel ve psikolojik sağlık sonuçlarını etkileyebilir (Tuna, 2023).

Travmatik yaşam olaylarından sonra bireylerin hayata bakış açılarında ve yaşamdaki konumları üzerine olan inançlarında değişimler meydana gelmektedir (Cann ve ark., 2011). Bireyler yaşadıkları bu travmatik olay çerçevesinde hayatlarını yeniden anlamlandırmaya çalışmaktadır (Cann ve ark., 2011). Kanser deneyiminde ruminasyon, hastanın sürekli olarak olumsuz düşünceler ve duygular taşımasına neden olabilir. Bu süreç, bir olayın negatif yönlerine odaklanma ve uzun vadeli düşünme sürecini ifade eder, bu da insanların bu olumsuz düşüncelere saplanmasına yol açar. Kanser hastalarının ruminasyonu, problemleri çözme veya anlam arama yolunda nasıl hareket ettiklerine bağlı olarak farklı sonuçlara yol açabilir (Özçetin ve ark., 2021; Liu ve ark., 2020). Ruminasyon travmatik yaşam olaylarından sonra beklenen doğal bir süreçtir fakat bu düşünce içeriğinin süresi ve sıklığı arttığında psikopatolojilerin oluşumuna zemin hazırlayabilmektedir (Papageorgiou and Wells, 2004). Ruminasyon girici ruminasyon ve amaçlı ruminasyon olarak ikiye ayrılmaktadır .Girici ruminasyon depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu; amaçlı ruminasyon ise travma sonrası büyüme ile yakından ilişkilidir (Cann ve ark., 2011). Aynı zamanda girici ruminatif düşünce içeriği kişinin yalnızca olumsuz duygu ve düşüncelerini artırmakla kalmayıp, aktif problem çözme becerisinin ve sosyal desteğin azalmasına, dolaylı olarak depresyon belirtilerinin artmasına da neden olmaktadır (Lyubomirsky ve ark., 2015).

Araştırmalar, kanser hastalarının uyumsuz düşünce içeriğinin (neden bu hastalık beni buldu, ne suç işledim, neden ben, bir daha asla iyi olamayacağım gibi) travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon, beden imajı endişesi ve duygusal zorluklar gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirildiğini göstermektedir (Kanat ve Özpolat, 2016). Uzun süreli ruminasyon, psikolojik sıkıntıya ve kendini cezalandırma davranışlarına yol

açabilir. Bu süreç, kişinin geçmişteki olumsuz olayları sürekli olarak düşünmesini içerir ancak amaçlı ruminasyon, bu deneyimlerin üstesinden gelmede olumlu bir etken olarak görülebilir(Özçetin ve ark., 2021). Öte yandan, kanser hastalarında amaçlı ruminatif düşüncelerin ise travma sonrası büyümeye aracılık ettiği bilinmektedir (Chan ve ark., 2011; Ogińska-Bulik, 2016). Aynı zamanda hastalığa uyum sürecinde de önemli bir rol oynar. Hastalar, hastalık teşhisleriyle ilgili düşüncelere odaklandıkça, ruminasyon artabilir. Kanser hastalarının ruminatif düşünce biçimlerini anlamak, psikolojik destek sağlama ve daha sağlam bir ruh sağlığı elde etmelerine yardımcı olma açısından önemlidir (Özçetin ve ark., 2021; Liu ve ark., 2020).

Her ne kadar yaşanan hastalık ve tedavi süreci stres verici ve travmatik olsa da, bireylerin bu yaşam deneyiminden yeni hedefler belirleme, yaşamı yeniden anlamlandırma, baş etme kaynaklarını gözden geçirme gibi yeni kazanımlar elde ederek çıkmaları da mümkündür (Tedeschi ve ark., 2004). Bireylerin travmatik yaşam olaylarından sonra gösterdiği hayata yeni bir pencereden bakmayı içeren bu olumlu gelişim, travma sonrası büyüme olarak tanımlanmaktadır (Calhoun ve ark., 2014). Kanser hastalarına uygun desteğin sağlanması halinde, etkili baş etme yöntemleri ile sürece daha kolay uyum sağlayabilecekleri, süreci daha etkin yönetebilecekleri ve hatta olumlu kazanımlar elde edebileceği bilinmektedir (Hungerbuehler ve ark., 2011; Sharp ve ark., 2018). Bu anlamda kanser hastalarında yapılan çalışmalar da, travmatik yaşam deneyiminin bireyler üzerinde her zaman olumsuz izler bırakmadığını, insanların bu süreçten güçlenerek çıkabileceğini ortaya koymuşlardır (Shand ve ark., 2015; Casellas-Grau ve ark., 2017; Turner ve ark., 2018).

Literatür incelendiğinde, son yıllarda ruminasyonun travma sonrası büyümeye olan etkisinin araştırıldığı çalışmalarda artış olduğu (Taku ve ark., 2009; Soo ve ark., 2015; Spada ve ark., 2008; ve Morris ark., 2011; Meyerson ve ark., 2011;), ancak kanser

hastalarında ruminasyonun travma sonrası büyüme üzerine etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma olduğu saptanmıştır. (Gür ve Öztürk 2022; Ogińska-Bulik ve Kobylarczyk 2019; Haspolat ve Çırakoğlu 2021) Benzer şekilde üstbilişlerin kanseri olan bireylerde ve onların bakım verenleri üzerindeki etkisine dair olan araştırmalarda da artış gözlemlenmiş (Quattropani ve ark., 2016; Cook ve ark., 2015; Fisher ve ark., 2018), ancak kanser hastalarında üstbilişler ile travma sonrası büyüme ilişkisinin incelendiği bir çalışma olmadığı ve bu psikososyal açıdan riskli grupta üstbilişlerin incelendiği yalnızca bir çalışma olduğu görülmüştür (Ağaç ve Üzar Özçetin 2022). Özellikle kronik hastalığı olan bireylerde psikososyal bakıma odaklanan konsültasyon-liyezon psikiyatri hemşiresinin temel amacı, “hastaların bütüncül sağlığını yükseltmek, ruhsal bozuklukları önlemek ve azaltmak, psikososyal uyuma yardım etmek, bireyin mevcut hastalığı ile hastalığının yol açtığı yaşam zorluklarıyla baş edebilecek güce gelmesine ve hastalık yaşantısından anlam bulmasına yardımcı olmaktır” (Townsend ve Morgan, 2018). Bu amaçlara ulaşabilmek için hemşireler travma sonrası büyümeyi desteklemek için hastaları biyopsikososyal açıdan kapsamlı olarak değerlendirmeli, travmatik bir deneyim olarak hastalık yaşantısının birey tarafından nasıl algılandığını sorgulamalıdır (Townsend ve Morgan, 2018). Literatürdeki son yıllardaki çalışmaların gösterdiği gibi, ruminasyon, üst bilişler ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişki kanser hastalığında yeterince incelenmemiştir. Ancak, bu çalışmaların eksikliği kanser hastalığı süresinde ruminasyon, üst bilişler ve travma sonrası büyümenin önemini vurgulayarak klinik uygulamalara yön verecek nitelikteki araştırmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, bu çalışma ruminasyon, üst bilişler ve travma sonrası büyüme başlıklarını bir araya getirerek kanser hastalığının psikososyal etkilerini derinlemesine anlamayı ve literatürdeki önemli boşluğu doldurarak klinik bulgulara yol göstermeyi amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser tüm dünyada yüksek mortalite ve morbiditeye neden olan hastalıkların başında gelen (Bray ve ark., 2018; Xia ark., 2019); organ veya dokudaki hücrelerin kontrolsüz olarak büyümesiyle karakterize olan ve diğer organ veya dokulara yayılabilen geniş bir hastalık grubunu ifade etmektedir (WHO, 2022). Kanser, küresel olarak önde gelen ölüm nedenlerinden biridir ve artan insidans ve mortalite ile birincil halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (Çaman ve Özcebe, 2014).

Global Cancer Statistics (GLOBOCAN) 2020 verilerine göre dünya genelinde yaklaşık 19 milyon yeni kanser vakası olduğu ve bu sayının 2040 yılına kadar 30 milyonu aşacağı, ülkemizde ise 2020 yılında 234 bin yeni kanser vakası olduğu ve 2040 yılında bu sayının neredeyse 400 bine ulaşacağı tahmin edilmektedir. Kanser vakalarındaki beklenen bu büyük artışa ve ülkemizde dolaşım sistemi sebebiyle ölümlerden sonra en büyük ölüm nedeni olarak tanımlanmasına rağmen, kanser teşhis ve tedavisindeki gelişmeler sayesinde kanser kaynaklı ölümlerin sayısı son yıllarda azalma göstermiştir (Teker ve Ay, 2022; TÜİK, 2021).

2.2. Kanserin Etiyolojisi

Günümüzde kanser, onkogenlerdeki ve tümör baskılayıcı genlerdeki sayısız mutasyondan kaynaklanan genetik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Kanserin kökenlerinin açık bir şekilde anlaşılması, etkili kanser önleme ve yönetimi için başarılı stratejilerin temelidir. Kanserin moleküler ve hücresel düzeydeki kökeni tam olarak anlaşılamamıştır (Poljsak ve ark. , 2019).

Günümüzde kullanımı oldukça atılmış olan tütün ve aşırı alkol alımı gibi kötü alışkanlıklar, tavsiye edilmeyen beslenme alışkanlıkları, hareketsiz bir yaşam sürdürme ve aşırı kilolu olmak, bazı kimyasallara maruz kalmak, uygun olmayan saatlerde ve

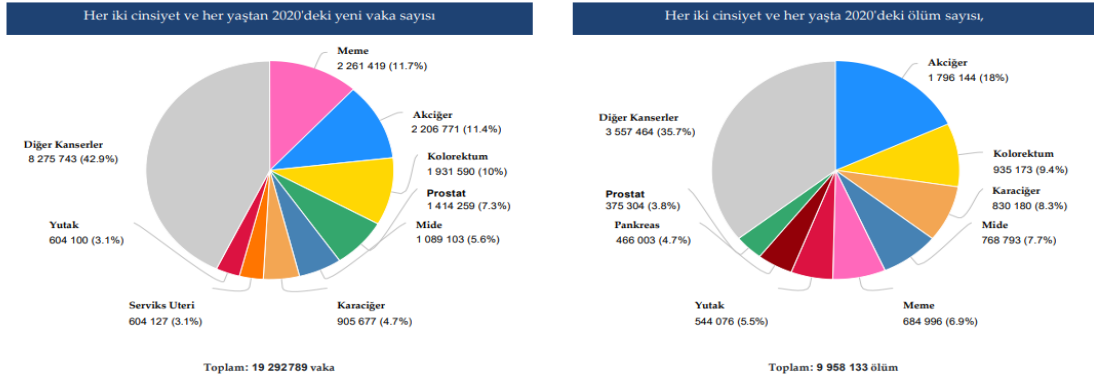
korunmasız bir şekilde güneş ışığına maruz kalmak, bazı enfeksiyonlara ve radyasyona maruziyet kanserin gelişimi için önemli risk faktörleridir (WHO, 2022).

2.3. Kanserın Epidemiyolojisi

Küresel bir sağlık sorunu olan kanser hastalığı ölüm nedenleri arasında ülkemizde ve dünyada ikinci sırada yer almaktadır (Kocaman Yıldırım ve ark., 2018). Dünyada yaklaşık her 6 ölümden biri, ülkemizde ise her 5 ölümden biri kanser nedeniyle meydana gelmektedir (Deniz, 2022). Dünya Sağlık Örgütü 2030 yılı tahmini verilerine göre dünyadaki ölümlerin yaklaşık 12 milyonunun kansere bağlı gerçekleşeceği ve kanserin, hastalıklara bağlı ölümler listesinde ilk sırada yer alacağı öngörülmektedir (Mattiuzzi & Lippi, 2020).

2.3.1. Dünyada Kanser Epidemiyolojisi

Dünya nüfusu 2020 Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 8.8 milyara ulaşmış durumdadır. Gelişmişlik düzeyi, sosyoekonomik durum, yaşam tarzı gibi faktörler her ülkede farklılık göstermesine rağmen dünyada kanser önemli insidans ve mortalite oranlarına sahiptir (UNFA, 2021). Dünya Sağlık Örgütü - Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) 2020 dünya kanser istatistikleri dünya çapında tahmini 19. 3 milyon yeni kanser vakası (melanom dışı cilt kanseri hariç 18. 1 milyon) ve yaklaşık 10. 0 milyon kanser ölümünün (melanom dışı cilt kanseri hariç 9. 9 milyon) meydana geldiğini göstermektedir. 2020'de 19. 3 milyon yeni vaka ve 10. 0 milyon ölüm şeklinde bildirilen oranlar, 2018 yılındaki 18. 1 milyon vaka ve 9. 6 milyon ölüm oranlarıyla kıyaslanınca dünyadaki kanser yükünün arttığı tahmin edilmektedir. Dünya sağlık örgütü - uluslararası kanser araştırma ajansı (IARC) 2020 dünya kanser istatistiklerine göre her iki cinsten ve yaştan vaka sayısı ile ölüm sayısının kanser gruplarına göre dağılım grafiği Şekil 2.1 de gösterilmiştir.



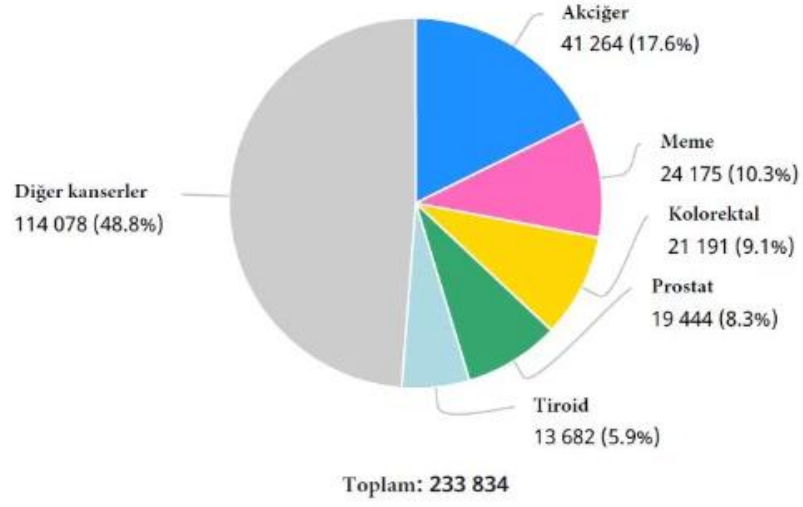
Şekil 2.1. Dünya sağlık örgütü - uluslararası kanser araştırma ajansı (IARC) 2020 dünya kanser istatistikleri

2.3.2. Türkiye’de Kanser Epidemiyolojisi

Ülkemizin her geçen gün nüfusu artmaktadır. TÜİK tarafından 2021 yılında açıklanan rakama göre Türkiye’nin nüfusu 83 milyon 384 bin 680 kişidir (TÜİK, 2021). Buna bağlı olarak her geçen günle birlikte yeni kanser tanısı alan hasta sayısı da artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2020 yılında yapılan açıklamaya göre 2020 yılında 233.834 kişi kanser tanısı almıştır. Kanser nedeniyle yaşamını kaybeden sayısı ise 126.335 olarak açıklanmıştır.

2020 yılında ülkemizde en sık görülen ilk 5 kanser türü, akciğer kanseri, meme kanseri, kolorektal (kalın bağırsak) kanser, prostat kanseri ve tiroid kanseri idi. Bu 5 kanser türü, tüm kanserlerin %50'den fazlasını oluşturmaktadır (GLOBOCAN 2020) .

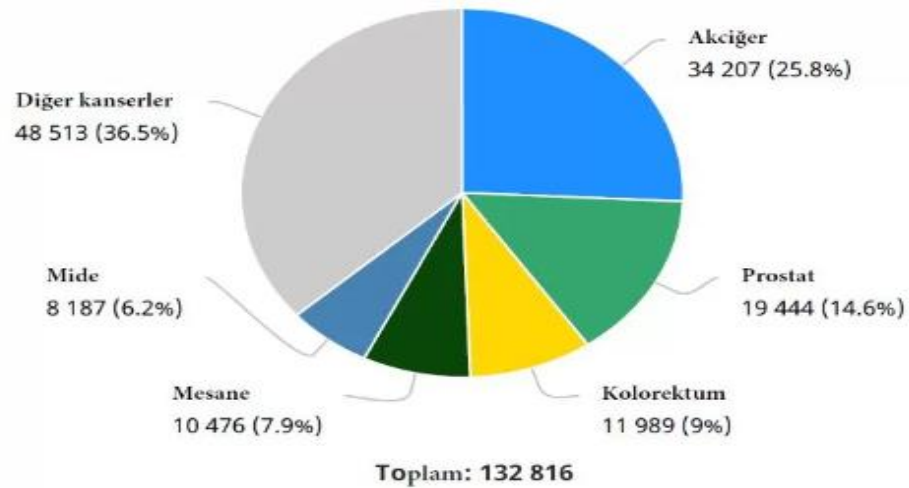
2020'de her iki cinsiyet, her yaştan yeni vaka sayısı



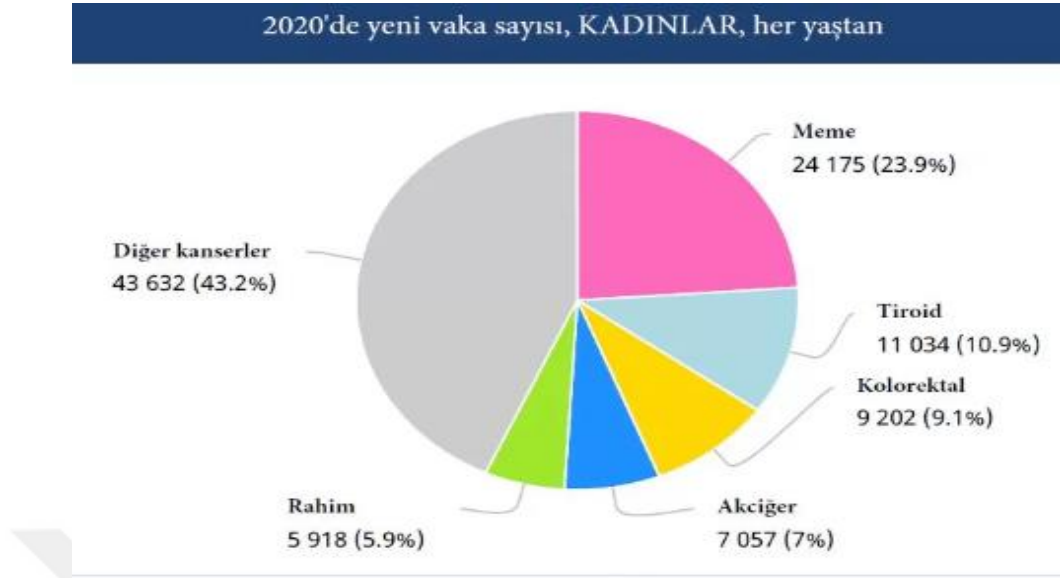
Şekil 2.2. 2020 Yılında türkiye’de en sık görülen kanser türleri

Erkeklerde en yaygın görülen ilk 5 kanser türü akciğer kanseri, prostat kanseri, kolorektal kanser, mesane kanseri ve mide kanseri idi. Erkeklerde görülen kanserlerin en az %40'ının sigara ilişkili olduğu tahmin edilmektedir. Kadınlarda en yaygın görülen ilk 5 kanser türü meme kanseri, tiroid kanseri, kolorektal kanser, akciğer kanseri ve rahim kanseridir (GLOBOCAN 2020). Şekil 2.2 ve 2.3 te GLOBOCAN 2020 yeni vaka verilerine göre erkek ve kadın hastalarda en yaygın olarak görülen kanser türü oranları şekil 2.3 ve şekil 2.4’te gösterilmiştir.

2020'de yeni vaka sayısı, ERKEKLER, her yaştan



Şekil 2.3. Türkiye’de erkeklerde en yaygın olarak görülen kanser türleri



Şekil 2.4. Türkiye’de kadınlarda en yaygın olarak görülen kanser türleri

2.4. Kanser Hastalarında En Sık Kullanılan Tedavi Yöntemleri, Tedavinin Yan Etkileri ve Hastalarda Görülen Psikososyal Sorunlar

Kanser hastalığının tedavisi; hastanın tanı alma sürecini takriben, hastalığın evresine, hastanın yaşına, fiziksel ve ruhsal durumuna ve hatta beklentilerine göre uygun yönteminin seçilmesi işlemidir. Kanser hastalığının tedavisinde, küratif ve palyatif tedavi uygulanabilir. Küratif tedavi, hastayı iyileştirme, eski sağlığına kavuşturma amacı ile uygulanır (Boshuizen & Peeper, 2020). Palyatif tedavi ise iyileşme ihtimali olmayan durumlarda semptomları azaltma veya ortadan kaldırma, yaşam kalitesini artırma, yaşam süresini uzatma amacı ile uygulanır (Dahlin, 2015). Kanser hastalığına sahip bireyin tedavisi multidisipliner bir yaklaşımla tedavi edilir. Tedavide yaygın olarak cerrahi tedavi, immunoterapi, kemoterapi ve radyoterapi kullanılır. Bu tedaviler birbiri ile eş zamanlı veya ardışık olarak uygulanabilir. Bir tedavi birincil tedaviden sonra uygulandığında adjuvan, önce uygulandığında neoadjuvan olarak adlandırılır (Can, 2019; Kapucu ve Kutlutürkan, 2020).

Kanser hastaları tedavi ve hastalık sebebi ile birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Bunlar; anemi, yorgunluk, alopesi, lökopeni, trombositopeni, infertilite, disfaji, mukozit, hipersalivasyon, iştahsızlık, sistit, peteşi, ekimoz, hematoma, dizüri, ağrı, konstipasyon, diyare gibi fizyolojik semptomlardır (Carr ve ark., 2002; Koo ve ark., 2020). Bu sorunların ciddi müdahaleler gerektiren ve multidisipliner yaklaşımla çözülmesi gereken durumlar olduğu ifade edilmektedir (Koo ve ark., 2020; Kwekkeboom, 2016). Günümüzde kanser tedavisi non-spesifik yöntemlerden spesifik yöntemleri içeren bir yöne doğru ilerlemektedir. Cerrahi yöntemler ve radyoterapi ile her ne kadar tümörlerin yok edilmesinde başarı sağlansa da, bazı kanserli hücre kalıntıları ve metastaza bağlı hastalık tekrarları önemli bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir. Bu yüzden bu yöntemlerle kombine olarak kemoterapi de tedavi sürecinde kendine yer bulmaktadır. Fakat kemoterapinin kanserli hücrelerin yanında vücudun sağlıklı hücrelerine verdiği zarar da göz önüne alınarak bireysel özelliğe sahip, tümöre spesifik tedavilere olan ilgi artmaktadır (Barbaros ve ark., 2015). Kemoterapinin neden olduğu en yaygın yan etkiler arasında; kemik iliği baskılanması nedeniyle trombositopeniye bağlı kanamalar ve nötropeniye bağlı enfeksiyonlar, nöropatiler, gastrointestinal bozulmalar sonucu mukozit, bulantı/ kusma, konstipasyon, cilt değişiklikleri, alopesi, yorgunluk, ateş ve ağrı ile birlikte psikolojik olarak korku, anksiyete ve uyumsuzluk tanımlanmıştır. Kanser tedavisi boyunca sıklıkla kullanılan kan alımı, lomber ponksiyon, kemik iliği testleri ve kateter takılması gibi yoğun invaziv girişimler nedeniyle hastalar farklı stresörlere maruz kalmaktadırlar. Dolayısıyla kanser tanısı almış hastalar, hastalık ve tedavinin neden olduğu bir dizi fiziksel, sosyal ve bilişsel bozulma nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanmakta ve yakınlarının desteğine daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar (Kara ve ark., 2023).

Bu tedavi sürecindeki bireylerin çoğu, karmaşık tedavi süreçlerinden geçmekte ve tedavinin önemli bir parçası olan sağlık davranışlarının düzenlenmesi, özellikle kronik hastalığı olan bireyler için hayati bir öneme sahiptir. Kanseri tanısı almış bireylerin günlük yaşamlarını sürdürmeleri, tedavi ve hastalığın yol açtığı fiziksel, sosyal ve bilişsel zorluklarla mücadele etmelerini gerektirir (Kara ve ark., 2023). Tedavi sürecindeki duyguların etkili bir şekilde düzenlenmesi, bireylerin öz-bakım becerilerini, tedaviye uyumlarını, yaşam kalitelerini ve stresle başa çıkma yeteneklerini belirleyerek fiziksel ve psikolojik sağlık sonuçlarını etkileyebilir. Aynı zamanda, kanserin etiyolojisi üzerindeki psikososyal faktörlerin rolü de uzun yıllardır araştırmacıları meşgul eden bir sorudur. Araştırmalar, duygu düzenleme zorluklarının, kronik hastalıkların seyri üzerinde etkili olabileceğini öne sürmektedir (Tuna, 2023).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, dünyada her altı kadından ve her beş erkekten biri hayatlarının bir döneminde kansere yakalanmaktadır (WHO, 2020). Bu istatistik, kanserin küresel bir sağlık sorunu olduğunu ve bu nedenle hem fiziksel hem de psikososyal yönden ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Kanser tanısı alınmasıyla birlikte psikolojik, sosyal, fiziksel ve manevi boyutlarda birçok belirti ortaya çıkar tanı konulduğundan itibaren birçok zorlu tedavi süreci başlar ve kanser hastaları bu dönemde belirsizlikler beraber oldukça yaygın duygusal, ruhsal ve davranışsal problemler yaşarlar (Altan ve ark.,2020).

Bu psikososyal zorlanmalar şöyle özetlenebilir:

- Ölüm korkusu
- Geleceğe yönelik belirsizlik endişeleri
- Hastalığın tekrarlayacağı endişesi
- Ayrılık kaygısı

- Öz yeterliliğini, bedeni üzerindeki denetimi otonomisini ve temel işlevlerini kaybedeceği endişesi
- Vücut ve organın hasar göreceği endişesi
- Sevgi ,ilgi ve desteği kaybetme endişesi
- Kendini yetersiz hissetme ve başkalarına muhtaç olma korkusu
- Çekicilik ve cinsel fonksiyonda azalma endişesi
- Çocuklarına bakamama ve onları terk etme endişesi
- Ağrı, saç dökülme endişesi (Altan ve ark.,2020).

Bu tür kaygılar yaşayan bir hastada; şok, kaygı, depresyon, kızgınlık, inkâr, patolojik bağımlılık, ruhsal dengesizlikler ve psikolojik gerilimler gibi çeşitli davranışsal ve duygusal tepkilerin gelişmemesi kaçınılmazdır (Özkan,2012) Yaşanan bu değişimlere ek olarak kanser tanısı alan bireyler bazı psikiyatrik bozukluklar yaşarlar (Elbi ,2008). Kanser hastalarında %20- %45 oranlarında depresyon ve %15- %75 oranlarında deliryum tanılarının eşlik eden psikiyatrik tanılar olduğu bilinmekle beraber yatan hastalarda bu oranlar yükselmektedir ancak bu hastalıkların tanıları konulamamakta ve tedavi edilmemektedirler (Aydoğan ve ark., 2012; Roelofs ve ark., 2005). Kanser süreci hastaların düşünceleri, ruhsal durumları, inançları ve başa çıkma yolları aile ve arkadaşlık ilişkilerini etkileyebilmektedir. Bu nedenle kanser hastalarına verilen bakımda psiko-sosyal bir yaklaşım benimsenmelidir (National Cancer Institute, 2021)

2.5. Ruminasyon

2.5.1. Ruminasyonun Tanımı ve İşlevleri

"Ruminasyon "(düşünceye dalma), bireyin kendi iç dünyası, duyguları, kişisel endişeleri ve rahatsız edici deneyimleri hakkında tekrarlayan, uzun süreli ve sürekli negatif düşünce sürecini ifade eder (Watkins & Roberts, 2020). Bu süreç, kişinin sıkıntının belirtilerine, bu belirtilerin olası kökenlerine ve sonuçlarına tekrarlayıcı ve pasif

bir şekilde odaklanma eğiliminde olduğu bir düşünce modelini içerir. Bu düşünceler, daha belirgin düşüncelerle birlikte bir akış içinde bulunur; bilinçli bir çaba harcamadan herhangi bir durumda aniden ve kendiliğinden ortaya çıkarlar. Genellikle bireyler, bu düşünceleri üzerinde düşünmeden ve değerlendirmeden doğru olarak kabul ederler (Beck, 2001).

Bu düşünce biçimi, başlangıçta kişinin kendini koruma mekanizması olarak ortaya çıkan düşüncelerin, zamanla işlevsiz ve kontrolsüz hale gelmesi sonucunda anksiyete rahatsızlığına neden olabilen bir süreçtir. Birey, bu düşünceleri sürekli olarak düşünür ve onları durduramaz (Laçın, 2018). Düşünceler bazen istemli, bazen de istemsiz olarak ortaya çıkar ve kişilerin yaşamlarını olumsuz etkileyebilir (Öcalan ve ark., 2020) ve genellikle olumsuz bir nitelik taşır (Franklin, 2005). Seçici soyutlama, aşırı genelleme veya keyfi çıkarsama gibi bir veya daha fazla mantık hatası(bilişsel hatalar) içerebilir. Bu durum, rahatsız edici koşulları aktif olarak değiştirmeyi içermez; aksine, birey sürekli olarak bu rahatsız edici koşullara ve bu koşullarla ilişkilendirilen duygulara odaklanır (Çelik, 2022).

Ruminasyon türleri, girici ruminasyon ve amaçlı ruminasyon olarak iki ana kategoriye ayrılır. Girici ruminasyon, kanser teşhisi sonrasında ortaya çıkan duygusal sıkıntıları içerir, bu da kişinin yaşadığı çaresizlik, üzüntü ve korku gibi duygusal zorlukları kapsar. Öte yandan, amaçlı ruminasyon, kişinin kanser deneyimini anlamlandırmaya ve olumlu bir bakış açısı geliştirmeye çalıştığı bir düşünce biçimini ifade eder (Özçetin ve ark., 2020; Liu ve ark., 2020).

Bu iki tür ruminasyon, amaçları ve etkileri bakımından farklılık gösterir. Amaçlı ruminasyon, bilinçli bir düşünme süreci olarak kabul edilirken, Girici ruminasyon kişinin kontrol edemeyeceği düşünceleri içerir ve bu, travmatik deneyimin kişisel rahatsızlığa neden olmasına yol açabilir (Kim, & Bae, 2019). Özellikle olayın hemen sonrasında

meydana gelen Girici ruminasyon, depresif ruh hali ile ilişkilendirilebilir ve uyku kalitesini bozabilir (Öcalan ve ark., 2020).

Bu nedenle, ruminasyon sıklıkla anksiyete ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkların bir belirtisi veya tetikleyicisi olarak görülmektedir. Travmatik deneyimlerin ardından ortaya çıkan ruminasyon, depresyon belirtilerine yoğunlaşabilir, (Laçın, 2018) bu da sürekli tekrarlanan endişe, yüksek düzeyde negatif duygusal etki ve fizyolojik uyarılmaya neden olabilir.

Ayrıca, ruminasyon endişe ile de ilişkilendirilmektedir. Ruminasyon endişe arasında farklılıklar olmasına rağmen, her ikisi de bireyin ruhsal sağlığını etkileyen önemli faktörlerdir. Ruminasyonun odaklandığı geçmişle başa çıkma ve endişenin gelecekteki tehditlere yönelik hazırlık gibi farklı işlevleri bulunsa da, her ikisi de bireyin yaşam kalitesini etkileyebilir (Dar ve Iqbal, 2015).

2.6. Kanser Süreci ve Ruminasyon

Travmatik yaşam olaylarından sonra bireylerin hayata bakış açılarında ve yaşamdaki konumları üzerine olan inançlarında değişimler meydana gelmektedir (Cann ve ark., 2011). Bireyler yaşadıkları bu travmatik olay çerçevesinde hayatlarını yeniden anlamlandırmaya çalışmaktadır (Cann ve ark., 2011). Kanser deneyiminde ruminasyon, hastanın sürekli olarak olumsuz düşünceler ve duygular taşımasına neden olabilir. Bu süreç, bir olayın negatif yönlerine odaklanma ve uzun vadeli düşünme sürecini ifade eder, bu da insanların bu olumsuz düşüncelere saplanmasına yol açar. Kanser hastalarının ruminasyonu, problemleri çözme veya anlam arama yolunda nasıl hareket ettiklerine bağlı olarak farklı sonuçlara yol açabilir (Özçetin ve ark., 2020; Liu ve ark., 2020). Ruminasyon travmatik yaşam olaylarından sonra beklenen doğal bir süreçtir fakat bu düşünce içeriğinin süresi ve sıklığı arttığında psikopatolojilerin oluşumuna zemin hazırlayabilmektedir (Papageorgiou ve Wells, 2004). Girici ruminasyon depresyon,

anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu; amaçlı ruminasyon ise travma sonrası büyüme ile yakından ilişkilidir (Cann ve ark., 2011). Aynı zamanda girici ruminatif düşünce içeriği kişinin yalnızca olumsuz duygu ve düşüncelerini artırmakla kalmayıp, aktif problem çözme becerisinin ve sosyal desteğin azalmasına, dolaylı olarak depresyon belirtilerinin artmasına da neden olmaktadır (Lyubomirsky ve ark., 2015).

Araştırmalar, kanser hastalarının uyumsuz düşünce içeriğinin (neden bu hastalık beni buldu, ne suç işledim, neden ben, bir daha asla iyi olamayacağım gibi) travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon, beden imajı endişesi ve duygusal zorluklar gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirildiğini göstermektedir (Kanat ve Özpolat, 2016). Uzun süreli ruminasyon, psikolojik sıkıntıya ve kendini cezalandırma davranışlarına yol açabilir. Bu süreç, kişinin geçmişteki olumsuz olayları sürekli olarak düşünmesini içerir. Ancak amaçlı ruminasyon, bu deneyimlerin üstesinden gelmede olumlu bir etken olarak görülebilir (Özçetin ve ark., 2020; Liu ve ark., 2020). Öte yandan, kanser hastalarında amaçlı ruminatif düşüncelerin ise travma sonrası büyümeye aracılık ettiği bilinmektedir (Chan ve ark., 2011; Ogińska-Bulik, 2017). Aynı zamanda hastalığa uyum sürecinde de önemli bir rol oynar. Hastalar, hastalık teşhisleriyle ilgili düşüncelere odaklandıkça, ruminasyon artabilir. Kanser hastalarının ruminatif düşünce biçimlerini anlamak, psikolojik destek sağlama ve daha sağlam bir ruh sağlığı elde etmelerine yardımcı olma açısından önemlidir (Özçetin ve ark., 2020; Liu ve ark., 2020).

Renna ve ekibinin 2020 yılında gerçekleştirdiği bir çalışmada, meme kanseri evresi 1-3 arasında olan 124 kadın katılımcının üzerinde ruminasyonun etkileri incelenmiştir. Araştırma, endişe ve düşünce ile kanserle ilgili stres arasında bir bağlantı olduğunu ortaya koymuş ve bu bağlantının ağrı, meme kanseri semptomları, kötüleşen fiziksel fonksiyonlar ve düşük kendini değerlendirilmiş sağlık ile ilişkilendirildiğini göstermiştir. Özellikle, tekrar eden düşüncelerin meme kanseri hastalarında adjuvan

tedavi öncesinde kanserle ilişkili stresi artırabileceği ve bu durumun fiziksel semptomlar ile sağlık algılarını olumsuz etkileyebileceği vurgulanmıştır. Araştırmanın sonuçlarında, ruminasyonun erken evre kanser hastalarında teşhis ve tedavi sürecinin işlevselliği ile yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır (Renna ve ark., 2020). Bu anlamda yapılan diğer çalışmalarda, kanser hastalarının ruminatif düşünce tarzının travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), anksiyete ve depresyon gelişimi, beden imajı endişesi, duygusal distres ve işlevsel olmayan tutumlar sergilenmesi, sağlık bakımı almanın gecikmesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Lyubomirsky ve ark., 2006; Yu ve ark., 2008; Thomsen ve ark., 2013; Liu ve ark., 2017; Liu ve ark., 2018).

Kanser tedavisinden sağ kalan bireylerle yapılan bir çalışmada da katılımcıların %40'ının yüksek düzey anksiyete ve %20'sinin yüksek düzey depresyon yaşadığı ve bu durumun kanser sonrası sağ kalım süresi ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir (Inhestern vd., 2017). Kanserden sağ kalan bireylerin ortalama %49'unun orta ile yüksek derecede nüks korkusu yaşadığı belirlenmiş ve bu kişiler nüks korkusunu; algılarını, duygularını, motivasyonlarını, davranış ve bilişlerini etkileyen karmaşık bir deneyim olarak ifade etmiştir (Almeida vd., 2019; Simard vd., 2013).

2.7. Kanser Süreci ve Üstbilişler

2.7.1. Üstbilişlerin Tanımı ve Özellikleri

"Biliş," bir konuyu anlama, öğrenme, bilgi edinme ve kendi kendine öğrenme süreçlerini ifade eder. Ayrıca, bilgiyi işleme yeteneği de içerir (Akpınar, 2011). Öte yandan, "bilinç" terimi, bireyin çevresiyle ve kendi varlığıyla farkında olma yeteneğini kapsayan zihinsel etkinliklerin bütününe ifade eder. Descartes'ın "Düşünüyorum, öyleyse varım" ilkesine dayanan "ruh ve beden" ayrımı, bilinç ve biliş kavramlarının temelini oluşturur. Zihin veya beyin, düşünme, öğrenme, hatırlama, hissetme, yargılama, problem

çözme gibi zihinsel faaliyetleri yöneten bir merkezdir. Ayrıca, dil kullanımı da bu bilişsel faaliyetlere önemli katkılarda bulunur (Cemiloğlu & Erol, 2016).

Üst biliş ise genellikle düşünme faaliyetine veya biliş hakkındaki bilgilere yönelik bir kavram olarak tanımlanır. Bu düşünce, Spinoza'nın 17. yüzyılda dile getirdiği "Kişi bir şeyi biliyorsa, o şeyi bildiğini bilir ve aynı zamanda o şeyi bildiğini bildiğini de bilir" ifadesiyle felsefi bir anlam kazanmış; ancak, psikoloji alanında detaylı bir inceleme 20. yüzyılın ikinci yarısında başlamıştır (Karaelle & Saraç, 2010). Üstbilişin bilişten farkı ise, üstbilişte kişi bilişinin farkındadır ve onu durumlara uygun bir şekilde kullanma çabası gösterir, bilişlerin ise bir kısmı bilinçli şekilde yönlendirilememektedir, hatta bazı bilişlerin farkına dahi varılamamaktadır (Rashmi, Vanlalhrui, 2023).

Wells'e göre üstbilişsel yaklaşımda insanların sadece ne düşündüğü değil nasıl düşündüğü de onların duyguları ve kontrolleri üzerinde etkilidir (Wells, 2009). Wells ve Matthews'ün ortaya attığı S-REF Model (Self-Regulatory Executive Function Model)'ine göre bilişsel süreç otomatik ve refleks olarak yönlendirilen aşama, dikkat gerektiren istemli aşama ve kendini tanıma aşaması olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır. Otomatik aşama çok hızlıdır ve refleks olarak gelişmektedir. Dikkat gerektiren istemli aşama otomatik aşama ile kendini tanıma aşaması arasında yer alan ve bilinçli işlemenin gerçekleştiği aşamadır (Wells, 2002; Wells, 2009). Bu aşamada bireyler içsel olarak kendilerini ve olayları değerlendirir, kendi inançları doğrultusunda amaç ve hedefler belirler. S-Ref modele göre en üst sırada bireylerin benlik inançlarının bulunduğu kendini tanıma aşaması yer almaktadır. Bireyler uzun süreli hafızadaki bilgilere göre üstbilişsel planlar ve inançları seçer ve uygular (Hagen, 2017; Wells, 2002; Wells, 2009; Rashmi, Vanlalhrui, 2023).

S-REF modeline göre ruh sağlığı sorunları, üstbilişler tarafından oluşturulan uyumsuz ve uzun süreli düşünce kalıpları (ruminasyon ve endişe gibi) tarafından

oluşmaktadır (Spada ve ark., 2008; Taku ve ark., 2008). Özellikle önemli olan iki tür üstbilişsel inanç vardır bunlar; endişe ve sıkıntılarımızla baş edebilmek için kullandığımız olumlu (işlevsel) inançlarımız (endişelenmek başatmeme yardımcı olur gibi) ve durumun kontrol edilemezliği ve tehlikeleri hakkındaki sürekli bir şekilde düşünmemize neden olan olumsuz (işlevsiz) inançlarımız (endişelerim kontrol edilemez gibi) (Stockton ve ark., 2011). Wells'e göre olumsuz üstbilişsel inançların sürekli ve uzun süreli şekilde aktive olması, endişelerimiz hakkında endişelenmemiz psikopatolojilerin temelini oluşturur (Wells, 2009).

Günlük yaşamında insanların hemen hemen hepsi olumsuz tecrübeler edinmesine rağmen her insanın yaşadığı duruma verdiği tepkiler farklı olmakta ve hepsinde ruhsal bir bozuklukla karşılaşmamaktayız (Bayramoğlu, 2011; Wells, 2002). Günlük yaşantımızın kaçınılmaz bir parçası olan özellikle bireye ölümü hatırlatan, hayatının kontrolünü kaybetmiş gibi hissettiren, psikososyal dengeyi alt-üst eden hem tanıyı alan hem de ona bakım veren için zorlu bir süreç olan kanser gibi kronik hastalıklarda anksiyete ve depresyon gibi ruhsal bozuklukların en önemli nedenlerinden biri sözü edilen uyuma yönelik olmayan üstbilişlerimizdir (Quattropani ve ark., 2016; Rashmi, Vanlalhrui, 2023). Bu anlamda kanser hastaları ile yapılan çalışmalar uyumsuz üstbilişlerin, depresyon ve anksiyete gelişiminde etkili olduğunu göstermektedir (Foa ve ark., 1996; Spada ve ark., 2008). Özellikle uyuma yönelik olmayan üstbilişsel inançların depresyon ve anksiyete ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu bilinmektedir (Toffalini ve ark., 2015; Quattropani ve ark., 2016).

Son yıllarda üstbilişlerle ilgili yapılan çalışmalar hastalara ve onların bakım verenlerine odaklanmaktadır ve çalışmalar göstermektedir ki üstbilişler algılanan stres ve olumsuz duygularla yakından ilişkilidir (Ağaç ve Özçetin, 2021; Spada ve ark., 2008). Bu bilgiler ışığında, üstbilişler hem kronik hastalığı olan birey için hem de bireyin bakım

vericisi için kaygı ve psikolojik sıkıntı gelişiminde etkili bir faktördür (Lenzo ve ark., 2020; Ağaç ve Özçetin, 2021; Spada ve ark., 2008). Literatür incelendiğinde kanserden kurtulan bireylerde ve ailelerinde üst bilişlerin travma sonrası büyüme ile ilişkisini sınırlı çalışmanın olduğu (Ağaç ve Üzar-Özçetin, 2022; Gür Can ve Öztürk 2022) fakat kanser hastalarında ruminasyon ile üstbilişlerin travma sonrası büyüme ile ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

2.7.2. Kanser Hastalarında Üst Bilişlerin Kullanımı ve Üst Bilişlerin Kanser Hastalarının Psikolojik Uyumunda Oynadığı Rol

Kanser süreci ve kanser sonrası sağ kalım süreci, kanser tedavisi sonrası sağlığına ve yaşamına odaklanan bir dönemi ifade eder. Bu süreçte fiziksel, psikososyal ve ekonomik sorunlar devam edebilir. Fiziksel sorunlar arasında uyku problemleri, yorgunluk, bulantı-kusma ve cinsel yaşam sorunları bulunurken, psikolojik zorluklar arasında kaygı, depresyon, ümitsizlik, dikkat sorunları ve nüks korkusu gibi faktörler etkilidir. Bu sürecin bireyler üzerinde çeşitli etkileri olabilir (Ağaç & Özçetin, 2022) Aktif tedavi sürecinin bitmesinin ardından, bireyin hastalık öncesi yaşantısına ve iyilik haline mümkün olduğunca dönebilmesi önemlidir, (Shi ve ark. 2011).

Kanser tanısı, bireylerin temel inançlarını, ara inançlarını ve düşüncelerini derinden etkileyebilir. Böyle bir teşhis, insanların dünya, gelecek ve kendileri hakkındaki inançlarını sarsabilir. Her ne kadar aynı teşhisi alan farklı hastalar farklı tepkiler gösterse de, bu tepkileri etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler arasında bireylerin sahip olduğu inançlar, tutumlar ve düşünceler önemli bir rol oynar. Epiktetos'un ifade ettiği gibi, rahatsız edici olan olaylar değil, olaylara bakış açımız ve algımızdır. Bu inançlar, tutumlar ve düşünceler, hastalık, tedavi ve benzeri konularla başa çıkma sürecinde hayati bir rol oynayabilir (Moorey & Greer, 2011).

Özellikle kanser gibi hayatın kritik anlarında, sahip olduğumuz düşünce yapısı, temel inançlar ve tutumlar, hastalık teşhisi ve tedavi sürecini anlamlandırmamızda belirleyici bir rol oynamaktadır. Kanser teşhisi alan bireyler arasında, "Neden bu benim başıma geldi?", "Neden şimdi?" ve "Hayatımda neler yaptım?" gibi anlam arayışlarına sıklıkla rastlanır. İlginç bir şekilde, aynı tanı ve prognoza sahip hastaların otomatik düşünceleri oldukça farklılık gösterebilir. İyi uyum sağlayabilen ve işlevsel bilişsel şemalara sahip hastalar, pozitif benlik algılarını koruyabilirken, işlevsiz ve uyumsuz şemalara sahip hastalar kanserle ve tedavi süreciyle başa çıkmakta güçlük yaşayabilirler. Örneğin, insanlara güvенеbileceğine dair şemalara sahip bir hasta, sağlık profesyonellerine güvenebilir ve tedaviye daha kolay uyum sağlayabilirken, insanların temelde güvenilemez olduğuna inanç duyan bir başka hasta, sağlık profesyonellerine veya tedavi protokollerine güvenmekte veya uyum sağlamakta daha fazla zorlanabilir. Bu bilişsel faktörler, kanserle ve tedavi süreciyle başa çıkma deneyimini büyük ölçüde etkileyebilir (Ağca, 2021).

2.8. Travma Sonrası Büyüme (TSB)

Yunanca, Sanskritçe ve Persçe kökenli “tere” sözcüğü ile bağlantılı olan “trauma” (travma) sözcüğünün etiyolojisi M.Ö.1500’lü yıllara kadar dayanmaktadır. Kelime anlamıyla travma, “open hole” (açık delik) anlamında olup; burun deliği gibi bir deliği ya da daha geniş anlamıyla vücuttaki herhangi bir deliği ifade etmektedir. Sözcüğün bir diğer anlamı da deliksiz bir halden delikli bir hale değişmeye ya da geçiş yapmaya “passing through” işaret etmektedir. Bu nedenle bir biyolojik bedensel halden diğerine dönüşüm dile ve metaforlara yansımıştır. “Tere” sözcüğünün kendisi antik travma metaforlarından kaynaklanır ki bu metaforlar beden bütünlüğünde bir kırılmanın ve içinde bir deliğin olduğu bir durumdaki ani değişimi, bedensel ve ruhsal bütünlükteki değişimi resmederler (Wilson ve Lindy, 2013, s.35-36).

Travma; ölüm veya ölüm tehdidinin bulunduğu, bireyin fiziksel veya hayati tehlikesine yönelik bir tehdidin ortaya çıkması gibi umulmadık, kişinin uyum sağlayıcı baş etme yollarını felç eden olaylar olarak tanımlanabilir. Aşırı derecede stresli olaylar ya da büyük yaşam olayları (ciddi hastalık, trafik kazası, bir yakının ya da sevilen birinin ölümü, işsizlik, boşanma vb.) yıkıcı durumlara ve çeşitli davranışsal, psikolojik ve duygusal olumsuz sonuçlara neden olabilir. (Duman, 2019)

Travmatik bir olayın ardından yeni bilgilerin yüklenmesiyle beyin, travmatik olaya dair düşünceleri, görüntüleri, anıları temel inanışlarla uzlaştırırken zorluk çeker. Travmatik stres belirtileri, aslında travma kaynaklı yeni bilginin, temel inanışları içeren eski bilgiyle bütünleştirilmesine çalışılırken yaşanan mücadelenin temsilidir. Zihinden uzaklaştırmak için ciddi çaba gerektiren ve bu düşüncelerden kaçınılması gerektiği hissi yaratan girici (intruzif) anılar, gece kâbusları, yeniden yaşantılama gibi göstergelerin, bilişsel işleme ve bütünleşmeyi sürdürmeye yardımcı olduğu savunulmuştur. Kaçınma ve duyarsızlığın, anıları bilinçten uzaklaştırma ve duygusal stresi düzenlemek için bir fren sistemi gibi çalıştığı hipotezler arasındadır. Girici düşünceler ve kaçınma arasındaki salınım, travmatik bilgiyi temel inanışlarla bütünleştirmeye çalışırken uyuma yardımcı olmayı sağlar. Travma ile bağlantılı bilgi başarılı bir şekilde bütünleştirildiğinde, travmatik stres belirtileri artık gerekli değildir ve zamanla çözüleceği varsayılır. Travma sonrası stres bozukluğu, bu bütünleşme oluşmadığında meydana gelir, Girici düşünceler ve kaçınma arasında ki salınım süregelenleşir (Kanat & Özpolat, 2016).

Yayınlanan makalelerde de pek çok klinisyen ve bilim adamı travmatik olayların ardından yalnızca olumsuz değil, olumlu değişimler de yaşanabileceği fikrini beyan etmişlerdir.(Tedeschi ve Calhoun, 2004). Bu bakış açısı, travma sonrası büyüme kavramını gündeme getirmiştir ve travma yaşantısından dolayı geriye giden ve akut stres tepkilerinden depresyona kadar farklı yaşantıları deneyimleyenler dışında, travmayı yeni

bir başlangıç noktası gibi kullanan ve gelişme gösteren bireyler de dikkati çekmeye başlamıştır (Tedeschi ve ark., 1998). Tedeschi ve ark. (1998) tarafından ilk kez “travma sonrası büyüme” kavramı; davranışsal sonuçları olan, bireye fayda sağlayan değişimleri tanımlamak için fikir beyan edilmiş, travma kavramını sonuçları itibariyle içine hapsedildiği olumlu olmayan anlamlarından farklı bir alana taşımıştır. Travma sonrası büyümeyi etkileyen değişkenler şunlardır: (Ezerbolat&Özpolat, 2016)

- Demografik özellikler
- Travmatik Olayın Şiddeti
- Travma Sonrası Stres Belirtileri
- Sosyal Destek
- Duyguların Dışavurumu
- Baş Etme Becerileri
- Kişilik Özellikleri

Hegelson ve ekibi, travma sonrası büyüme ile hastalığın şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Bölgesel veya yaygın (invazif) kanseri olan hastalar arasında karşılaştırma yapıldığında, bölgesel kanseri olan hastalarda travma sonrası büyüme düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, bölgesel kanseri olanların hastalığı daha az tehdit edici olarak algılamalarına bağlanmıştır. Ayrıca, Bower JE tarafından yapılan çalışmada kanser hastalarının, cerrahiden 4-8 hafta sonra travma sonrası büyüme bildirmeye başladığı ve kanserle ilişkili büyümenin tanıdan sonraki ilk 18 hafta içinde arttığı ileri sürülmüştür. Duygusal ve bilişsel işleme süreçlerinin, travma sonrası büyümeyi etkilediği vurgulanmıştır. Sonuç olarak, kanserin türü, evresi, tedavi şekli, tedavinin zorluğu, fiziksel etkiler gibi çeşitli faktörler, hastaların travma sonrası büyümeyi nasıl deneyimlediklerini, stres seviyelerini, kişisel büyümelerini ve yaşam kaliteleri üzerinde etkiye sahiptir. (Kanat &Özpolat, 2016)

Aynı zamanda travma sonrası büyüme, bireysel güçlenme, önceliklerin değişimi ve daha yapıcı bir spiritüel bakış açısı ile karakterizedir ve travma yaşantısını olumlu çıktılara çevirebilme becerisi üzerinde rol oynamaktadır (Tedeschi ve Calhoun 2004). Büyüme, travmatik yaşam deneyimi sonrası koruyucu bir faktör olarak gelişebilmekte ve bireyin benliği ile ilgili düşüncelerini, ilişkilerini etkileyerek spiritüel değişim, yaşama bakış açısı ve geleceği yapılandırma gibi konularda bireyin güçlenmesine katkı sağlamaktadır. Dolayısıyla bu olgu, travmatik etkileri olabilen kanser deneyiminden bireylerin en az zararla ve güçlenerek çıkmasında oldukça önemli bir yer tutar. Coyne ve Tennen (2010) yaptıkları çalışma sonucunda kanser deneyimi sırasında büyüme yaşayan bireylerin prognozlarının çok daha iyi olduğunu ve bağışıklık sistemlerinin çok daha güçlü olduğunu bulmuşlardır. Bununla birlikte yapılan diğer çalışmalarda da kanser tanısının üstesinden gelebilme becerisine sahip olmanın, kişisel büyüme ve psikolojik sağlık için bir fırsat oluşturduğu vurgulanmaktadır Travma sonrası büyüme, travmaya verilen anlamın değişmesi ve bireyin kendisi ve dünyaya ilişkin daha olumlu değerlendirmelerinin ortaya çıkması ile karakterizedir Büyüme yaşayan bireyler travma olarak görülen durumun hem olumlu hem de olumsuz sonuçlarını görerek yaşanan deneyimi yaşamlarının bir parçası olarak kabul etmektedirler. Bu kabullenme hali, yaşanan deneyim sonucunda elde edilen faydaları bulabilme, travmaya bağlı kontrol kayıplarını azaltma ve mevcut durumun bireyin kontrolünde ve iyi olduğuna inanılmasını kolaylaştırıcı nitelik taşımaktadır. Aynı zamanda büyüme yaşantısına sahip olabilmek; depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltmakta, yüksek düzeylerde duygusal iyi oluş sağlamakta, yaşam felsefesi üzerinde olumlu etkilere yol açmakta ve sonucunda psikolojik dayanıklılığın artması ve güçlenme mümkün olmaktadır (Özçetin &Hiçdurmaz, 2017).

2.9. Kanser Hastalarında Travma Sonrası Büyümeyi Desteklemede Psikiyatri

Hemşirenin Rolü

Kanser gibi yaşamı tehdit eden, travmatik bir hastalık tanısı bireyde fiziksel, duygusal, sosyal ve varoluşsal sorunlara yol açmakta (Campbell-Enns ve Woodgate, 2017), bütüncül bakım ve tedaviyi gerekli kılmaktadır (Elbi ve ark., 2020; Güleç ve ark., 2017; Şengün İnan ve Üstün, 2014). Bu doğrultuda hemşirelerin kanser tanısı alan bireylerin travmatik süreçten en az zararla ve güçlenerek çıkmalarını sağlamada önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Işık, 2014; İnci ve Boztepe, 2013). Özellikle kronik hastalığı olan bireylerde psikososyal bakıma odaklanan konsültasyon-liyezon psikiyatri hemşiresinin temel amacı, “hastaların bütüncül sağlığını yükseltmek, ruhsal bozuklukları önlemek ve azaltmak, psikososyal uyuma yardım etmek, bireyin mevcut hastalığı ile hastalığının yol açtığı yaşam zorluklarıyla baş edebilecek güce gelmesine ve hastalık yaşantısından anlam bulmasına yardımcı olmaktır” (Townsend ve Morgan, 2018). Bu amaçlara ulaşabilmek için hemşireler travma sonrası büyümeyi desteklemek için hastaları biyopsikososyal açıdan kapsamlı olarak değerlendirmeli, travmatik bir deneyim olarak hastalık yaşantısının birey tarafından nasıl algılandığını sorgulamalıdır (Townsend ve Morgan, 2018). Hasta duygu ve düşüncelerini ifade etmesi konusunda cesaretlendirilmeli, şayet gerçekçi olmayan düşünce ve beklentileri varsa durumu gerçekçi biçimde algılamaları sağlanmalı, hastalık yaşantısını fırsata dönüştürmelerine katkı sunmak için bireye özgü müdahaleler planlanmalıdır. Ayrıca hastaların travmatik yaşam olayı ile mücadele edebilmeleri için sosyal destek kaynaklarını, güçlü yönlerini ve yeni olanakları fark etmeleri sağlanmalı, etkili baş etme becerileri kazanmaları konusunda eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır (Işık, 2014; Şengün İnan ve Üstün, 2014; İnci ve Boztepe, 2013).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma kanser hastalarında ruminasyon ve üstbilişlerin travma sonrası büyüme ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel araştırma yöntemi ile yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Soruları

Bu araştırma ile aşağıda verilen araştırma sorularına yanıt aranmıştır;

Kanser hastalığına sahip bireylerin;

- Ruminasyon ,üstbiliş ve travma sonrası büyüme düzeyleri nasıldır?
- Ruminasyon ve üstbiliş düzeyleri ile travma sonrası büyüme düzeyleri arasındaki ilişki nasıldır?
- Ruminasyon ve üstbiliş düzeyleri travma sonrası büyüme düzeyinin birer yordayıcısı mıdır?

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Temmuz 2023- Aralık 2023 tarihleri arasında Doğu Anadolu Bölgesi'nde bulunan bir ilde, bir üniversite hastanesinin Medikal onkoloji polikliniği ile ayaktan kemoterapi ünitesine ayaktan başvuru yapan 310 kanser hastası oluşturdu. Araştırma örneklemini, bilinen bir evrende örneklem büyüklüğü formülü kullanılarak hesaplanan, örneklem büyüklüğü %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile 172 kanser hastası olarak belirlendi. Araştırma belirlenen tarihler arasında ulaşılabilen 250 hastayla tamamlandı.

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaş ve üstü olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Tanısını biliyor olmak,

- İletişim ve soruları cevaplamaya engel olacak fiziksel ve/veya zihinsel kısıtlılığının bulunmaması.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri 29.07.2023-15.12.2023 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Medikal onkoloji polikliniği ile ayaktan kemoterapi ünitesinde toplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmacılar tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu”(EK-4), Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri (EK-5), “Üstbiliş Ölçeği-30”(EK-6) ve “Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (EK-7)” kullanıldı.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-4)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan kişisel bilgi formu 12 sorudan oluşmaktadır (Ağaç, Üzar-Özçetin, 2021; Gemalmaz &Avşar, 2015).

3.5.2. Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri (Ek-5)

Cann ve ark., (2011) tarafından geliştirilen Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, 20 maddeden oluşan, “girici” (intrusive) ve “amaçlı” (deliberate) olmak üzere iki ruminasyon biçimini değerlendirmeye yönelik geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır. Ölçek maddeleri dinsel inançlar, düşünme süreçleri ve travma sonrası büyüme üzerine odaklanmaktadır. Ölçek, genel bir eğilim ya da yatkınlık yerine, kısa süreli ve yüksek düzeyde stresli ya da uyum bozucu bir olayla ilişkili tekrarlı düşünmeyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ölçekte yer alan her madde, 4 derece (0= hiç, 3= sıklıkla) üzerinden puanlanmaktadır. Ölçeğin her bir alt boyutundan alınan yüksek puanlar, söz konusu boyuta yönelik ruminatif bir düşünce eğiliminin varlığına işaret etmektedir. Orijinal çalışmanın açımlayıcı faktör analizi bulgularına göre iki faktör, varyansın %57’sini açıklamış ve iç tutarlılık katsayıları girici ruminasyon için $\alpha=.94$ ve amaçlı ruminasyon için $\alpha=.88$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada girici ruminasyon faktörü için cronbach alfa

iç tutarlılık katsayısı.92, amaçlı ruminasyon faktörü için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .87, ve tüm ölçek için .93 olarak belirlenmiştir.

3.5.3. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) (Ek-6)

Cartwright-Hatton ve Wells (Cartwright-Hatton ve Wells, 2004) tarafından geliştirilen 65 maddelik, orijinal adı “Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)” olan ölçeğin 30 maddelik kısa formu Wells ve Cartwright-Hatton (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004) tarafından oluşturulmuştur. Ölçeğin bilişsel güven, endişe hakkındaki olumlu inançlar, kontrol edilmezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık ve düşünceleri kontrol ihtiyacı olmak üzere 5 alt boyutu vardır. 4’lü Likert tipi olan ölçek 1 (Kesinlikle katılmıyorum) ile 4 (Tamamen katılıyorum) arasında puanlanmakta olup ölçekten alınabilecek puan 30 ile 120 arasında değişmektedir ve puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığına işaret eder. Kesim noktası ve ters puanlanan maddesi bulunmayan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Tosun ve Irak (Tosun ve Irak, 2008) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliğinde iç tutarlılık katsayısı. 93 olarak bulunmuş olup bizim çalışmamızda için Üstbiliş Ölçeği-30 Cronbach Alfa değeri. 88 olarak bulunmuştur.

3.5.4. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (Ek-7)

Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından geliştirilen Travma Sonrası Büyüme Ölçeği’ni Işıklı ve Dürü (2006) Türkçe’ye uyarlamıştır. 6’lı Likert tipindeki ölçek, 21 maddeden ve 5 faktörlü bir yapıdan oluşmakta ve 0-5 arası puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-105 arasında değişmektedir. Ölçeğin alt boyutları başkalarıyla ilişkiler, yeni olanaklar, kişisel güçlülük, manevi değişim ve yaşamı takdir etmedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar travma sonrası büyümenin fazla olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik analizinde toplam iç tutarlılık katsayısı .93 olarak belirlenmiştir Bu çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları “Kendilik

algısındaki değişim” için .86, “Diğerleriyle ilişkilerdeki değişim” için .85, “Yaşam felsefesindeki değişim” için .83, tüm ölçek için ise .93 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .89 olarak hesaplanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS Statistics (Statistical Program for Social Sciences) 22 programı kullanılmıştır. Ölçek verilerinin değerlendirilmesinde aritmetik ortalama, standart sapma, en az en çok değerler ile çarpıklık ve basıklık katsayıları, kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon analizi ve Linear Regresyon analizi; ölçeklerin güvenirlik katsayıların hesaplanmasında Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Ölçek ve alt boyutların güvenilir çıkması sonucunda analize başlanmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlık katsayıları ile güvenirlik değeri ölçümleri Cronbach’s alfa katsayı ile hesaplanmıştır. Ölçekler arası korelasyon katsayıları; çok zayıf (0.00-0.25), zayıf (0.26-0.49), orta (0.50-0.69), güçlü (0.70-0.89) ve çok güçlü (0.90- 1.00) olarak sınıflandırıldı (Esin, 2014). Sonuçların güven aralığı % 95 ve anlamlılık düzeyi 0.001 ve 0.005 düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulu’nun onayı (EK-2), ve araştırmanın yürütüldüğü hastaneden yazılı izin alınmıştır (EK-3). Araştırma kapsamındaki hastaların haklarının korunması için araştırmaya başlanmadan önce hastalara, araştırmanın amacı, süresi açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" etik ilkesine uyulmuştur. Hastaların araştırmadan istedikleri zaman çekilebilecekleri belirtilerek "Özerklik" ilkesi, şahsi bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" "Kimliksizlik ve Güvenlik" ve "etik" ilkelerine uyulmasına dikkat edilmiştir. Araştırmada "insan onuruna saygı" da dikkate alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılan kanser hastalarındaki tedavi ve hastalığa bağlı oluşan ağrı, yorgunluk ve halsizlik gibi belirtiler sebebiyle isteksiz olmaları bu araştırmanın sınırlılığıdır. Elde edilen veriler, yalnızca araştırmaya alınma kriteri ve araştırma değişkeni açısından benzer olan gruplara genellenebilir.



4. BULGULAR

Kanser hastalarında ruminasyon ve üst bilişlerin travma sonrası büyüme ile ilişkisinin incelenmesi amacı ile yapılan araştırmadan elde edilen veriler bu bölümde sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyo demografik özelliklerinin dağılımı

		n(sayı)	%(yüzde)
Medeni Durum	Evli	218	87.2
	Bekar	32	12.8
Cinsiyet	Kadın	133	53.2
	Erkek	117	46.8
Eğitim Düzeyi	İlköğretim mezunu	172	68.8
	Lise mezunu	49	19.6
	Üniversite mezunu /yüksek lisans/doktora	29	11.6
Meslek	Emekli	59	23.6
	Ev hanımı	115	46.0
	İşçi	21	8.4
	Memur	15	6.0
	Öğrenci	2	0.8
	Serbest meslek	38	15.2
Birlikte Yaşanan Kişiler	Yalnız	15	6.0
	Eş	51	20.4
	Çocuklar	29	11.6
	Eş ve çocuklar	135	54.0
	Aile büyükleri	16	6.4
	Diğer (uzak akraba ile yaşayan vb)	4	1.6
Gelir Düzeyi	Geliri giderinden az	121	48.4
	Geliri giderine eşit	113	45.2
	Geliri giderinden yüksek	16	6.4
Kanser Tanısı	Prostat ve testis CA	15	6.0
	Bağırsak, rektum ve kolon CA	51	20.4
	Mide, Özafagus ve pankreas CA	49	19.6
	Meme ve rahim CA	68	27.2
	Akciğer ve karaciğer CA	41	16.4
	Lenfoma, cilt ve mesane CA	12	4.8
	Adenokarsinom	14	5.6

Tablo 4.1. (Devamı)

		n	%		
Hastalık Evresi	Evre 1	38	15.2		
	Evre 2	71	28.4		
	Evre 3	74	29.6		
	Evre 4	67	26.8		
Başka Hastalık	Evet	98	39.2		
	Hayır	152	60.8		
Uygulanan Tedavi	Kemoterapi, Radyoterapi (KT,RT)	152	60.8		
	Kemoterapi, Cerrahi Tedavi (KT,CT)	28	11.2		
	Kemoterapi, Radyoterapi, Cerrahi Tedavi (KT,RT,CT)	50	20.0		
	Diğer akılcı ilaç vb.	20	8.0		
Ailede Kanser Öyküsü	Evet	112	44.8		
	Hayır	138	55.2		
Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	250	18.00	85.00	54.81	14.75
Hastalık Süresi (ay)	250	1.00	56.00	26.10	31.52

Tablo 4.1 incelendiğinde; katılımcıların %53.2'si kadın,%87.2'si evli, %68.8'inin ilköğretim mezunu olduğu , %46'sının ev hanımı ve %54'ü eş ve çocukları ile yaşadığı görülmektedir. Katılımcıların %48.4'ünün geliri giderinden azdır, %27.2'sinin tanısı meme ve rahim kanseridir, %29.6'sı evre 3'dür ve %60.8'inin başka hastalığı yoktur. Katılımcıların %60.8'ine tedavi olarak KT, RT uygulanmaktadır ve %55.2'sinin ailesinde kanser öyküsü yoktur. Katılımcıların yaş ortalaması 54.81 ± 14.75 ve ortalama hastalık süresi 26.10 ± 31.52 aydır.

Tablo 4.2'de görüldüğü gibi katılımcıların, Girici Ruminasyon alt boyutunun ortalama ve standart sapması 18.87 ± 7.18 , Amaçlı Ruminasyon alt boyutunun ortalama ve standart sapması 17.76 ± 6.07 ve Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri toplamının ortalama ve standart sapması 36.63 ± 12.08 puan; Üst Bilişler Ölçeği Olumlu İnançlar alt boyutunun ortalama ve standart sapması 11.02 ± 4.07 , Bilişsel Güven alt boyutunun ortalama ve standart sapması 12.81 ± 3.70 , Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutunun ortalama ve standart sapması 17.62 ± 4.21 , Bilişsel Farkındalık alt boyutunun ortalama ve standart

sapması 13.77 ± 3.24 , Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutunun puan ortalama ve standart sapması 11.52 ± 3.99 ve ölçek toplamının ortalaması 66.73 ± 14.69 olduğu saptanmıştır. Katılımcılara ait Travma Sonrası Büyüme Envanterinden ise Başkalarıyla İlişkiler alt boyutunun ortalama ve standart sapması 16.99 ± 6.57 , Yeni Fırsatlar alt boyutunun ortalama ve standart sapması 11.52 ± 3.99 , Kişisel Güçlülük alt boyutunun ortalama ve standart sapması 13.96 ± 4.00 , Manevi Değişim alt boyutunun ortalama ve standart sapması 8.61 ± 5.43 , Yaşamı Takdir Etme alt boyutunun ortalama ve standart sapması 11.56 ± 2.92 olduğu saptanmıştır. Travma Sonrası Büyüme Envanteri ölçek toplamının puan ortalaması 67.63 ± 16.98 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Katılımcıların ruminasyon, üstbiliş ve travma sonrası büyüme ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

		Ort.±SS	Min- Max	Puan Aralığı
Ruminasyon	Girici Ruminasyon	18.87 ± 7.18	0-30	0-30
	Amaçlı Ruminasyon	17.76 ± 6.07	0-30	0-30
	Toplam	36.63 ± 12.08	0-60	0-60
Üstbilişler	Olumlu İnançlar	11.02 ± 4.07	6-24	6-24
	Bilişsel Güven	12.81 ± 3.70	6-24	6-24
	Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	17.62 ± 4.21	7-24	6-24
	Bilişsel Farkındalık	13.77 ± 3.24	6-23	6-24
	Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	11.52 ± 3.99	5-24	6-24
	Toplam	66.73 ± 14.69	30-113	30-120
Travma Sonrası Büyüme	Başkalarıyla İlişkiler	16.99 ± 6.57	0-30	0-35
	Yeni Fırsatlar	11.52 ± 3.99	5-23	0-25
	Kişisel Güçlülük	13.96 ± 4.00	0-20	0-20
	Manevi Değişim	8.61 ± 5.43	4-10	0-10
	Yaşamı Takdir Etme	11.56 ± 2.92	0-15	3-15
	Toplam	67.63 ± 16.98	5-105	0-105

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi Başkalarıyla İlişkiler alt boyut puanı ile Girici Ruminasyon, Amaçlı Ruminasyon, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, Olumlu İnançlar, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike, Bilişsel Farkındalık, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve Üst Biliş Ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük

düzeyle bir ilişki saptandı. ($p<0.05$). Başkalarıyla İlişkiler alt boyut puanı arttıkça, Girici Ruminasyon, Amaçlı Ruminasyon, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, Olumlu İnançlar, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike, Bilişsel Farkındalık, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve Üst Biliş Ölçek puan ortalamaları da artmaktadır. Başkalarıyla İlişkiler alt boyut puanı ile Bilişsel Güven puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. ($p>0.05$).



Tablo 4.3. Olay ilişkili ruminasyon envanteri, üst biliş ölçeği ve travma sonrası büyüme envanteri toplam puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Girici Ruminasyon	Amaçlı Ruminasyon	Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri	Olumlu İnançlar	Bilişsel Güven	Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Bilişsel Farkındalık	Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	Üst Biliş Ölçeği
Başkalarıyla İlişkiler	r	-0.240	0.369	0.328	0.172	0.122	0.213	0.328	0.232	0.276
	p	0.000	0.000	0.000	0.007	0.054	0.001	0.000	0.000	0.000
	n	250	250	250	249	250	250	249	250	249
Yeni Fırsatlar	r	-0.439	0.413	0.469	0.408	0.404	0.632	0.479	1.000	0.775
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	n	250	250	250	249	250	250	249	250	249
Kişisel Güçlülük	r	-0.318	0.417	0.398	0.073	0.115	0.194	0.211	0.203	0.207
	p	0.000	0.000	0.000	0.254	0.070	0.002	0.001	0.001	0.001
	n	250	250	250	249	250	250	249	250	249
Manevi Değişim	r	-0.071	0.241	0.163	0.110	0.022	0.034	0.247	0.045	0.113
	p	0.261	0.000	0.010	0.082	0.726	0.595	0.000	0.477	0.075
	n	250	250	250	249	250	250	249	250	249
Yaşamı Takdir Etme	r	-0.289	0.386	0.366	0.029	0.101	0.183	0.204	0.182	0.181
	p	0.000	0.000	0.000	0.653	0.109	0.004	0.001	0.004	0.004
	n	250	250	250	249	250	250	249	250	249
Travma Sonrası Büyüme Envanteri	r	-0.344	0.481	0.446	0.220	0.194	0.319	0.403	0.418	0.405
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.002	0.000	0.000	0.000	0.000
	n	250	250	250	249	250	250	249	250	249

(*p<0.05,**p<0.01,***p<0.001; r=Pearson Korelasyon Analizi ;p=Anlamlılık Düzeyi)

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi Yeni Fırsatlar alt boyut puan ortalaması ile Girici Ruminasyon, Amaçlı Ruminasyon, Olumlu İnançlar, Bilişsel Güven, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, Bilişsel Farkındalık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Yeni Fırsatlar alt boyut puan ortalaması ile Kontrol Edilemezlik alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Yeni Fırsatlar alt boyut puan ortalaması ile Tehlike, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve Üst Biliş Ölçek puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyli bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Yeni Fırsatlar alt boyut puan ortalaması arttıkça, Girici Ruminasyon, Amaçlı Ruminasyon, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, Olumlu İnançlar, Bilişsel Güven, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike, Bilişsel Farkındalık Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve Üst Biliş Ölçek puan ortalamaları da artmaktadır.

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi Kişisel Güçlülük puanı ile Girici Ruminasyon, Amaçlı Ruminasyon, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike, Bilişsel Farkındalık, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve Üst Biliş Ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Kişisel Güçlülük puanı arttıkça Girici Ruminasyon, Amaçlı Ruminasyon, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike, Bilişsel Farkındalık, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve Üst Biliş Ölçek puan ortalamaları da artmaktadır. Kişisel Güçlülük puan ortalaması ile Olumlu İnançlar ve Bilişsel Güven puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi Manevi Değişim puanı ile Amaçlı Ruminasyon, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri ve Bilişsel Farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Manevi Değişim puanı arttıkça, Amaçlı Ruminasyon, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri ve Bilişsel Farkındalık puanları da artmaktadır. Manevi Değişim puanı ile Olumlu İnançlar, Bilişsel

Güven, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı, Üst Biliş Ölçeği ve Girici Ruminasyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi Yaşamı Takdir Etme puanı ile Girici Ruminasyon, Amaçlı Ruminasyon, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike, Bilişsel Farkındalık, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve Üst Biliş Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Yaşamı Takdir Etme puanı arttıkça Girici Ruminasyon, Amaçlı Ruminasyon, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike, Bilişsel Farkındalık, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve Üst Biliş Ölçek puanları da artmaktadır. Yaşamı Takdir Etme puanı ile Olumlu İnançlar ve Bilişsel Güven puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi Travma Sonrası Büyüme Envanter puanı ile Yaşamı Takdir Etme puanı ile Girici Ruminasyon, Amaçlı Ruminasyon, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, Olumlu İnançlar, Bilişsel Güven, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike, Bilişsel Farkındalık, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve Üst Biliş Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Travma Sonrası Büyüme Envanter puanı arttıkça, Yaşamı Takdir Etme puanı ile Girici Ruminasyon, Amaçlı Ruminasyon, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, Olumlu İnançlar, Bilişsel Güven, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike, Bilişsel Farkındalık, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve Üst Biliş Ölçek puanları da artmaktadır.

Travma Sonrası Büyüme ile Olay İlişkili Ruminasyon ve Üst Biliş arasındaki regresyon analizi Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Travma Sonrası büyüme ile olay ilişkili ruminasyon ve üst biliş arasındaki regresyon analizi

	Beta	Standart Hata	Standart Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
Sabit katsayı	32.229	4.389	-	7.343	0.000	23.584	40.875
Girici							
Ruminasyon	-0.005	0.176	-0.002	-0.028	0.024*	-0.341	-0.351
Amaçlı							
Ruminasyon	1.038	0.214	0.371	4.856	0.000***	0.617	1.460
Üst Biliş							
Ölçeği	0.253	0.074	0.218	3.407	0.001**	0.107	0.399

(*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001)

Çalışmada; girici ruminasyon, amaçlı ruminasyon ve üstbiliş puanları bağımsız değişken, travma sonrası büyüme puanı ise bağımlı değişken olarak alınmıştır.

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi, girici ruminasyon, amaçlı ruminasyon ve üstbiliş puanlarının travma sonrası büyüme puanına etkisi olup olmadığını belirleyebilmek için uygulanan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($R=0.491$, $R^2_{adjusted}=0.235$, $F_{(2,246)}=39.069$; $p=0.000$). Söz konusu değişkenler birlikte Travma Sonrası Büyüme puanındaki değişimin %23.5' ini açıklamaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada kanser tanısı alan hastaların girici/istemsiz ruminasyon ve amaçlı/istemli ruminasyon düzeyleri puan ortalamalarının ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir (**Tablo 4.2**). Polonya’da aynı ölçüm aracı ile yapılan bir araştırmada hastaların amaçlı/istemli ruminasyon ve girici/istemsiz ruminasyon puan ortalamalarının ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir (Szcześniak ve ark., 2022). Ülkemizde meme kanseri tanısı alan hastalarla yapılan bir araştırmada, hem girici/istemsiz hem de amaçlı/istemli ruminasyon düzeyinin puan ortalamalarının ortalamanın altında olduğu belirlenmiştir (Aydoğdu ve Dirik 2021). Benzer biçimde, yurtdışında yapılan bazı araştırmalarda da kanser tanısı almış bireylerde hem girici/istemsiz hem de amaçlı/istemli ruminasyon düzeyi puan ortalamasının düşük olduğunu saptamıştır (Ramos ve arkadaşları, 2018; Soo ve Sherman 2015). Araştırmalar arasındaki bu farklılığın sebebi tanı süresi gibi klinik özelliklere, kişisel ve çevresel faktörlere, hastalığa uyum sürecine ilişkin farklılıklara bağlı olabilir. Bu araştırmada girici/istemsiz ruminasyon düzeyi puan ortalamasını ortalamanın üstünde olması, bazı hastaların yoğun duygusal stres yaşadıklarını düşündürmektedir. Amaçlı/istemli ruminasyon düzeyi puan ortalamasının ortalamanın üstünde olması ise bazı hastaların travmatik bir yaşam deneyimi olan kanser sürecini anlamlandırmaya ve yönetebilmeye başladıklarını göstermektedir.

Kanser hastalarının üstbilis ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde sırasıyla en yüksek puanı Kontrol Edilemezlik ve Tehlike, Bilişsel Farkındalık, Bilişsel Güven, Düşünceleri Kontrol İhtiyacından aldıkları ve en düşük puanı ise Olumlu İnançlar alt boyutundan aldıkları görülmektedir (**Tablo 4.2**). Üst bilis ölçeği toplam puan ortalamaları ortalamanın üstünde bulunmuştur. Bu çalışmada üstbilisin değerlendirilmesinde kanser hastalarının kaygılı oldukları, kendilerini kontrolden çıkmış ve tehlikede hissettikleri görülmüştür. Artan sağlık kaybı sonucunda kanser hastaları kontrollerini kaybettiklerini ve tehlikede olduklarını hissedebilmektedirler. Kanser tanısı

ve tedavisi stresli bir yaşam olayıdır ve hastanın bu durumu nasıl algıladığı ve bununla nasıl baş ettiği önemlidir. Literatürde yapılmış çalışmalar, kanser hastalarında üstbilişlerin bozulmuş olduğunu ve bu durumun da kaygı ile depresyon gibi durumlara yol açabileceğini ortaya koymuştur (Spada ve ark., 2008; Spada, Mohiyeddini ve Wells, 2008; Wells, 2007).

Bu araştırmada kanser tanısı almış olan hastaların TSBÖ'nin alt boyutları olan başkalarıyla ilişkiler, yeni fırsatlar, kişisel güçlülük, manevi değişim ve yaşamı takdir etme düzeyleri ile toplam travma sonrası büyüme düzeyi ölçeğinden alınabilecek minimum ve maksimum puanlar göz önünde bulundurulduğunda kişisel güçlülük, manevi değişim alt boyutları ile TSBÖ toplam puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu, diğer alt boyut puan ortalamalarının ise nispeten daha düşük olduğu tespit edilmiştir. **(Tablo 4.2).** Çinde meme kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmada (Wong ve arkadaşları 2019) hastaların travma sonrası büyüme düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, Javed ve Gul (2023) Pakistan'da yaptıkları çalışmada, hastaların TSBÖ'nin manevi değişim dışındaki tüm alt boyutlarında ortalamanın üzerinde puanlar aldığını bildirmişlerdir. Ülkemizde Aydoğdu ve Dirik (2021) meme kanseri tanısı alan hastaların TSBÖ'nden ortalamanın üzerinde puan aldıklarını tespit etmişlerdir. Benzer şekilde, Husson ve arkadaşları (2017) tarafından Amerika'da yürütülen çalışmanın sonuçları da tanı aldıktan sonra yapılan 6 aylık periyottaki ölçümlerde hastalarda travma sonrası büyümenin orta düzeyde olduğunu ve ölçüm sonuçlarının birbirine oldukça yakın olduğunu ortaya koymuştur. Literatürdeki araştırmaların sonuçlarına dayanarak kanser hastalarında orta ile yüksek düzeyde travma sonrası büyüme geliştiği söylenebilir. Söz konusu araştırmalardaki travma sonrası büyüme düzeyindeki farklılıkların sosyo-kültürel özellikler, kanserin evresi, ölçüm araçlarının uygulanma zamanı gibi değişkenlere bağlı olduğu düşünülmektedir. Tüm bu sonuçlar, travmatik yaşam olaylarından birisi olan kanser tanısının ardından hastalarda belirli

alanlarda olumlu değişimlerin görülebileceğini ve travma yaşantısının fırsata dönüştürülebileceğini ortaya koyan travma sonrası büyüme kavramını desteklemektedir.

Araştırma sonucunda, kanser hastalarında travma sonrası büyüme düzeyleri ile üst biliş ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu saptandı($p<0.05$) (**Tablo 4.3**). Kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada üstbilişlerin, hem algılanan stres hem de psikososyal sorunlarla anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Spada ve ark. 2008). Literatürde uyumsuz üstbilişlerin, kanser deneyimine atfedilen anlamları olumsuz yönde etkileyip psikolojik sıkıntıya neden olduğunu belirten çalışmalar olduğu gibi (Thewes ve ark., 2013; Kwong ve ark., 2019) bu araştırma sonucuna benzer olarak Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda kanser deneyiminin getirdiği sıkıntıyla da başa çıkma becerisini artırdığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Üzar-Çetin ve Dursun, 2020; Hiçdurmaz ve Üzar-Çetin, 2020). Bu bulgu şaşırtıcı bir bulgudur ve yurtdışında yapılan önceki araştırmalardan farklıdır. Ortaya çıkan bu farklılığın sebebi kültürel farklılıklarla ve dini inançlarla ilgili olduğu ve bu faktörlerin kanser gibi zorlu bir hastalık sürecinin kriz sürecini olumlu olarak tetikleyerek travma sonrası büyümeyi ortaya çıkarabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma sonucunda, kanser hastalarında girici ruminasyon düzeyleri ile travma sonrası büyüme düzeyleri arasında negatif yönde; amaçlı ruminasyon düzeyi ile travma sonrası büyüme düzeyleri arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (**Tablo 4.3**). Literatür incelendiğinde birçok çalışmada kanser hastalarının tanıdan tedaviye kadar uzanan süreçte fiziksel ve psikososyal değişimlere adapte olmaya çalıştığını; (Gemalmaz ve Avşar, 2015; Hauner ve ark. 2017; Körükcü, 2018; Teston ve ark., 2018) bu süreçte iştahsızlık, bulantı, kusma, ağrı, yorgunluk, saç dökülmesi gibi fizyolojik (Boltong ve ark. 2012; Andreyev ve ark. 2014; Neufeld ve ark. 2017; Lee ve ark. 2018) rol değişimi, ölüm korkusu, sosyal çekilme, depresyon, anksiyete bozuklukları gibi psikososyal sorunlar (Gemalmaz ve Avşar 2015; Cvetkovic ve Nenadovic 2016;

Körükcü, 2018) yaşadığını ortaya koymaktadır. Yalnızca geçmiş kayıplar ve başarısızlıklar hakkında değil aynı zamanda gelecekte olabilecek veya olmayabilecek şeyler hakkında da düşünmeyi içeren ruminatif süreçler kanser hastalarında (Borkovec ve ark., 2004 ; Nolen-Hoeksema ve ark., 2008) kansere bağlı sıkıntıyı artırabilir ve kanserin seyrine verilen tepkileri etkileyebilir (De Jong-Meyer ve ark., 2009; Nolen-Hoeksema ve ark., 2008). Yapılan çalışmalar da kanser hastalarının ruminatif düşünce tarzının travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), anksiyete ve depresyon gelişimi, beden imajı endişesi, duygusal distres ve işlevsel olmayan tutumlar sergilenmesi, sağlık bakımı almanın gecikmesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Lyubomirsky ve ark. 2006; Yu ve ark., 2008; Thomsen ve ark., 2013; Liu ve ark. 2017; Liu ve ark., 2018). Kanser hastaları ile yapılan farklı çalışmalarda da girici ruminatif düşüncelerin TSSB'ye, amaçlı ruminatif düşüncelerin ise travma sonrası büyümeye aracılık ettiği görülmüştür (Chan ve ark. 2011, Ogińska-Bulik 2017). Liu ve ark., (2018) ile Thomsen ve ark., (2013) tarafından yapılan iki farklı araştırmanın sonuçları girici ruminasyonun, kanser gidişatı boyunca psikolojik refahı olumsuz yönde etkileyen önemli bir bilişsel risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur. Dolayısıyla girici ruminatif düşüncelerin, amaçlı ruminatif düşünce haline getirilmesi yoluyla travma ve ilgili duygularla baş etme biçimlerinin geliştirilmesi yönünde bireylerin desteklenebileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın bir diğer önemli bulgusu amaçlı ruminasyon, girici ruminasyon ve üstbiliş düzeylerinin kanser hastalarının travma sonrası büyümedeki varyansının %23.5'ni açıkladığını ve travma sonrası büyüme düzeyinin birer yordayıcısı olduklarını göstermiştir (**Tablo 4.4**). Yapılan bir çalışmada girici ruminasyon ve amaçlı ruminasyon ve temel inançlardaki bozulmanın travma sonrası büyümeyi anlamlı düzeyde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır (Can ve Öztürk, 2023). Literatürde yapılan çalışmalarda ruminasyonun, özellikle de amaçlı ruminasyon ile travma sonrası büyümenin ortaya çıkışı arasında pozitif bir ilişki olduğunu; (Ogińska-Bulik ve Kobylarczyk, 2019; Morris ve

Shakespeare-Finch, 2011; Chan ve ark., 2011) girici ruminasyonla karşılaştırıldığında travma sonrası büyüme üzerinde daha yüksek bir doğrudan etkiye sahip olduğunu göstermiştir (García ve Wlodarczyk, 2018; Li ve ark., 2018; Andrades ve ark., 2018; Haspolat ve Çırakoğlu, 2021; Kim ve Bae, 2019; Ogińska-Bulik ve Kobylarczyk, 2019). Travma sonrası büyüme, travmatik bir olayın ardından ortaya çıkan olumlu değişim ve kişisel gelişimdir. Bu sonuçlar hastalığın neden olduğu fiziksel, zihinsel ve duygusal zorluklarla başa çıkma becerilerini geliştirerek hastalarının yaşam kalitesinin iyileşmesine yol açabileceğini düşündürmektedir. Travma sonrası olumlu değişikliklerin teşvik edilmesinde amaçlı derin düşünmenin önemine dikkat çekilirken uzun süreli yaşanmayan girici derin düşüncelerin de olumlu bir rol oynayabileceğini ortaya koymaktadır (Chan ve ark., 2011; Morris ve Shakespeare-Finch, 2011; Gangstad ve ark. 2009). Yaşanılan travmatik bir olay sonrası hissedilen çaresizlik, üzüntü, korku gibi akut girici ruminasyona ilişkin duyguların yaşanılması bu durumun birey üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunun bir işaretidir ve verilen bu tepkiler amaçlı ruminasyonların başlangıcı olabilir ve yaşanan durumla başa çıkma yollarının araştırılmasını kolaylaştırabilir. Literatürde yapılan diğer çalışmalarda olduğu gibi yapılan bu çalışmada da yaşanan ruminasyonların travma sonrası büyüme sürecinde rol oynadığını göstermektedir. Yaşanılan bir olay üzerinde derin düşüncelere dalma eğilimi, özellikle girici ruminasyonlar, başlangıçta sıkıntı hissi ve olumsuz duygulardaki artışla ilişkilendirilebilir; ancak daha sonra amaçlı ruminasyonlar ortaya çıktığında kişi, deneyimlenen olayla başa çıkmanın yollarını arayarak travma sonrası büyüme üzerine olumlu katkılar sağlayabilir. Bu sonuçlar, travma sonrası büyümeyi kolaylaştırmada ruminasyon ve üstbilişin önemli etkisinin altını çizmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda kanser hastalarında;

- Kanser hastalarında girici ruminasyon ve amaçlı ruminasyon düzeyi ortalamanın üstünde bulunmuştur.
- Kanser hastalarında üstbilgi düzeyi ortalama puanının üstündedir. Bu sonuç bize kanser hastalarının patolojik boyutta düşünmeye meyilli olduklarını düşündürmektedir.
- Kanser hastalarında travma sonrası büyüme düzeylerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur.
- Kanser hastalarında girici ruminasyon düzeyi ile travma sonrası büyüme düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
- Kanser hastalarında amaçlı ruminasyon düzeyi ile travma sonrası büyüme düzeyleri arasında pozitif yönde artan bir ilişki bulunmuştur.
- Kanser hastalarında üstbilgiler ile travma sonrası büyüme puanları arasında pozitif yönde artan bir ilişki bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kanser hastalarında ruminasyon ve üstbilgilerinin travma sonrası büyüme düzeyini etkilediği bulgusundan yola çıkarak, hastalarda her bir değişken için nasıl etkilendiğini derinlemesine belirlemeye yönelik nitel çalışmaların yapılması,
- Girici ruminatif düşüncelerin, amaçlı ruminatif düşünce haline getirilmesi yoluyla travma ve ilgili duygularla baş etme biçimlerinin geliştirilmesi yönünde bireylerin desteklenmesi önerilmektedir.
- Kanser hastalığına sahip bireylerde tanının öğrenildiği ilk andan itibaren ruminasyon, üst bilgi ve travma sonrası büyüme düzeylerinin

değerlendirilmesi, bireylerin duygusal iyiliklerinin desteklenmesi açısından hayati bir öneme sahiptir. Bu bağlamda, psikiyatri hemşirelerinin rolü, bilişsel-davranışçı terapiler ruminasyonları hedef alarak travma sonrası büyüme sürecini yönlendirme ve hastaların üst bilişsel işlevlerini güçlendirme konusunda kilit bir öneme sahiptir. Hemşirelik yaklaşımlarının benimsenmesi, hastaların baş etme becerilerini güçlendirerek psikolojik iyiliklerini artırabilir ve yaşam kalitelerini önemli ölçüde iyileştirebilir.



KAYNAKLAR

- Ağaç, M., & Özçetin, Y. S. Ü. (2021). Metacognitions, Psychological Resilience and Fear of Recurrence in Cancer Process. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 13(4), 693-706
- Ağaç, M., & Üzar-Özçetin, Y. S. (2022). Psychological resilience, metacognitions, and fear of recurrence among cancer survivors and family caregivers. *Cancer Nursing*, 45(2), 454-462.
- Ağca, M. A. (2021). *Kanser Hastalarında Otomatik Düşünce ve Fonksiyonel Olmayan Tutumların Kaygı Düzeylerini Yordayıcı Gücü* (Doctoral dissertation, Necmettin Erbakan University (Turkey)).
- Almeida, S. S., Oliveira, M. A., Medeiros, R., Guerra, M. P., Pariente, C. M., & Fernandes, L. (2023). Emotional, inflammatory, and genetic factors of resilience and vulnerability to depression in patients with premenopausal breast cancer: A longitudinal study protocol. *Plos One*, 18(2), e0279344.
- Andreyev, J., Ross, P., Donnellan, C., Lennan, E., Leonard, P., Waters, C., ... & Ferry, D. (2014). Guidance on the management of diarrhoea during cancer chemotherapy. *The Lancet Oncology*, 15(10), e447-e460.
- Antoni, M. H. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, behavior, and immunity*, 30, S88-S98.
- Aydoğan, Ü., Çetin Doğaner, Y., Borazan, E., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., ... & Sağlam, K. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(2).
- Aydoğdu, B. E. Y., & Dirik, G. (2021). Meme kanseri olan kadınlarda psikolojik belirtiler ve travma sonrası gelişim ile ilişkili faktörler. *Nesne Dergisi*, 9(22), 863- 883. <https://doi.org/10.7816/nesne-09-22-07>

- Barbaros, M. B., & Dikmen, M. (2015). Kanser immünoterapisi. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Fen Bilimleri Dergisi*, 31(4), 177-182.
- Bayram, E., & Kara, İ. O. (2023). Neoadjuvan kemoterapi uygulanan opere lokal ileri evre mide kanseri hastalarında nüksü öngören faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 239-246.
- Bayramoğlu A. Self-compassion in relation to psychopathology. 2011.
- Beck AT (1976) Cognitive therapy and the emotional disorders. (Çev. A. Türkcan, V. Öztürk), Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar. Litera Yayıncılık, İstanbul, 2008
- Beck, B., & Riede, K, De Jong-Meyer, R.. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 547-551.
- Boltong A, Keast R, Aranda S (2012) Experiences and consequences of altered taste, flavour and food hedonics during chemotherapy treatment. *Support Care Cancer*, 20:2765-2774
- Boshuizen, J., & Peeper, D. S. 2020. Rational cancer treatment combinations: an urgent clinical need. *Molecular cell*, 78(6), 1002-1018.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424.
- Calhoun, L.G, Tedeschi, R.G. (2014).Handbook of posttraumatic growth: Research and practice: Routledge.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.). (2014). *Handbook of posttraumatic growth: Research and Practice*. Routledge.

- Campbell-Enns, H. J., & Woodgate, R. L. (2017). The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: a systematic review. *Psycho-oncology*, 26(11), 1711-1721.
- Can, G. (Ed). (2019). Onkoloji Hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul
- Cann, A, Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., Triplett, K.N., Vishnevsky, T., Lindstrom, C.M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*. Mar 1;24(2):137-56
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(2), 137-156.
- Carr, T. H., McEwen, R., Dougherty, B., Johnson, J. H., Dry, J. R., Lai, Z., ... & Barrett, J. C. (2016). Defining actionable mutations for oncology therapeutic development. *Nature Reviews Cancer*, 16(5), 319-329.
- Casellas-Grau A, Ochoa C, Ruini C (2017) Psychological and clinical correlates of posttraumatic growth in cancer: a systematic and critical review. *Psychooncology* 26:2007–2018.
- Cemiloğlu, M., & Erol, O. (2016). Okuma öğretiminde biliş ve üst-biliş stratejileri. *Uluslararası İnsan ve Sanat Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 46-53.
- Chan MW, Ho SM, Tedeschi RG, Leung CW (2011) Thevalence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psychooncology*, 20:544-552.
- Chan, M.W., Ho, S.M., Tedeschi,R.G., Leung, C.W.(2011). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20(5):544-52.
- Chan, M. W., Ho, S. M., Tedeschi, R. G., & Leung, C. W. (2011). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and

- posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20(5), 544-552
- Cook SA, Salmon P, Dunn G, Holcombe C, Cornford P, Fisher P.(2015). A prospective study of the association of metacognitive beliefs and processes with persistent emotional distress after diagnosis of cancer. *Cognitive therapy and research*. 39(1):51-60.
- Coyne, J. C., & Tennen, H. (2010). Positive psychology in cancer care: Bad science, exaggerated claims, and unproven medicine. *Annals of behavioral medicine*, 39(1), 16-26.
- Cvetkovic J, Nenadovic M (2016) Depression in breast cancer patients. *Psychiatry Res*, 240:343-344
- Çaman, Ö. K., Bilir, N., & Özcebe, H. (2014). Ailede kanser öyküsü ve algılanan kanser riski, kanserden korunma davranışları ile ilişkili mi. *Fırat Med J*, 19(2), 95-100.
- Çelik, B. A. (2022). *Obsesif belirtilerin yordayıcıları olarak sosyal kaygı, mükemmeliyetçilik, narsisizm ve ruminasyon* (Master's thesis, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi).
- Dahlin, C. 2015. Palliative care: delivering comprehensive oncology nursing care. *Seminars in oncology nursing*.
- De Jong-Meyer, R., Beck, B., & Riede, K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 547-551.
- Deniz, E. B. (2022). Kanser Epidemiyolojisi. *Turkey Health Literacy Journal*, 3(2), 102-111.
- Duman, N. (2019). Travma sonrası büyüme ve gelişim. *Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi*, 4(7), 178-184.

- Dülgerler, Ş., & Çam, O. (2016). Kanser tanısı konan hastalarda tanıyı söyleme süreci ve hemşirelik yaklaşımları. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 15-19.
- Elbi, H. (2008). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 1, 36-46.
- Elbi, H., Cimilli, C., Sertöz, Ö. Ö., Karşıdağ, Ç., & Sözeri-Varma, G. (2019). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Ezerbolat, M., & Özpolat, A. G. Y. (2016). Travma sonrası büyüme: travmaya iyi yanından bakmak. *Kriz Dergisi*, 24(1).
- Fisher, P.L, Reilly, J., Noble, A. (2018). Metacognitive beliefs and illness perceptions are associated with emotional distress in people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 86:9-14.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological assessment*, 11(3), 303.
- García, F. E., Barraza-Peña, C. G., Wlodarczyk, A., Alvear-Carrasco, M., & Reyes-Reyes, A. (2018). Psychometric properties of the Brief-COPE for the evaluation of coping strategies in the Chilean population. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31.
- Gemalmaz, A., & Avşar, G (2015). Kanser tanısı ve sonrası yaşananlar: kalitatif bir çalışma. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(2), 93-98.
- Global Cancer Observatory [Çevrimiçi], <https://gco.iarc.fr/today/about> 04 Ocak 2023
- Green, B. L., Wilson, J. P., & Lindy, J. D. (2013). Conceptualizing post-traumatic stress disorder: A psychosocial framework. In *Trauma and its wake* (pp. 53-69). Routledge.
- Güleç, H., Yalçın, M., Ünübol, H., & Karşıdağ, Ç. (2017). Konsültasyon-Liyezon (Danışma-Dayanışma) Psikiyatrisi El Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi

- Gür, G. C., & Öztürk, F. Ö. (2022). Rumination, Basic Beliefs, and Posttraumatic Growth in Cancer Patients: A Moderated Mediation Model. *Cancer Nursing*, 10-1097.
- Gür, G. C., & Öztürk, F. Ö. (2022). Rumination, Basic Beliefs, and Posttraumatic Growth in Cancer Patients: A Moderated Mediation Model. *Cancer Nursing*, 10-1097.
- Haspolat, A., & Çırakoğlu, O. C. (2021). Mindfulness as a moderator in the relation among core belief disruption, rumination, posttraumatic symptoms, and growth. *Mindfulness*, 12, 186-197.
- Haspolat, A., & Çırakoğlu, O. C. (2021). Mindfulness as a moderator in the relation among core belief disruption, rumination, posttraumatic symptoms, and growth. *Mindfulness*, 12, 186-197.
- Hauner K, Maisch P, Retz M (2017) Side effects of chemotherapy. *Urologe A*, 56:472-479.
- Hungerbuehler, I., Vollrath, M. E., & Landolt, M. A. (2011). Posttraumatic growth in mothers and fathers of children with severe illnesses. *Journal of Health Psychology*, 16(8), 1259-1267.
- Husson, O., Zebrack, B., Block, R., Embry, L., Aguilar, C., Hayes-Lattin, B., & Cole, S. (2017). Posttraumatic growth and well-being among adolescents and young adults (AYAs) with cancer: A longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*, 25, 2881-2890. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3707-7>
- Inhestern, L., Beierlein, V., Bultmann, J. C., Möller, B., Romer, G., Koch, U., & Bergelt, C. (2017). Anxiety and depression in working-age cancer survivors: a register-based study. *BMC cancer*, 17(1), 1-8.
- Iqbal, N., & Dar, K. A. (2015). Negative affectivity, depression, and anxiety: Does rumination mediate the links?. *Journal of Affective Disorders*, 181, 18-23.
- Irie, W., Shiwaku, H., Taku, K., Suzuki, Y., Inoue, Y. (2021). Roles of Re-examination of Core Beliefs and Rumination in Posttraumatic Growth Among Parents of

- Children With Cancer: Comparisons With Parents of Children With Chronic Disease. *Cancer nursing*. 44(1):20-8.
- Işık, I. (2014). Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(3), 58-64.
- İnci, F., & Boztepe, H. (2013). Travma sonrası büyüme: Öldürmeyen acı güçlendirir mi? *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 80-84.
- Jang, J. Y., Shim, H., Kwon, H. Y., Chung, H., Jung, P. Y., Kim, S., ... & Bae, K. S. (2019). Improvement of outcomes in patients with pelvic fractures and hemodynamic instability after the establishment of a Korean regional trauma center. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 45, 107-113.
- Javed, Q. A. & Gul, A. (2023). Perceived everyday discrimination, social support, and post-traumatic growth of breast cancer survivors. *Journal of Educational Research and Social Sciences Review (JERSSR)*, 3(1), 148-155.
- Jim HSL, Jacobsen PB (2008) Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: a review. *Cancer J*, 14:414- 419.
- Kanat BB, Özpolat AG. Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*. 2016;7(4):106-10.
- Kanat, B. B., & Özpolat, A. G. Y. (2016). Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 7(4), 106-110.
- Kanat, B. B., & Özpolat, A. G. Y. (2016). Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 7(4), 106-110. <https://dergipark.org.tr/en/pub/tjcl/issue/26304/286720>
- Kapucu, S ve Kutlutürkan, S. Ed. (2020). —Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği. Hipokrat Yayıncılık: Ankara

- Karakelle, S., & Saraç, S. (2010). Üst biliş hakkında bir gözden geçirme: Üstbiliş çalışmaları mı yoksa üst bilişsel yaklaşım mı. *Türk Psikoloji Yazıları*, 13(26), 45-60.
- Kim, E., & Bae, S. (2019). Gratitude moderates the mediating effect of deliberate rumination on the relationship between intrusive rumination and post-traumatic growth. *Frontiers in Psychology*, 10, 2665.
- Kocaman Yıldırım, N., Özkan, M., Terakye, G., & Özkan, S. (2018). Psikososyal Onkoloji Hizmetinin Gelişimi. In N. Kocaman Yıldırım (Ed.), *Psiko-onkoloji* (pp. 1-8).
- Koo, M. M., Swann, R., McPhail, S., Abel, G. A., Elliss-Brookes, L., Rubin, G. P., & Lyratzopoulos, G. (2020). Presenting symptoms of cancer and stage at diagnosis: evidence from a cross-sectional, population-based study. *The Lancet Oncology*, 21(1), 73-79.
- Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F., & Potamianos, G. (2012). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in breast cancer patients: a systematic review. *Women & health*, 52(5), 503-516.
- Körükçü Ö (2018) Bazı yaşamsal geçişler zordur. Jinekolojik kanser tanısı almak gibi... *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9:248-254
- Körükçü Ö (2018) Bazı yaşamsal geçişler zordur. Jinekolojik kanser tanısı almak gibi... *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9:248-254.
- Körükçü, Ö. (2018). Bazı Yaşamsal Geçişler Zordur. Jinekolojik Kanser Tanısı Almak Gibi... *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 248-254.
- Kwong A Ng DWL,, Suen D, et al. (2019). Fear of cancer recurrence among Chinese cancer survivors: prevalence and associations with metacognition and neuroticism. *Psychooncology*, 28(6):1243–1251.

- Kwekkeboom KL. Cancer Symptom Cluster Management. *Semin Oncol Nurs*. 2016 Nov;32(4):373-382. doi: 10.101
- Kwekkeboom, K. L. (2016, November). Cancer symptom cluster management. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 32, No. 4, pp. 373-382). WB Saunders.
- Laçın, B. G. D., & Yalçın, İ. (2018). Üniversite öğrencilerinde öz-yeterlilik ve stresle başa çıkma stratejilerinin bilişsel esnekliği yordama düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 34(2), 358-371.
- Lee JH, Song Y, Do Han K, Park YM, Lee JY, Park YG, Lee YB (2018) Cancer risk by the subtype of alopecia. *Sci Rep*, 8:9748.
- Lenzo V, Sardella A, Martino G, Quattropani MC. A Systematic Review of Metacognitive Beliefs in Chronic Medical Conditions. *Front Psychol*. 2020;10(2875).
- Liu J, Peh CX, Mahendran R (2017) Body image and emotional distress in newly diagnosed cancer patients: The mediating role of dysfunctional attitudes and rumination. *Body Image*, 20:58-64.
- Liu J, Peh CX, Simard S, Griva K, Mahendran R (2018) Beyond the fear that lingers: The interaction between fear of cancer recurrence and rumination in relation to depression and anxiety symptoms. *J Psychosom Res*, 111:120-126.
- Liu, J., Peh, C. X., Simard, S., Griva, K., & Mahendran, R. (2018). Beyond the fear that lingers: the interaction between fear of cancer recurrence and rumination in relation to depression and anxiety symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 111, 120-126.
- Lyubomirsky S, Kasri F, Chang O, Chung I (2006) Ruminative response styles and delay of seeking diagnosis for breast cancer symptoms. *J Soc Clin Psychol*, 25:276-304

- Lyubomirsky S, Layous K, Chancellor J, Nelson SK. Thinking about rumination: The scholarly contributions and intellectual legacy of Susan Nolen-Hoeksema. *Annual Review Of Clinical Psychology*. 2015 Mar 28;11:1-22.
- Lyubomirsky, S., Layous, K., Chancellor, J., & Nelson, S. K. (2015). Thinking about rumination: The scholarly contributions and intellectual legacy of Susan Nolen-Hoeksema. *Annual review of clinical psychology*, 11, 1-22.
- Mattiuzzi, C., & Lippi, G. 2020. Cancer statistics: a comparison between world health organization (WHO) and global burden of disease (GBD). *European journal of public health*, 30(5), 1026-1027.
- McLaughlin, K. A., Borkovec, T. D., & Sibrava, N. J. (2007). The effects of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behavior therapy*, 38(1), 23-38.
- Mehtap, A. , & Özçetin, Y. S. Ü. (2021). Kanser Sürecinde Üstbilişler, Psikolojik Sağlamlık ve Nüks Korkusu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(4), 693-706.
- Meng, Y., Lu, W., Guo, E., Liu, J., Yang, B., Wu, P., ... & Chen, G. (2020). Cancer history is an independent risk factor for mortality in hospitalized COVID-19 patients: a propensity score-matched analysis. *Journal of hematology & oncology*, 13(1), 1-11.
- Meyerson, D. A., Grant, K. E., Carter, J. S., & Kilmer, R. P. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. *Clinical psychology review*, 31(6), 949-964.
- Montgomery M, McCrone SH (2011) Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: systematic review. *J Adv Nurs*, 66:2372-2390.
- Moorey, S., & Greer, S. (2011). *Oxford guide to CBT for people with cancer*. OUP Oxford.

- Morris, B. A., & Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-oncology*, 20(11), 1176-1183.
- Mousavi, S. F., & Ramezani, R. (2018). The prediction of post-traumatic growth based on memorial symptoms and rumination in women with cancer. *Health Psychology*, 7(26), 146-159.
- Neufeld NJ, Elnahal SM, Alvarez RH (2017) Cancer pain: a review of epidemiology, clinical quality and value impact. *Future Oncol*, 13:833-841.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400–424
- Ogińska-Bulik N (2017) The negative and positive effects of trauma resulting from cancer—the role of personality and rumination. *Current Issues in Personality Psychology*, 5:232-243.
- Ogińska-Bulik, N., & Ciechomska, M. (2016). Posttraumatic growth of parents struggling with cancer disease of their child—the role of rumination. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 25(2), 99-110.
- Ogińska-Bulik, N., & Kobylarczyk, M. (2017). The mediating role of resiliency in the relationship between temperament and posttraumatic growth. *Journal of loss and trauma*, 22(1), 1-10.
- Ogińska-Bulik, N., & Kobylarczyk, M. (2019). The experience of trauma resulting from the loss of a child and posttraumatic growth—the mediating role of coping strategies (loss of a child, PTG, and coping). *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 80(1), 104-119.
- Ogińska-Bulik, N., & Kobylarczyk, M. (2019). The role of rumination in posttraumatic growth in people struggling with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(5), 652-664.

- Öcalan, S, & Üzar-Özçetin, Y. S. (2020). COVID-19 Pandemisi sürecinde ruminasyon ve ruh sağlığına etkileri. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(4), 354-358.
- Özçetin, Y. S. Ü., & Hiçdurmaz, D. (2017). Kanser deneyiminde travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlık. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(4), 388-397.
- Özkan, S. (2012). Meme Kanseri ve Liyezon Psikiyatrisi. ed. Özmen Vahit ve diğerleri, Meme Hastalıkları Kitabı, Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF), Güneş Kitabevi, Ankara.
- Papageorgiou C, Wells A. Depressive rumination: Nature, theory and treatment: John Wiley & Sons; 2004.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2009). A prospective test of the clinical metacognitive model of rumination and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(2), 123-131.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (Eds.). (2004). *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons.
- Poljsak, B., Kovac, V., Dahmane, R., Levec, T., & Starc, A. (2019). Cancer etiology: A metabolic disease originating from life's major evolutionary transition?. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, 2019.
- Quattropani MC, Lenzo V, Mucciardi M, Toffle ME. Metacognition as predictor of emotional distress in cancer patients. *Life Span and Disability*. 2016 Jul 1;19(2):221-39.
- Quattropani, M. C., Lenzo, V., Mucciardi, M., & Toffle, M. E. (2016). Metacognition as predictor of emotional distress in cancer patients. *Life span and Disability*, 19(2), 221-239.

- Quattropani, M. C., Lenzo, V., Mucciardi, M., & Toffle, M. E. (2016). Metacognition as predictor of emotional distress in cancer patients. *Life span and Disability*, 19(2), 221-239.
- Ramos, C., Leal, I., Costa, P. A., Tapadinhas, A. R., & Tedeschi, R. G. (2018). An Item-level analysis of the posttraumatic stress disorder checklist and the posttraumatic growth inventory and its associations with challenge to core beliefs and rumination. *Frontiers in Psychology*, 9, 2346. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02346>
- Rashmi, R., & Vanlalhraai, C. (2023). Metacognitive Processes in Cancer: A Review. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*.
- Renna, M. E., Rosie Shrout, M., Madison, A. A., Lustberg, M., Povoski, S. P., Agnese, D. M., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2021). Worry and rumination in breast cancer patients: perseveration worsens self-rated health. *Journal of behavioral medicine*, 44, 253-259.
- Roelofs, K., Spinhoven, P., Sandijck, P., Moene, F. C., & Hoogduin, K. A. (2005). The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(8), 508-514.
- Selby, E. A., Franklin, J., Carson-Wong, A., & Rizvi, S. L. (2013). Emotional cascades and self-injury: Investigating instability of rumination and negative emotion. *Journal of clinical psychology*, 69(12), 1213-1227.
- Serbest, Z., & Sayar, S. (2023). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Stres Yaratan Durumlar ve Stresle Baş Etme Stratejileri: Tanımlayıcı ve Kesitsel Bir Çalışma. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(3).
- Shand, L. K., Cowlshaw, S., Brooker, J. E., Burney, S., & Ricciardelli, L. A. (2015). Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 24(6), 624-634.

- Sharp, L., Redfearn, D., Timmons, A., Balfe, M., & Patterson, J. (2018). Posttraumatic growth in head and neck cancer survivors: Is it possible and what are the correlates?. *Psycho-Oncology*, 27(6), 1517-1523.
- Shi, Q., Smith, T. G., Michonski, J. D., Stein, K. D., Kaw, C., & Cleeland, C. S. (2011). Symptom burden in cancer survivors 1 year after diagnosis: a report from the American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors. *Cancer*, 117(12), 2779-2790.
- Simard, S., & Savard, J. (2015). Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. *Journal of Cancer Survivorship*, 9, 481-491.
- Soo, H., & Sherman, K. A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-oncology*, 24(1), 70-79.
- Spada MM, Nikčević AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*. 2008 Apr 1;44(5):1172-81.
- Spada, M. M., Nikčević, A. V., Moneta, G. B., & Wells, A. (2008). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1172-1181.
- Spada, M. M., Nikčević, A. V., Moneta, G. B., & Wells, A. (2008). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1172-1181.
- Stockton, H., Hunt, N., & Joseph, S. (2011). Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. *Journal of traumatic stress*, 24(1), 85-92.
- Szczęśniak, M., Madej, D., & Bielecka, G. (2022). Relationship between world assumptions and post-traumatic growth among polish cancer patients: Moderating effect of rumination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12444. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912444>

- Şengün İnan, F., & Üstün B. (2014). Evde psikososyal bakım örneği: Meme kanserinde tedavisi sonrası dönemde psikoeğitim uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(1), 52-58.
- Taku K, Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG. The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. *Death studies*. 2008 Apr 22;32(5):428-44
- Taku, K., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2008). The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. *Death studies*, 32(5), 428-444.
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress, & Coping*, 22(2), 129-136.
- Tedeschi RG, Calhoun LG (1996) The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 9:455-71.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). A clinical approach to posttraumatic growth. *Positive psychology in practice*, 405-419.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry*, 1-18.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Routledge.
- Teker, A. G. and Ay, N. P. (2022). —Has the cancer-related death trend been changing in Turkey? An evaluation of the period between 2009 and 2019. *Cancer Epidemiology*, 80, 102228.
- Teston EF, Fukumori EFC, Benedetti GMdS, Spigolon DN, Costa MAR, Marcon SS (2018). Feelings and difficulties experienced by cancer patients along the diagnostic and therapeutic itineraries. *Escola Anna Nery*, 22:1-8.

- Thewes B, Bell ML, Butow P. (2013). Fear of cancer recurrence in young early-stage breast cancer survivors: the role of metacognitive style and disease-related factors. *Psychooncology*, ;22(9):2059–2063.
- Thomsen DK, Jensen AB, Jensen T, Mehlsen MY, Pedersen CG, Zachariae R (2013) Rumination, reflection and distress: an 8-month prospective study of colon-cancer patients. *Cognit Ther Res*, 37:1262-1268.
- Thomsen, D. K., Jensen, A. B., Jensen, T., Mehlsen, M. Y., Pedersen, C. G., & Zachariae, R. (2013). Rumination, reflection and distress: an 8-month prospective study of colon-cancer patients. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 1262-1268.
- Toffalini E, Veltri A, Cornoldi C. Metacognitive aspects influence subjective well-being in parents of children with cancer. *Psycho-Oncology*. 2015 Feb;24(2):175- 80.
- Tosun, A., & Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1).onnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 385-396.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2018). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. Philadelphia: Davis Company.
- Tuna, E. (2023). Kronik hastalıklarda duygu düzenleme: Kalp ve damar sistemi hastalıkları, kanser, migren, fibromiyalji ve sedef hastalığı üzerine bir derleme. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 7(1), 117-142.
- Turner JK, Hutchinson A, Wilson C (2018) Correlates of posttraumatic growth following childhood and adolescent cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*, 27:1100–1109
- Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikler. 2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulteex?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2021-45715> (15.12.2023)

- UNFPA State of World Population Report, (2021),
<https://turkiye.unfpa.org/en/publications/unfpa-2021-state-world-populationreport#:~:text=Nearly%20half%20of%20women%20in,State%20of%20World%20Population%20report.> (05.1. 2023)
- Üzar-Özçetin N YS, Dursun Sİ.(2020) Quality of life, caregiver burden, and resilience among the family caregivers of cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs*, ;48:101832.
- Hiçdurmaz D, Üzar-Özçetin YS.(2020). “Now I keep my feet on the ground. Earlier, I was arrogant and felt too big for my boots.” Perspectives of people with cancer and oncology nurses on the psychological empowerment process. *Eur J Oncol Nurs*, :101862
- Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127, 103573.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2011). Metacognitive therapy. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*, 83-108.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions question
- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia *Cogn Behav Pract.*, 14:18–25.
- WHO, Health Topics, Cancer. https://www.who.int/healthtopics/cancer#tab=tab_1 (18.12.2023)
- WHO, Health Topics, Cancer. https://www.who.int/healthtopics/cancer#tab=tab_1 (18.12.2022)
- Wong, C. C. Y., Pan-Weisz, B. M., Pan-Weisz, T. M., Yeung, N. C. Y., Mak, W. W. S., & Lu, Q. (2019). Self-stigma predicts lower quality of life in Chinese American

breast cancer survivors: Exploring the mediating role of intrusive thoughts and posttraumatic growth. *Quality of Life Research*, 28(10), 2753–2760.
<https://doi.org/10.1007/s11136-019-02213-w>

Xia, J., Wu, P., Deng, Q., Yan, R., Yang, R., Lv, B., Wang, J., & Yu, J. (2019). Relationship between health literacy and quality of life among cancer survivors in China: a crosssectional study. *BMJ Open*, 9, e028458

Yavuzer, Y., & Karataş, Z. (2012). Ergenlerde otomatik düşünceler ile fiziksel saldırganlık arasındaki ilişkide öfkenin aracı rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(2013), 24.

Yu, S. H., Chen, S. H., & Chang, K. J. (2008). Rumination predicting depression and PTSD symptoms in postoperative breast cancer patients. *Chinese Journal of Psychology*.

YuSH., Chen SH, Chang KJ (2008) Rumination predicting depression and PTSD symptoms in postoperative breast cancerpatients. *Chinese Journal of Psychology*, 50:289–302

EKLER

EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Fulyagül DEMİR	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	Psikiyatri Hemşireliği	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	% 15	% 15
II. Genel Bilgiler	%31	% 35
III. Materyal ve Metod	%34	% 35
IV. Bulgular	%15	% 15
V. Tartışma	%19	% 20
Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.		

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/240
Konu : Etik Kurul Kararı

30.03.2023

Sayın: Fulyagül DEMİR
Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz
"Kanser hastalarında ruminasyon ve üstbilişlerin travma sonrası büyüme ile ilişkisinin
incelenmesi / "Examination of the relationship between rumination and metacognitions and post-
traumatic growth in cancer patients" isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte
sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Dr. Öğr. Üyesi Eda AY
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Kanser hastalarında ruminasyon ve üstbilişlerin travma sonrası büyüme ile ilişkisinin incelenmesi / "Examination of the relationship between rumination and metacognitions and post-traumatic growth in cancer patients
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı:2 Karar No:80	Tarih:30.03.2023
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-3. KURUM İZNİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-20369917-302.08.01-2300237278
Konu : Uygulama İzni (Fulyagül DEMİR)

02.08.2023

DAĞITIM YERLERİNE

Ana Bilim Dalınız yüksek lisans programı öğrencisi Fulyagül DEMİR'in "Kanser Hastalarında Ruminasyon ve Üstbilişlerin Travma Sonrası Büyüme ile İlişkisinin İncelenmesi"konulu tez çalışması ile ilgili Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünden alınan 31/07/2023 tarihli ve E-45361945-300-2300232659 sayılı belge ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.





T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı : E-45361945-000-2300231926
Konu : Uygulama İzni (Fulyagül DEMİR)

28.07.2023

İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 17.07.2023 tarihli ve E-45361945-000-2300217496 sayılı belge.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Fulyagül DEMİR'in "Kanser Hastalarında Ruminasyon ve Üstbilişlerin Travma Sonrası Büyüme ile İlişkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz olunur.

EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1-Yaş.....	2-Medeni durumu a) Evli b) Bekar
3-Eğitim Durumu a)Okur yazar değil b)İlköğretim mezunu c)Lise mezunu d)Üniversite mezunu e) Yüksek lisans/ Doktora mezunu	4- Mesleği a)Emekli b)Ev hanımı c)İşçi d)Memur e)Öğrenci f)Serbest meslek g)Diğer
5-Kimle yaşadığı a)Yalnız b)Eş c)Çocuklar d)Eş ve çocuklar e)Aile büyükleri f)Diğer..... ...	6-Gelir durumu a)Geliri giderinden az b)Geliri giderine eşit c) Geliri giderinden yüksek
7-Kanser tanısı.....	8- Hastalığın süresi.....
9- Evresi a)Evre I b)Evre II c)Evre III d)Evre IV	10- Başka bir kronik hastalık a)Evet b)Hayır
11- Uygulanan tedavi (birden fazla sık işretlenebilir) a)Kemoterapi b)Radyoterapi c)Hormonal terapi d)Cerrahi e)Diğer.....	12-Ailelerinde kanser öyküsü bulunma durumu a)Evet b)Hayır

EK-5. OLAY İLİŞKİLİ RUMİNASYON ENVANTERİ

Aşağıda yer alan ölçekte, olay olarak tanımlanan ifadeler “çocuğunuzun kanser tanısı almış olması” nı ifade etmektedir. Ölçeği doldururken açıklamayı göz önünde bulundurunuz.

Bilgi Formunda belirttiğimize benzer bir yaşantıdan sonra, her zaman olmasa da, bazen insanlar, **BU DENEYİM HAKKINDA DÜŞÜNMEYE ÇALIŞMAMALARINA RAĞMEN** kendilerini onunla ilgili düşünceler içinde bulurlar. Aşağıda yer alan maddeleri olayın hemen ardındaki haftalarda ne sıklıkla yaşadığınızı belirtin.

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

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

EK-6. ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ -30

		Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Orduka katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum
1.	Endişelenmek gelecekte olabilecek sorunları engellememe yardımcı olur.	1	2	3	4
2.	Endişelerim benim için tehlikelidir.	1	2	3	4
3.	Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm.	1	2	3	4
4.	Endişelenerek kendi kendimi hasta edebilirim.	1	2	3	4
5.	Bir sorun üzerinde düşündüğüm esnada, zihnimin nasıl çalıştığının farkında olurum.	1	2	3	4
6.	Endişe verici bir düşünceyi kontrol altına almazsam ve sonra bu düşüncem gerçekleşirse, bu benim hatam olur.	1	2	3	4
7.	Planlı kalabilmek için endişelenmem gerekir.	1	2	3	4
8.	Kelime ve isimlerle ilgili hafızama güvenim azdır.	1	2	3	4
9.	Durdurmak için ne kadar uğraşsam da, endişe verici düşüncelerim devam eder.	1	2	3	4
10.	Endişelenmek işleri zihnimde bir düzene koymama yardımcı olur.	1	2	3	4
11.	Endişe verici düşüncelerimi görmezden gelmek elimde değildir.	1	2	3	4
12.	Düşüncelerimi izler, takip altında tutarım.	1	2	3	4
13.	Düşüncelerimi her zaman kontrolüm altında tutabilmem gerekir.	1	2	3	4
14.	Hafızam beni zaman zaman yanıltabilir.	1	2	3	4
15.	Endişelerim beni deliye döndürebilir.	1	2	3	4
16.	Düşüncelerimin sürekli farkındayım.	1	2	3	4
17.	Hafızam zayıftır.	1	2	3	4
18.	Zihnimin nasıl çalıştığına çok dikkat ederim.	1	2	3	4
19.	Endişelenmek yaşadıklarımla başetmeme yardımcı olur.	1	2	3	4
20.	Düşüncelerimi kontrol altına alamamak bir zayıflık işaretidir.	1	2	3	4
21.	Endişelenmeye başladığımda, bunu durduramam.	1	2	3	4
22.	Bazı düşünceleri kontrol altına almadığım için cezalandırılacağım.	1	2	3	4
23.	Endişelenmek sorunları çözmeme yardımcı olur.	1	2	3	4
24.	Yerlerle ilgili hafızama güvenim azdır.	1	2	3	4
25.	Bazı düşünceleri akıldan geçirmek kötüdür.	1	2	3	4
26.	Hafızama güvenmem.	1	2	3	4
27.	Düşüncelerimi kontrol altına alamazsam, iş göremez hale gelirim.	1	2	3	4
28.	İyi çalışmak için, endişelenmem gerekir.	1	2	3	4
29.	Olaylarla ilgili hafızama güvenim azdır.	1	2	3	4
30.	Düşüncelerimi sürekli incelerim.	1	2	3	4

EK-7. TRAVMA SONRASI BÜYÜME ÖLÇEĞİ

		Hiç	Çok Az	Az Derecede	Orta Derecede	Oldukça Fazla	Aşırı Derecede
1	Hayatıma verdiğim değer arttı.	0	1	2	3	4	5
2	Hayatımın kıymetini anladım.	0	1	2	3	4	5
3	Yeni ilgi alanları geliştirdim.	0	1	2	3	4	5
4	Kendime olan güvenim arttı.	0	1	2	3	4	5
5	Manevi konuları artık daha iyi anlıyorum.	0	1	2	3	4	5
6	Zor zamanlarda başkalarına güvenebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
7	Hayatıma yeni bir yön verdim.	0	1	2	3	4	5
8	Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım.	0	1	2	3	4	5
9	Duygularımı ifade etme isteğim arttı.	0	1	2	3	4	5
10	Zorluklarla başa çıkabileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
11	Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
12	Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5
13	Yaşadığım her günün değerini anladım.	0	1	2	3	4	5
14	Yaşadığım kazadan sonra benim için yeni fırsatlar doğdu.	0	1	2	3	4	5
15	Artık başkalarına karşı daha şefkatliyim.	0	1	2	3	4	5
16	İnsanlarla ilişkilerimde daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
17	Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
18	Dini inancım daha güçlendi.	0	1	2	3	4	5
19	Düşündüğümde daha güçlü olduğumu anladım.	0	1	2	3	4	5
20	İnsanların ne kadar iyi olduğu konusunda çok şey öğrendim.	0	1	2	3	4	5
21	Başkalarına ihtiyacım olabileceğini kabul etmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5