



**KEMOTERAPİ ALAN BİREYLERDE BİLİŞSEL
DAVRANIŞÇI TERAPİ TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN
ÖFKE KONTROLÜ VE ÖLÜM ANKSİYETESİNE ETKİSİ**

Sabri TOĞLUK

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK**

Doktora Tezi-2023

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

**KEMOTERAPİ ALAN BİREYLERDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ
TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN ÖFKE KONTROLÜ VE ÖLÜM
ANKSİYETESİNE ETKİSİ**

Sabri TOĞLUK

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Programı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç.Dr. Funda KAVAK BUDAK**

**MALATYA
2023**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Doç.Dr. Funda KAVAK BUDAK” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Kemoterapi Alan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin Öfke Kontrolü ve Ölüm Anksiyetesine Etkisi” başlıklı Doktora tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. .../.../2023

Öğrencinin; Sabri TOĞLUK

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanserin Tanımı	4
2.2. Kanserin Epidemiyolojisi	4
2.3. Kanserin Tedavisi ve Kemoterapi.....	5
2.4. Kemoterapi Alan Bireyler ve Öfke Kontrolü	6
2.5. Kemoterapi Alan Bireyler ve Ölüm Anksiyetesi	7
2.6. Bilişsel Davranışçı Terapi.....	8
2.7. Psikoeğitim	11
2.8. Kemoterapi Alan Bireyler ve Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Uygulamalar	11
2.9. Kemoterapi Alan Bireylerde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	12
3. MATERYAL VE METOT	14
3.1. Araştırmanın Türü.....	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	14
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	14
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	16
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	16
3.3.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri.....	16
3.4. Veri Toplama Araçları	16
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-2)	16
3.4.2. Kontrol Altına Alınmış Öfke Ölçeği (KAAÖÖ) (Ek-3).....	16
3.4.3. Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) (Ek-4)	17
3.5. Verilerin Toplanması	17
3.6. Hemşirelik Girişimi	18
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	21
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi	23

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	23
3.10. Araştırmanın Sınırlılığı	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA	29
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	34
KAYNAKLAR	36
EKLER.....	46
EK-1. Özgeçmiş.....	46
EK-2. Kişisel Bilgi Formu	47
EK-3. Kontrol Altına Alınmış Öfke Ölçeği.....	48
EK-4. Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)	49
EK-5. Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi Katılım Belgesi	50
EK-6. Etik Kurul Onayı	51
EK-7. Batman İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	52
EK-8. Aydınlatılmış Onam Formu	53
EK-9. Ölçek Kullanım İzni.....	55
EK-10. Seanslarda Kullanılan Formlar.....	56

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca hoşgörölü, özverili yaklaşımı ve pratik çözümleri ile beni motive eden çok değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK’a,

Tez araştırmam boyunca bilimsel katkıları ve manevi destekleri ile her biri alanında birbirinden yetkin değerli komite üyelerim; Sayın Doç. Dr. Emine YILMAZ ve Sayın Prof. Dr. Hatice Birgül CUMURCU’ya,

Tez araştırmama canı gönülden katılan hastalarım,

Uygulamalar esnasında ellerinden gelen desteği esirgemeyen Batman Eğitim Araştırma Hastanesi Kemoterapi Ünitesi personellerine,

Doktora eğitimim esnasında ihmal ettiğim eşim ve çocuklarıma,

SONSUZ ŞÜKRANI BORÇ BİLİRİM.

Sabri TOĞLUK

ÖZET

Kemoterapi Alan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin Öfke Kontrolü ve Ölüm Anksiyetesine Etkisi

Amaç: Bu araştırma, kemoterapi alan bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) temelli psikoeğitimin öfke kontrolü ve ölüm anksiyetesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma ön test son test kontrol gruplu deneysel bir tasarım olarak Batman Eğitim Araştırma Hastanesi Kemoterapi Ünitesinde Şubat 2022- Haziran 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma kemoterapi alan 80 birey (40 kontrol, 40 deney) ile tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Kontrol Altına Alınmış Öfke Ölçeği (KAAÖÖ) ve Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) kullanılmıştır. Deney grubundaki bireylere 8 seanslık BDT temelli psikoeğitim verilmiştir. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Verilerin analizinde yüzdelik dağılım, ki kare testi, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Deney grubunda bulunan kemoterapi alan bireylerin BDT temelli psikoeğitim sonrası öfke kontrolü (24.67 ± 2.74) düzeyinin kontrol grubunda yer alan kemoterapi alan bireylerin öfke kontrolü (17.20 ± 4.52) düzeyine oranla arttığı, ölüm anksiyetesi (6.72 ± 0.98) düzeyinin ise kontrol grubundaki kemoterapi alan bireylerin ölüm anksiyetesi (8.00 ± 1.45) düzeyine göre azaldığı tespit edilmiştir. Araştırmada, BDT temelli psikoeğitimin deney grubunda yer alan kemoterapi alan bireylerin kontrol altına alınmış öfke ölçeği ve ölüm kaygısı ölçeği ön test ve son test toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Sonuç: BDT temelli psikoeğitimin; kemoterapi alan bireylerin öfke kontrol düzeylerini artırdığı, ölüm anksiyetesi düzeylerini ise azalttığı tespit edilmiştir. BDT temelli psikoeğitimin psikiyatri hemşireliği ve psikiyatrik uygulamalarında bireylerin düşünce ve duygularını (öfke, anksiyete) düzeltmek amacıyla profesyonel bir terapotik uygulama olarak kullanılması önerilebilir.

Anahtar Kelimer: Bilişsel davranışçı terapi, kanser, öfke kontrolü, ölüm anksiyetesi, psikiyatri hemşireliği, psikoeğitim.

ABSTRACT

The Effect of Cognitive Behavioral Therapy Based Psychoeducation on Anger Management and Death Anxiety in Individuals Receiving Chemotherapy

Aim: This study was conducted to analyze the effect of Cognitive Behavioral Therapy (CBT)-based psychoeducation on anger control and death anxiety in individuals receiving chemotherapy.

Material and Method: The research was carried out between February 2022 and June 2023 in Batman Training and Research Hospital Chemotherapy Unit as an experimental study with pretest-posttest control group. The study was completed with 80 individuals (40 controls, 40 experiments) receiving chemotherapy. The Personal Information Form, the Controlled Anger Scale and the Death Anxiety Scale were used to collect the data. The individuals in the experimental group were given 8 sessions of CBT-based psychoeducation. No intervention was made in the control group. Percentage distribution, chi-square test, and t test for dependent and independent groups were used in the analysis of the data.

Results: The level of anger control (24.67 ± 2.74) after the CBT-based psychoeducation of the individuals in the experimental group who received chemotherapy increased compared to the anger control (17.20 ± 4.52) level of the individuals in the control group who received chemotherapy, and the level of death anxiety (6.72 ± 0.98) of the individuals in the control group who received chemotherapy. It was determined that death anxiety decreased compared to the level of death anxiety (8.00 ± 1.45). In the study, it was determined that the difference between the anger scale and death anxiety scale pretest and posttest total scores of individuals in the experimental group of CBT-based psychoeducation who received chemotherapy was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: CBT-based psychoeducation; It was determined that individuals who received chemotherapy increased their anger control levels and decreased their death anxiety levels. It can be suggested that CBT-based psychoeducation be used as a professional method to support the mental health of individuals in psychiatric nursing and psychooncology practices.

Key Words: Anger management, cancer, cognitive behavioral therapy, death anxiety, psychiatric nursing, psychoeducation.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IARC	: Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
KAAÖÖ	: Kontrol Altına Alınmış Öfke Ölçeği
KLP	: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
ÖKÖ	: Ölüm Kaygısı Ölçeği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 3.1. Araştırmanın Konsort Akış Şeması..... 15



TABLÖLER DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. BDT Temelli Psikoeğitim Uygulama Planı	21
Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması...	22
Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan Olan İstatistiksel Yöntemler.....	23
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	25
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Bireylerin Ön Test Kontrol Altına Alınmış Öfke Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Bireylerin Son Test Kontrol Altına Alınmış Öfke Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Bireylerin Ön Test ve Son Test Kontrol Altına Alınmış Öfke Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28

1. GİRİŞ

Kanser; vücudun bazı bölgelerindeki hücrelerin kontrolsüz çoğalması ve dağılmasıyla seyreden, hasta ve hasta yakınlarına biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutlarda yük getiren, ölüme yol açabilen süregelen bir hastalıktır (1). Kanser, dünyada ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıklardan sonra gelen en sık ölüm nedenidir (2).

Kanser hücrelerini yok etmek için kimyasalların kullanıldığı kemoterapi, kötü huylu tümörleri tedavi etmek için kullanılan temel metottur. Kemoterapinin amacı semptomları hafifleterek hastayı iyileştirmek, yaşamı uzatmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir. (3). Kanser hastaları, kemoterapinin yan etkileri ve hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar nedeni ile mide bulantısı, kusma, yorgunluk gibi birçok fiziksel ve psikolojik belirti yaşarlar (4, 5). Psikiyatrik hastalıklar, kanser tanılı bireylerde yaklaşık %50 oranlarında gelişir ve bu hastalıkların %90’ı hastalığa ve tedaviye yanıt olarak gelişir (6, 7). Kanser tedavisinin uzun vadeli ve oldukça zararlı etkileri sonucunda bireyin ailesi, işi ve sosyal hayatı altüst olmakta; bunun üzerine bireyin yaşamında görev ve mevki kaybı, depresyon, umutsuzluk, çaresizlik, gelecek korkusu, toplumsal izolasyon, tükenmişlik, öfke görülmektedir (8). Crothers; kanser gelişiminin en güçlü psikososyal belirleyicisinin duyguları, özelliklede öfkeyi ifade edememek olduğunu söylemiştir (9).

Herkesin günlük yaşamında önemli bir yer tutan öfke, gerçekleşmeyen arzulara, istenmeyen sonuçlara ve gerçekleşmeyen beklentilere yönelen çok doğal ve evrensel bir duygudur. Sağlıklı olmayan, içsel bir tepki olarak saldırganlığa ve kendine zarar vermeye dönüşen kontrolsüz öfkedir (10,11). Kontrolsüz öfke; problemlili ilişkilere, boşanmaya, işte üretkenliğin ve işlevselliğin azalmasına, ciddi fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına yol açabilir (12). Kanser mortalitesi ve morbiditesi yüksek bir hastalık olarak kalması, ölüme eş değer bir durum olarak kabul edilmesine sebebiyet vermiştir (13,14). Gyllensköld'e göre kanserin ölüme doğrudan ilişkili, sinsi, nedenleri tam olarak açıklanamayan, ilerlemesinin kontrol edilmesi zor ve hatta bazen kontrol edilemeyecek kadar etkili olduğu düşünülmektedir. Bu da bireyde ve ailede büyük fiziksel, psikolojik ve sosyal acılara neden olur. Tüm bu faktörler kanseri diğer kronik hastalıklardan daha ürkütücü ve tehdit edici kılmaktadır (15). Yapılan çalışmalarda kanser tanılı bireylerin

çok sık ölüm anksiyetesi yaşadığı belirtilmektedir (16,17). Ölüm anksiyetesi, insanların yeryüzündeki varlıklarının sona ermekte olduğu gerçeğinden duydukları korku halidir. Ölüm anksiyetesi, insan korku ve kaygısının temellerinden biridir (18). Fiziksel hastalığın ölüm anksiyetesini arttırdığı zamanlar vardır. Birincisi, hastanın terminal dönemde olduğunu öğrenmesidir. Bu süre zarfında intihar planları ve depresyon ortaya çıkabilir. İkincisi, bireylerin organik hastalığa bağlı olarak yorgunluk, fonksiyon kaybı ve sakatlık gösterdiği aşamadır (19). Kanserde anksiyete sorunları; çoğunlukla korku, kaygı, öfke, kontrol kaybı ve kanserin tekrarlaması ile ilişkili yaşam ve ölümle ilgili varoluşsal kaygılardır (8). Kanser tanılı birçok hastada yaygın olan anksiyete, depresyon, öfke, çaresizlik duyguları gibi sorunların kanser ağrısını alevlendirebildiği, ağrı toleransını azaltabildiği, hasta sıkıntısını artırabildiği ve tedaviyi sınırlayabildiği, yan etkilerinin olduğu görülmüştür (20,21). Öfke ve kaygı ile baş etmek; bu durumları bastırmak ve saklamakla değil, onları fark etmekle sağlanır. Öfke ve kaygı ile baş etmede, bireyin biyolojik ve fizyolojik bileşiminin, mantıksal ve akılcı olmayan inançlarının, içinde yaşadığı çevrenin, aile ve kültür gibi çevresel faktörlerle ilişkisinin belirlenmesi ehemmiyetlidir. İnsanlar sorun olarak algıladıkları durumları fark ettiklerinde eksikliklerini giderebilir, öfke ve kaygılarını kendileri için yapıcı bir şekilde kullanabilirler (22). Öfke kontrolünün öğretilmesi ve sağlanması, bir toplum ruh sağlığı hizmetidir ve öfke programlarının tasarımı ve uygulanması, bireysel ve toplum ruh sağlığını korumayı amaçlayan önleyici araştırmalardır (23). BDT, öfke yönetimi çalışmalarında kullanılmış olup tatmin edici ve kalıcı faydalar sağladığı bildirilmiştir (24). Lipsey ve ark. meta analiz çalışmasında, BDT programının suç işlemiş bireylerde etkinliğini belirlemek için 58 çalışmayı incelemiş, BDT tabanlı programların öfke yönetimi, ilişki düzenleme ve problem çözmede yararlı olduğu gösterilmiştir (25). Görgü ve Sütçü 17 makale arasından yaptığı sistematik derlemede, farklı örneklemelerde öfke sorununu azaltmada ve öfke kontrolünü arttırmada BDT grup terapisinin tüm çalışmalarda başarılı olduğunu belirtmiştir (26). Ayrıca kanser tanılı bireylerle yapılan psikoterapotik müdahale çalışmalarında anksiyete, depresyon, duygusal sıkıntı düzeylerinin anlamlı olarak iyileştiği izlenmiştir (27-29).

Kanser tanılı bireylerde görülen psikiyatrik bozukluklarda BDT'nin etkinliği birçok araştırmada incelenmiş ve faydaları kanıtlanmıştır (30, 31). Hemşireler; hastaların karşılaştıkları psikososyal sorunları belirlemeli, hastaları bütüncül olarak ele almalı, bireyselleştirilmiş bakım sağlamalı, etkili iletişim becerilerini kullanmalı, bu sorunlara

yönelik müdahaleler tasarlamalı ve uygulamalıdır. Tespit edilen psikososyal sorunlara yönelik tedavi girişimlerinin tasarlanması ve uygulanmasının, hastaların yaşadıkları psikososyal sorunlarla baş etme becerilerini, hastalığa uyumlarını ve yaşam kalitelerini artıracakı düşünülmektedir. Psikiyatri hemşireliği alanında yüksek lisans veya doktora derecesi ve ileri uygulama becerilerine sahip psikiyatri hemşirelerinin klinik ortamlarda ve yapacakları araştırmalarda, BDT girişimlerini daha fazla kullanarak, hastaların hastalığın gidişatı ve zorluklarıyla baş etme becerilerine pozitif etkisi beklenmektedir (32). Yapılan ulusal ve uluslararası literatür taramasında kemoterapi alan bireylerde öfke kontrolü ve BDT, kemoterapi alan bireylerde ölüm anksiyetesi ve BDT araştırmalarına rastlanmamıştır. Araştırmamızın özgün olması nedeniyle özellikle Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) Hemşireliği ve psiko-onkoloji literatürüne katkı sağlayacakı düşünülmektedir.

Bu araştırma, kemoterapi alan bireylerde BDT temelli psikoeğitimin öfke kontrolü ve ölüm anksiyetesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri:

Hipotez 1. Kemoterapi alan bireylerde BDT temelli psikoeğitim öfke kontrolünü artırır.

Hipotez 2. Kemoterapi alan bireylerde BDT temelli psikoeğitim ölüm anksiyetesini azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserin Tanımı

Kanser terimi, tıp biliminin babası diye anılan Yunan bilim adamı Hipokrat (MÖ 460-370) sayesinde tıp literatürüne kazandırılmıştır. Hipokrat, ülseratif ve ülseratif olmayan tümörler için karsinom ve karsinoma terimlerini kullanmıştır. Kelime anlamıyla kanser, bir organ veya dokudaki hücrelerin düzensiz bölünmesi ve çoğalmasından kaynaklanan kötü huylu tümörleri ifade eder (33). Çok hücreli bir organizmanın büyümesi ve çoğalması belli bir şekilde gerçekleşir. Bu rutin süreçlerin sabit, düzenli ve değişmez kuralları vardır. Ancak bazı hücreler bu kuralları çiğner ve hücreyi kendi kurallarıyla yönetir. Kontrol sinyalleri arızalara neden olur. Normal şartlar altında hücre kendini öldürür ve hücre hasarı tespit edildiğinde apoptoz mekanizmasını tetikler. Ancak bir hücre kanserleştiğinde apoptoz mekanizmasını engeller ve "ölüm sinyallerine" yanıt vermez. Büyüyen hücreler tümör haline gelir ve bu tümör tüm vücudun homeostazını etkiler. Oluşan maraza “kanser” denir (34). Kanser, bir hücredeki genlerin anormal hale gelmesi ve hücrenin kontrolsüz bir şekilde büyümeye ve bölünmeye başlamasıyla başlar (35). Kanser hücresinin temel özelliklerine bakıldığında, metabolizmanın değiştiği, hücre döngüsünün bozulduğu (36), anjiyogenezin indüklendiği (37), immün yanıtı direnç olduğu (38), kronik inflamasyon (36), sık mutasyonlar (37), invazyon ve metastaz (39) olduğu gözlenmiştir. Uzun yıllardır tıbbın odak noktası olan kanserin tanı ve tedavisinde birçok ilerleme kaydedilmiştir. Ancak kanser halen ölüm, acı ve belirsizlik kavramlarıyla tanımlanmakta, hasta ve ailelerine biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik yük getiren kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir (40, 41).

2.2. Kanserin Epidemiyolojisi

Kanserin türü ve insidansı ülkeler ve bölgeler arasında değişiklik gösterebilir; ayrıca ırka, cinsiyete ve yaşa nazaran değişir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'na (IARC) göre 2020 Küresel Kanser Verileri: Dünya çapında yeni vaka miktarı 19.3 milyon, kanserden ölüm sayısı 10 milyon oldu. Bu sayılara göre dünyada her beş kişiden birine kanser teşhisi konmuştur. Cinsiyete göre 1/8 erkek ve 1/11 kadın kanserden öldü. Dünya çapında 50.6 milyon kanser hastasının, kanser teşhisi konulduktan sonraki beş yıl içinde yaşadığı tahmin edilmektedir. Erkeklerde akciğer kanserini prostat kanseri ve

kolon kanseri izlemektedir (42). Kadınlarda meme kanserinden sonra kolon kanseri ve akciğer kanseri gelişir. 50 yaşından sonra her iki cinsiyette de kanser görülme sıklığı önemli ölçüde artmaktadır. Ülkemizdeki ölüm nedenlerini inceleyecek olursak 2019 yılında dolaşım sistemi hastalıkları 36.8 ile ilk sırada yer almış olup bu ölüm nedenini sırasıyla 18.4 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler ve 12.9 ile solunum yolu hastalıkları izlemiştir (2). IARC ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2020 verileri incelendiğinde, kanserin ölüm sebebi olarak dünyada ve ülkemizde kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonra ikinci sırada olduğu izlenmiştir (42, 2).

2.3. Kanserın Tedavisi ve Kemoterapi

Kanser tedavi metodu; kanser türüne, evresine ve kişisel özelliklere göre değişmektedir. Bazı bireylerde tek tedavi yöntemi yeterli olurken bazı bireylerde birçok tedavi yöntemini birlikte kullanmak şarttır. Çoğunlukla kullanılan ve genelgeçer tedavi yöntemleri: Kemoterapi, cerrahi yöntem, radyoterapi, immünoterapi, kemik iliği transplantasyonu, hormon tedavi ve lazer tedavidir (33, 43, 44). Kemoterapi: Kanser hücrelerini kemoterapötik ilaçlar kullanarak yok etmedir (44). Modern moleküler biyoloji yöntemleri, ileri tarama yöntemleri, hedefe yönelik ilaç tasarımları, insan genomlarının dizilimi gibi bilim ve teknolojiadaki ilerlemeler ilaç keşiflerini hızlandırmıştır (45). Antikanser ilaçlar genel olarak sitotoksik, biyolojik ve hormonal ilaçlar olmak üzere üç sınıfta toplanabilir. Sitotoksik ilaçlar, kanser hücresinin Deoksiribo Nükleik Asit ya da öncüllerine zarar vererek hücre bölünmesini durdurmayı hedefler. Sitotoksik ilaçların en büyük dezavantajı kanser hücrelerinin yanında sağlıklı hücrelere de zarar vermeleridir. Sitotoksik ilaçların büyük bölümünü alkilleyici ilaçlar, antimetabolitler ve bitki alkaloidleri oluşturmaktadır. Biyolojik ilaçlar ya da hedefe yönelik ilaçlar ise monoklonal antikorlar ve kanser aşılarını kapsamaktadır (46). Kemoterapi bir sağlık kurumunda uygulanabildiği gibi, evde de uygulanabilen türlere sahiptir. Oral, intratekal, intrakaviter veya intravenöz yollarla uygulanabilmektedir. Kanser tedavisinin yanı sıra kansere neden olan faktörlerin varlığı, kanserin daha oluşmadan önlenmesi, hasta ve yakınlarına sosyal ve psikolojik destek verilmesi kanseri çok zorlaştırmakta ve büyük bir sorun haline getirmektedir. Onkoloji tüm bu sorunları çözmek için tıbbın birçok dalı ile birlikte çalışmaktadır (44).

2.4. Kemoterapi Alan Bireyler ve Öfke Kontrolü

Literatürde öfke: Kişinin haksızlığa uğradığını düşünmesi, engellenmesi, hedeflerine ulaşamaması hallerinde sergilediği global ve doğal karşılık diye geçmektedir. Öfke; olumsuz bir duygu olmakla beraber, bireyi zor, tehlikeli durumlara hazırlayıcı ve koruyucu bir niteliğede sahiptir. Doğal bir duygu olmakla beraber öfkenin derecesi, kontrolü ve sergileniş türü, kişinin psikolojisi ve çevreye adaptasyonunda belirleyicilik gösterir (47). Öfke, emosyonel, fizyolojik, bilişsel ve davranışsal bileşenlerden meydana gelir ve bu bileşenler birbirinden ayrı işlemez. Emosyonel olarak öfke, orta düzeyde öfke ve sinirlilikten yoğun öfke ve içermeye kadar değişen bir ruh hali olarak tanımlanır. Fizyolojik olarak öfke; artan kas gerginliğini, adrenal hormonunun salgılanmasını ve savaş-kaç tepkileri dahil olmak üzere sempatik sinir sisteminin uyarılmasını içerir. Bilişsel olarak; görüntülerden ve atıflardan oluşan önyargılı bilgi işleme süreçlerini içerir: abartılı yanlış anlama, kendine veya çevreye yönelik saldırganlık, intikam, utanç, dışsallaştırma, öfke kaynaklarının hafife alınması veya abartılması, aşırı genelleme ve damgalama. Öfke ayrıca motivasyon, aktivasyon ve olaylara tepki ile de ilgilidir. Diğer bir deyişle, öfke deneyimsel bir olgudur, ancak davranıştan bağımsız olarak işlemez (48). Kanseri sürecini yaşayan bireyler, yaşantılarında oluşan belirsizlik nedeniyle anksiyete, korku, öfke, çaresizlik, gerginlik ve çökkünlük gibi hisler yaşarlar (8, 49). Kanseri tanımlı bireylerin yaşadığı öfke; hafif gerginlikten, şiddetli kızgınlık ve hiddete ulaşabilen duygu durumudur (50, 51).

Spielberger ve arkadaşları öfkeyi ifade etmenin üç şekilde görüldüğünü belirtmiştir. Bunlardan ilki öfkeyi kendi içinde yönlendirmek, ikincisi öfkeyi dışı doğru yönlendirmek ve son olarak öfkeyi kontrol etmektir. Öfke, insanların kontrol etmeyi zor bulduğu duyguların başında gelir (52). “Öfke kontrolü eğitim programlarında yaygın olarak kullanılan yöntemler: öfkeyi ve nedenlerini tanıma, öfke belirtilerini tanıma, öfkenin fiziksel belirtileri, öfkenin duygusal belirtileri, problem çözme, daha iyi iletişim, mizah kullanımıdır” (53). “Öfkeyi azaltma, kontrol etme amacıyla yapılan çalışmalara bakıldığında ekseriyetle bilişsel-davranışçı tekniklerin kullanıldığı ve bu tekniklerin olumlu sonuçlar verdiği bildirilmiştir” (22-24, 54-60). “Bilişsel-davranışçı müdahalede amaç danışanın öfke duygusunu ortadan kaldırmak değil, sağlıklı olmayan öfkeyi sistematik bir şekilde bilişsel-davranışçı teknikleri kullanarak azaltmak veya kontrol altına almaktır” (61-63). “Öfke azaltma ya da kontrol etme hedefiyle hazırlanan programlar incelendiğinde genellikle öfkenin emosyonel, davranışsal ve bilişsel

bileşenleri, öfke tetikleyicileri, mantıksız düşüncelerin ele alındığı ve öfke yönetimi için relaksasyon, atılganlık, kendini yönetme, problem çözme gibi bilişsel ve davranışsal yöntemlere yer verildiği izlenmektedir” (48). Öfke kontrol edildiğinde bireyin psikososyal gelişimini, kişilerarası ilişkilerini ve kişisel mutluluğunu olumlu etkilerken; kötü yönetildiğinde kişinin kendisi, ailesi, çalıştığı işyeri ve toplum için yıkıcı sonuçlar oluşturmaktadır (12, 64). Sağlık sahasında kişinin yaşadığı güçlükler, çoğu zaman tıbbi ya da psikiyatrik bozukluk yaşantısı ile birlikte oluşur ve bireyin baş etme yeteneklerini etkiler. Bilişsel-davranışçı terapilerin öfkenin kontrol edilmesinde, depresyon, anksiyete, yeme, kişilik bozuklukları, şizofreni ve kanser tanılı bireylerde belirti kontrolü sağlamak için faydalı olduğu belirtilmiştir (30).

2.5. Kemoterapi Alan Bireyler ve Ölüm Anksiyetesi

Ölüm anksiyetesi “bireyin ölüm ya da ölümle ilgili endişe, kaygı veya korku deneyimleri” ve “kişinin varlığını tehdit eden gerçek ya da hayali algılar tarafından oluşturulan korku, tedirgin edici his” olarak tanımlanmaktadır (65). Bütün insanlar ölümden kendilerine göre korkarlar. Bazı insanlar için ölüm kaygısı hayatın fon müziğidir ve yaptıkları her hareket o anı bir daha asla yaşayamayacaklarının sinyallerini verir (66). Bazı insanlar için kaygı daha şiddetlidir, kontrol edilemez ve sabahın üçünde patlayarak kişiyi ölüm hayaleti karşısında nefessiz bırakır (67). İnsan hayatındaki en büyük kaygı olan ölüm kaygısı, pek çok kaygının ana kaynağıdır. Varoluşçu psikiyatriye göre ölüm kaygısı birçok kaygının ve fobinin köküdür. Bireyler, güçlerinin büyük bir kısmını ölüm anksiyetesini kontrol etmekle tüketir (68, 69). Fizyolojik ve önemli sağlık sorunlarının ölüm anksiyetesini artırdığı bildirilmektedir (70). Yapılan araştırmalarda “kanser” isminin bireylerde ekseriyetle ölümü çağrıştırdığı, kontrol kaybı hissine neden olduğu, acı çekme ve şekil bozukluğu beklentisi içine girmeye yol açtığı ve netice olarak anksiyete bozukluğuna neden olduğu tespit edilmiştir (71-73). Kanser tanısı alma, bireyin sağlığını kaybettiğini farketmesi ve fani olma hakikatiyle yüzleştiği andır (74, 75). Kronik hastalığı olan bireylerde ölüm anksiyetesini; hayatı tehdit eden bir hastalık olması, tanı ve hastalığın gidişatının belirsiz olması, uygulanan tedavilere rağmen istenilen düzeyde iyileşme olmaması, ölüme yönelik bireysel ve toplumsal düşünceler, ölüme yönelik çaresizlik hissi, hayata yüklenen anlamlar ve yaşadıkları ağrı arttırabilmektedir (76). Yüksek seviyede duyulan anksiyete, bireylerin psikolojik durumunu, çevreye olan uyumlarını ve yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu sebepten hastaların

ölüm anksiyetesi düzeylerinin kontrolü çok önemlidir (77). Kanser tanılı bireylerle yapılan psikoterapotik müdahale çalışmalarında anksiyete, depresyon, duygusal sıkıntı düzeylerinin anlamlı olarak iyileştiği izlenmiştir. Kanser tanılı bireylerde görülen psikiyatrik hastalıklarda BDT'nin etkinliği birçok araştırmada değerlendirilmiş ve yararları belirtilmiştir (27-29).

2.6. Bilişsel Davranışçı Terapi

Ruhsal bozuklukların tedavisine yönelik çalışmalar, hemen hemen tarihin başlangıcıyla başlamıştır. Bu çalışmaların bir bölümü bedensel (ilaç kullanımı vb.) bir bölümü de karşılıklı konuşmaya dayalı ilişkisel tedavi gibi iki başlık altında toplanır. Söze ve bireysel düşünce tarzının, (konuşma terapisi vb.) ilaç ve benzeri rahatlatıcılar olmadan, düşünsel biçimde gerçekleştirildiği yöntemlerin genel adına “psikoterapi” denir. Etkinliği en çok araştırılmış ve sonuç elde edilmiş psikoterapi yöntemi “Bilişsel Davranışçı Terapi” dir (78). BDT, düşüncelerimizin duygularımızı ve eylemlerimizi yönlendirdiğini vurgulayan yapılandırılmış bir terapidir. Dolayısıyla bireyin duygularının belirleyicisi; olayın kendisi değil, bireyin düşünce tarzına göre olaya yüklediği anlamdır (79). Bu açıdan akıl yürütme yanılması psikopatolojik temellidir. BDT'nin temel amacı; bu hatalı düşünceleri doğru düşüncelerle, işlevsiz tutum ve davranışları işlevsel olanlarla değiştirmektir. Bu, bireyin olumsuz otomatik düşüncelerini olumlu düşüncelerle değiştirmekle başlar. Bu şekilde, işlevsel olmayan temel inançları daha işlevsel olanlarla değiştirmek kalıcı sonuçlar oluşturulabilmektedir (80). Otomatik düşünceler; doğrudan sorular, yönlendirilmiş keşif, davranış deneyleri, en kötü senaryo tekniği, otomatik düşünce veya olumsuz duygu kaydı gibi tekniklerle keşfedilebilir. Otomatik düşüncelerin içeriğine yönelik müdahaleler ise kanıt inceleme, alternatif açıklama bulma, çifte standart ve otomatik düşüncelerdeki bilişsel işleme tiplerini bulma gibi teknikleri içermektedir (78). Her bireyde bulunan ancak gerçeğe uygun olarak kullanılmadığında duygusal sıkıntıya yol açan bu bilişsel işleme tiplerinden bazılarını aşağıda yer verilmiştir:

Ya hep ya hiç tarzı düşünme: Hayatı siyah ve beyaz olarak iki uçta değerlendirmek demektir. "Bütün soruları doğru cevaplamazsam sınıfı geçemem" diye düşünen bir öğrenci.

Aşırı genelleme: Yaşanan bir veya birkaç olayın sonuçlarının olayla ilgili ya da ilgisiz her duruma genellenmesidir. Matematik dersinde bir konuyu anlamakta güçlük çeken bir öğrencinin “Hiçbir zaman başarılı bir öğrenci olamayacağım” diye düşünmesi.

Seçici Soyutlama (Zihinsel Filtreleme): Bir olaydaki tek bir ayrıntı üzerine odaklanıldığı ve diğer belirgin özelliklerinin görmezden gelindiği bilişsel işleme türüdür. Tüm derslerin yazılı sınavlarında yüksek başarı gösteren bir öğrencinin ortalama puan aldığı bir dersine odaklanması ve sınıfı geçemeyeceğini düşünmesi.

Büyütme ve Küçültme: Bu bilişsel işleme tipinde olumsuz olaylara yüklenen anlam abartılırken olumlu olaylara ise önem atfedilmez. Bir öğrencinin başarılarını önemsiz görmesi ve elde ettiği başarıları nasıl olsa herkesin yapabileceği bir şey gibi düşünürken başarısızlıklarını ise abartma eğiliminde olması ve eksikliklerini büyütmesi.

Kişiselleştirme: Kendisi ile bir bağlantısı olmayan ya da çok az ilgisi olan olayları kendi üzerine alması ve hiçbir neden olmadığı halde yaşanan olumsuz durumların sorumluluğunu üstlenmesi kişiselleştirme diye tanımlanmaktadır. Hocanın sınıftaki öğrencilerin fısıldayarak konuşup gülmesini “Kesin bana gülüyorlar” olarak düşünmesi.

Felaketleştirme: Felaketleştirme yapan birey, gerçekleşme ihtimali olan diğer sonuçları dikkate almaksızın ve yeterli bir kanıt olmadığı halde geleceği olumsuz olarak öngörür. Bir sınavda istediği başarıyı elde edemeyen bir öğrencinin “Hiçbir zaman üniversiteyi kazanamayacağım” diye düşünmesi.

“Meli-Malı” ifadeleri: “Olmalı İfadeleri” olarak da adlandırılan bu bilişsel işleme tipine göre bireyler kendileri ve diğer insanların davranışları ya da dünyanın işleyişi hakkında kesin uyulması gerektiğini düşündükleri birtakım kurallara sahiptir. Bu katı kurallara uyulmadığı takdirde ise gerçekleşecek kötü sonuçları abartma eğiliminde olurlar. Örneğin; bu düşünce tuzağına düşen ve günde 1000 soru çözmeliyim gibi bir hedef koyan öğrenci, bu hedefine ulaşamadığında suçluluk hissedebilir ve sonuçları abartabilir.

Zihin Okuma: Diğer insanların aklından geçenleri bildiğimize ya da onların bizim aklımızdan geçenleri bilmeleri gerektiğine inanmak olarak tanımlanmaktadır.

Duygudan Sonuca Ulaşma: Bu bilişsel işleme tipi, tersine kanıtlar olmasına rağmen bu kanıtları değerlendirmeye almadan sadece duygusal olarak hissettiği şeyin doğru olduğuna inanma ve duyguları gerçeğin kanıtı olarak görme olarak tanımlanır. Duygusal çıkarsama olarak da adlandırılan bu bilişsel işleme tipine “Kaygılandığıma göre kesin başına kötü bir şey gelecek.” ifadesi örnek verilebilir.

Etiketleme: Tek bir olumsuz deneyime, hataya dayanarak ve elindeki kanıtları dikkate almadan kişinin kendisine veya diğerlerine olumsuz etiketler yapıştırması olarak tanımlanır. Bir öğrencinin sınavlarda istediği performansı göstermemesi sonucu kendisini

“Ben aptalım.” şeklinde etiketlemesi bu bilişsel işleme tipine örnek verilebilir (78, 80).

BDT seans sürecinde bilişsel tekniklerle birlikte davranışçı tekniklere de yer vermektedir. Bu teknikler arasında özellikle fobilerin tedavisinde kullanılan sistematik duyarsızlaştırma, aşamalı karşılaştırma (maruz bırakma), ilerleyici (progresif) kas gevşetme egzersizleri, nefes egzersizi, yine özellikle travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde uzatılmış karşılaştırma, davranışsal aktivasyon gibi teknikler yer almaktadır (81). Bir BDT seansı genel anlamda, değerlendirme, formülasyon, psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme egzersizleri, nüks önleme ve ev ödevi verme bölümlerini içermektedir. Değerlendirme aşaması, danışanın tanınması ve problemin saptanmasına yönelik bir aşamadır. Danışanın kişilik özellikleri, çevresi ile kurduğu ilişki, eğitim, sosyal ve iş hayatı, problemi ve bu problemin hayatına nasıl yansıdığı ile ilgili bilgiler alınarak formülasyon için zemin sağlanmaktadır. Formülasyon, terapist seansların nasıl yapılacağı hakkında yol gösteren bir şema olarak tasvir edilebilir. Üzerinde çalışılacak konu, bu konu ile ilgili hangi yöntemlerin kullanılacağı, nasıl ölçüleceğine dair genel bir planı içerir. Seanslar ilerledikçe bu formülasyon gidişata uygun olarak güncellenebilmektedir. Psikoeğitim, BDT’nin önemli bir ögesidir. Sorun saptandıktan sonra bu sorunun genel hatları ve ilerleyişi, terapistin nasıl ilerleyeceği, duygu, düşünce ve davranışların nasıl birbirlerini etkilediklerine dair bilgilerin sunulduğu kısımdır. Bilişsel yeniden yapılandırma, seansların büyük bölümünü kapsayabilmektedir. Danışanın otomatik düşüncelerini, işlevsel olmayan düşüncelerini, şemalarını keşfetmesini ve değiştirmesini içeren kısımdır. Düşünce kayıtlarının tutulması, bilişsel çarpıtmaların bulunması, kanıtların araştırılması, yeni anlamların yüklenmesi, bilişsel yeniden yapılandırma gibi yöntemlerin uygulanmasına imkan sağlamaktadır. Gevşeme egzersizleri, gerekli görüldüğünde danışanın fiziksel ve zihinsel rahatlamasını sağlayan bir müdahaledir. Birçok şekilde uygulanabilen bu egzersiz danışana gerildiği ve sıkıntılı hissettiği zaman uygulayabilmesi için öğretilmektedir. Nüks önleme, danışanın psikoterapiye gelme sebebinin tekrarlamaması için farkındalık kazandırmanın ve çeşitli yöntemlerin belirlenerek bu yöntemlerle baş etme gücünü artırmanın amaçlandığı aşamadır (82). BDT’nin önemli aşamalarından biri de ev ödevlerini belirlemek ve danışanı ev ödevlerinin tamamlanması için desteklemektir. Ev ödevi vermenin amaçları: Problemlere girişimsel çözümler bulmak, öz farkındalığı artırmak, bilişsel duygusal ve

davranışsal beceri pratiğini artırmak, seanslarda öğrenilen teknikleri pekiştirmek, düşünceleri denemek ve nüksleri önlemektir (83).

2.7. Psikoeğitim

1970'lerde psikoeğitim kavramı; psikolojik desteğin işlevinin davranış bozukluklarını teşhis etme, reçete yazma, tedavi uygulama ve iyileştirme süreci olmanın yanı sıra; danışanları hastadan çok öğrenci olarak görme ve danışanların mevcut ve gelecekteki psikolojik sorunlarını çözmelerine ve yaşam doyumlarını artırmalarına yardımcı olan kişisel ve kişilerarası becerileri öğretme hareketinin bir sonucu olarak ortaya çıkar (84). Amerikan Hemşiler Birliğine göre ruh sağlığı hemşiresinin standartlarından biri; bireysel, grup ya da aile sağlık öğretimi ile hastaya, başarılı, yeterli, üretken ve sağlıklı hayat modellerinde destek olmaktır (85). Psikoeğitim; bireysel, grup ya da aile eğitimi olarak sunulan, eğitim ve deneyime dayalı bir eğitim programı olarak kendini görmektedir. Eğitimsel ve psikososyal hedeflerin özellikleri dikkate alınmalıdır. Bu hedefler: Hastalığı, seyrini ve tedavisini anlamayı, hastalık şiddetinin erken uyarı işaretlerini ve semptomlarını tanımayı ve yönetmeyi; stresi azaltmak için faydalı hayat döngüsü davranışlarını geliştirmeyi ve ruhsal olarak sağlıklı baş etmeyi barındırır (85). Psikoeğitim uygulamasını yapacak kişinin temel psikolojik danışma, iletişim, grup liderliği, grup dinamikleri, insan gelişimi gibi konularda eğitilmiş ve tecrübeli bir profesyonel olması gerekir (86). Psikoeğitim oturumları ortalama doksan dakika kadar sürer (87), haftada bir veya iki kez yapılır ve ortalama altı-sekiz seanstan oluşur (86).

Günümüzde psikoeğitim; kapsamını hem içerik hem de uygulama bağlamında önemli ölçüde genişleterek okulları, hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezlerini, üniversiteleri, yetimhaneleri, hapishaneleri, ıslahevlerini, kadın konuk evlerini vb. kapsayacak şekilde genişletmektedir (88, 89).

2.8. Kemoterapi Alan Bireyler ve Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Uygulamalar

Kanser teşhisi konmuş veya olma ihtimali bulunan bireylerde negatif duygu ve düşünceler hemen hemen kaçınılmazdır. Kanser teşhisi konması; duygusal acı, fiziksel acı ve gelecekle alakalı belirsizlikle dolu yaşamın en acı verici ve iç karartıcı olaylarından biridir (90). Ölümle ilişkilendirilen kanser, hastaları ve ailelerini fiziksel ve duygusal olarak etkilemekle birlikte acı, suçluluk, çaresizlik, umutsuzluk ve korkuya neden olan

ciddi bir hastalık olarak algılanmaktadır. Bu nedenle yıkımla eş anlamlı bilinen kanser bireyin psikolojik dengesini bozar ve öfke, umutsuzluk, özdenetim kaybı, rol kaybı, düşük benlik saygısı, sosyal izolasyon gibi birçok probleme yol açmaktadır (7, 15, 91). Psiko-onkoloji kanser hastalığında fizyolojik tedavinin bir tamamlayıcısıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kanser teşhisi için psikososyal yaklaşımı şöyle açıklamaktadır: “Kanser veya tedavi yöntemleri sebebiyle oluşan problemleri yok etmeyi, hasta ve yakınının yaşam kalitesini iyileştirmeyi hedefleyen girişimler dizisidir.” (92). Kanser tanılı bireylere dönük psikolojik girişimler; psikoeğitim, destekleyici bakım, farkındalık temelli yaklaşımlar, problem çözme ve sosyal beceri eğitimi ve çoğunlukla BDT gibi çeşitli terapi yöntemlerinden oluşur (93,94). BDT; kısa süreli olması, kullanımının kolay olması, hastanın öz yeterliliğini arttırması ve kanser tanılı bireylerin karşılaştığı çeşitli ruh sağlığı sorunları için etkili olması nedeniyle kanser tanılı bireyler tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır (29). Kanser hastalarında duygusal sıkıntıları azaltmada, tıbbi yan etkilerle başa çıkmada, yaşam kalitesini arttırmada psikolojik müdahalelerin, özellikle BDT’nin etkili olduğunu birçok meta-analiz ve sistematik tarama çalışmaları kanıtlamıştır (95-98). BDT’yi kanserle ilgili ruhsal problemleri yönetmede etkili kılan iki temel bileşen vardır. Birincisi, depresyon, uykusuzluk ve anksiyete gibi psikolojik problemler için mevcut tedavi protokollerinin kanserde bulunan benzer psikolojik problemlere uyarlanmasıdır. İkincisi, BDT’deki normalleştirme, koordinasyon ve problem çözme teorisi gibi yaygın terapötik yaklaşımlar, kanser hastalarında uyumu sağlamasıdır. BDT’de problem çözme teorisi gibi yaygın terapötik yaklaşımlar, kanser hastalarında uyumu kolaylaştırır. BDT’deki kanserle ilgili müdahaleler: Problem kavramsallaştırma, işlevsiz düşünce ve inançlarla ilgilenme gibi bilişsel müdahaleleri ile davranışsal deney, problem çözme ve davranışsal aktivasyon gibi davranışsal müdahaleleri içerir (99). BDT’deki müdahaleler, kanser tanılı bireylerin ruhsal tepkilerinin yalnızca fiziksel etkilerine değil bireyin hastalığı nasıl değerlendirdiği, birey için hastalığın öznel anlamı ve başetme stiline var olan kaynaklar üzerinde etkililiği gibi metaforlarında destekler (100).

2.9. Kemoterapi Alan Bireylerde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Kanser müzmin ve öldürücü bir maraz olmasının yanında duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere sebep olan ciddi problemdir (101). Kanserde psikiyatrik morbiditenin %90 olduğu, tanı öncesi kişilik ya da anksiyete bozukluklarının ise %10

olduğu ifade edilmektedir. Kanser hastalığı süresince hasta ve yakınlarının durumla baş etmeleri için psikososyal destek ve müdahaleler faydalıdır (12). DSÖ'nün yayınladığı Dünya Kanser Raporu'na göre hastalara sunulan onkoloji bakımının psikososyal unsurları ulusal kanser bakım planının gerekli bir parçası olmalı ve psiko-onkoloji hizmetleri tüm kanser bakım birimlerinde sunulmalıdır (102). Psiko-onkoloji tedavi ve bakım hizmetleri konusunda eğitimli uzmanlar tarafından yürütülmektedir. Sağlık ekibinin hayati bir üyesi olan psikiyatri hemşirelerinin KLP kapsamında önemli sorumlulukları vardır (103). Bu süreçte psikiyatri hemşiresi; hastaların ve bakım veren ailelerin psikososyal ihtiyaçlarını belirlemek için veriler toplamalı, hemşirelik tanıları koymalı, psikososyal bakım sağlamalı ve çıktıları değerlendirmelidir. Özellikle hasta ve bakım veren yakınlarının, hastalık ve hastaneye yatışla ilişkili stresli durumları, krizlere verdikleri tepkileri, başa çıkma sürecindeki davranışları ve hastalığa uyumlarını değerlendirmelidir. Bu süreçte uygulanabilecek girişimler başa çıkma stratejilerini güçlendirmeyi, destekleyici becerileri etkinleştirmeyi, duygusal ifadeyi teşvik etmeyi, kriz müdahale stratejilerini, bilişsel-davranışçı yaklaşımları, danışmanlık süreçlerini ve eğitimi içerir. (104). “Psikiyatri hemşiresinin rol aldığı psikoterapilerden biri de bilişsel-davranışçı terapilerdir”. “Bilişsel-davranışçı terapiler hastaya bilgi vermeyi, tedaviye uyumu arttırmayı, kaygı kontrolünü öğretmeyi hedefler”. “Psikiyatri hemşiresi, hastanın tekrarlayan olumsuz düşüncelerinin ve istenmeyen davranışlarının ortaya çıkmasını engellemeye yönelik stratejilerin oluşturulmasında, BDT stratejilerini uygulayabili”r (105). Bilişsel-davranışçı terapi, hemşirelik sürecine benzeyen birtakım özellikler içerir. Her iki yaklaşım da hasta merkezlidir ve hemşireler ile hastalar arasında yakın iş birliği gerektirir. Bilişsel-davranışçı terapi, hemşirelik süreci gibi, araştırmaya dayalı tedavi stratejileri ve standartlaştırılmış ölçüm araçları kullanır. Bu özelliklerle, bakımın terapötik etkinliğine muazzam ölçüde katkıda bulunmasını sağlar ve bireylerde sağlıklı baş etme tepkilerini geliştirmek için herhangi bir sağlık hizmeti ortamında ruh sağlığı hemşireleri tarafından uygulanabilir (30).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma ön test son test kontrol gruplu deneysel araştırma olarak yapıldı.

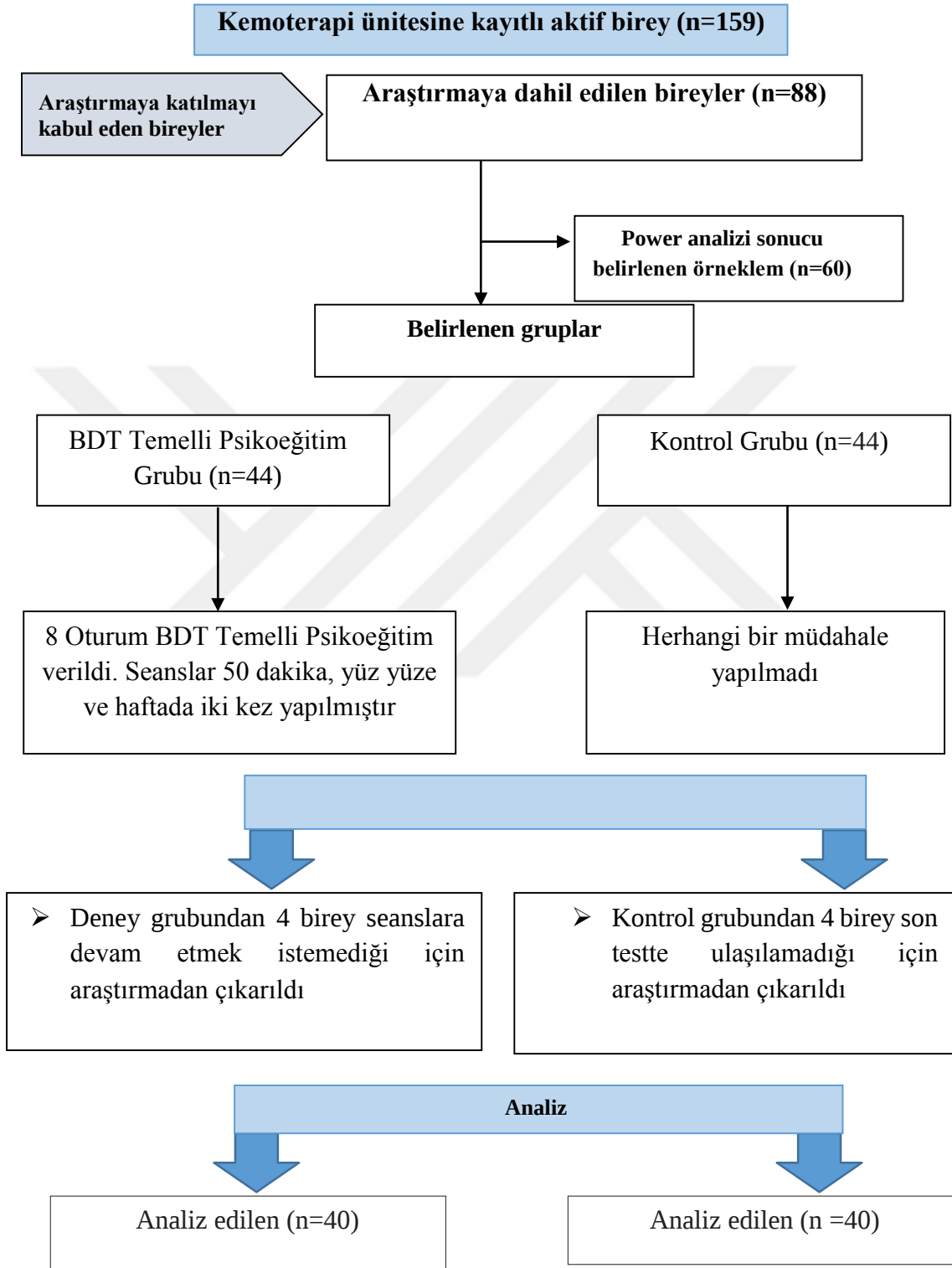
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Batman Eğitim Araştırma Hastanesi içerisinde bulunan Kemoterapi Ünitesinde Şubat 2022- Haziran 2023 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın yapıldığı Kemoterapi Ünitesi 2013 yılında hizmete girmiştir. Kemoterapi Ünitesinde; tedavi salonu, refakatçi salonu, ilaç hazırlama odası, toplam 19 adet kemoterapi koltuğu ve 1 adet hasta yatağı bulunmaktadır. Çalışmanın yapıldığı ünite; 2 onkoloji uzmanı doktor, 5 hemşire, kemoterapi hazırlayan 1 eczacı, 2 tıbbi sekreter ve 1 temizlik personeli hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Batman Eğitim Araştırma Hastanesi Kemoterapi Ünitesinde ayaktan kemoterapi tedavisi alan 159 kemoterapi hastası oluşturdu. Araştırmanın örneklem büyüklüğü power analizi sonucu: 0.05 yanılğı ve 0.95 güven aralığında, 0.25 etki büyüklüğünde, 0.95 evreni temsil gücü ile 30 deney, 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 hasta olarak belirlendi. Sabah tedaviye gelen hastaların deney, öğleden sonra tedaviye gelen hastaların kontrol grubunu oluşturmaları kura yöntemi ile belirlendi. Sabah ya da öğleden sonra ayaktan kemoterapi seansına gelen hastalar, homojen özelliklerde olup seansın sabah ya da öğleden sonra tercih edilmesinde hastanın tanısı, tedavisi, bireysel özelliklerinden bağımsız olarak Onkolog Hekim tarafından hastanın kişisel tercihinin bırakıldı. Deney ve kontrol gruplarının sabah ve öğleden sonra şeklinde ayrıştırılmasının nedeni, ayaktan kemoterapi ünitesinde verilen psikoeğitimden kontrol grubunun etkilenmemesidir. Araştırmaya alınan kontrol ve deney grubundaki hastalar olasılıksız örnekleme yöntemi sonucu belirlendi. Araştırmadan kayıplar olabileceği düşünülerek toplam 88 (deney grubu n=44, kontrol grubu n=44) kemoterapi hastası araştırmaya alındı. Deney grubundan 4 birey seanslara devam etmek istemediği için, kontrol grubundan 4 bireye son testte ulaşılamadığı için çalışma toplam 80 hasta

(psikoeğitim grubu n= 40, kontrol grubu n=40) ile tamamlandı. Araştırmanın ‘Konsort Akış Şeması’ Şekil 3.1’de belirtilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmanın Konsort Akış Şeması

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Kemoterapi alıyor olma
- Okuma yazma biliyor olma
- 18-65 yaş aralığında olma

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Araştırma formlarını doldurmayı engelleyecek seviyede fiziksel (konuşma, işitme bozukluğu vb.) nörolojik, psikolojik sorunların olması
- Eğitim sürecinde ek tanı oluşması
- Son 6 ay içerisinde BDT temelli bir eğitim almış olma

3.3.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Eğitime eksik katılma
- Son testleri doldurmak istememe
- Eğitime devam etmek istememe

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu”, “Kontrol Altına Alınmış Öfke Ölçeği” ve “Ölüm Kaygısı Ölçeği” kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-2)

“Kişisel Bilgi Formu, araştırmacı tarafından literatür çerçevesinde belirlenen bireylerin sosyo-demografik bilgilerini barındıran toplam 10 sorudan (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, hastalık tanısı vb.) oluşmaktadır” (1,18). Araştırmada kullanılan form Ek 2’de verilmiştir.

3.4.2. Kontrol Altına Alınmış Öfke Ölçeği (KAAÖÖ) (Ek-3)

Özgün ismi ‘The State-Trait Anger and Anger Expression Scale’ olan Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği, 1983 yılında Spielberger, Jacobs, Russel ve Crane tarafından oluşturulmuştur. “Orijinal ölçek; 44 madde, 2 ölçek ve 5 alt ölçekten meydana gelir”. “Bu ölçekte bireyler; öfke seviyelerini, emosyonel durumlarını ve öfke

yaygınlıklarını belirtmektedirler” (106). “Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeği Özer tarafından 1994 yılında Türkçeye uyarlanarak geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır”. “Sürekli Öfke (10 madde) ve Öfke ifade Tarzı (24 madde) alt ölçekleri toplam 34 sorudan oluşur”. “Öfke ifade Tarzı alt ölçeğinin 3 farklı alt ölçeği: Kontrol Altına Alınmış Öfke, Dışa Yöneltilen Öfke ve İçe Yöneltilen Öfke’dir”. “Ölçek her bir madde için 1 ve 4 arasında değişen likert tipi bir puanlama içerir”. “Kontrol altına alınmış öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar, öfkenin kontrol edilebilirliğini ifade etmektedir”. Türkiye güvenilirliği, tüm grup verileri üzerinden oluşturulan Cronbach Alfa değerleri tek tek hesaplanarak kontrol altına alınmış öfke boyutu için 0.84 tespit edilmiştir (52). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s Alpha kat sayısı 0.86 tespit edilmiştir. KAAÖÖ’nün çalışmada kullanılan formu Ek 3’te sunulmuştur.

3.4.3. Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) (Ek-4)

Ölüm Kaygısı Ölçeği Templer tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olup güvenilirlik araştırmasında "Test-Yeniden Test" güvenilirliğini 0.83 tespit etmiştir (107). Bireyin kendi ölümü ve ölüm riski ile ilgili kaygı ve korkularını ölçen, 15 soruluk, doğru-yanlış olarak doldurulan bir ölçektir. Ölçekte bulunan ilk 9 soruya verilen her bir "Evet" yanıtı için "1" , "Hayır" yanıtı için ise "0", öteki 6 maddeye verilen her bir "hayır" yanıtı için "1", "evet" yanıtı için ise "0" puan verilmektedir. Ölçekten alınan puanların toplamı, ölüm kaygısı puanını bildirmektedir. Ölçekten alınabilecek maximum puan 15’tir. 0–4 puan "hafif", 5-9 puan "orta", 10–14 puan "ağır", 15 puan "panik" düzeyde ölüm kaygısı olarak değerlendirilir. Ölçeğin Türkçeye çevrilmesi, Türkiye Geçerlik ve Güvenirlik çalışması Şenol tarafından yapılmıştır. Şenol, yaptığı geçerlik güvenilirlik araştırmasında, Cronbach's Alpha katsayısını 0.86 bulmuştur (108). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s Alpha kat sayısı 0.88 tespit edilmiştir. Ölçeğin çalışmada kullanılan formu Ek-4’de sunulmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Bulgular Şubat 2022- Haziran 2022 tarihleri aralığında Batman Eğitim Araştırma Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde bulunan tedavi odasında pazartesi ve cuma günleri olmak üzere haftada iki gün kemoterapi alan bireylerden, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Şubat 2022’de kontrol ve deney grubunda bulunan bireylere ön testler (Kişisel Bilgi Formu, KAAÖÖ, ÖKÖ) uygulandı. Yalnızca deney

grubunda bulunan bireylere uygulanan 8'er seanslık psikoeğitim sonrasında; deney ve kontrol grubuna Haziran 2022'de son testler (KAAÖÖ, ÖKÖ) uygulanmıştır. Veri toplama formları, araştırmacı tarafından hastalara yüzyüze okunarak verilen yanıtlar neticesinde araştırmacı tarafından işaretlenmiştir. Veri toplama formlarının doldurulması her bir bireyle ortalama 30 dakika sürmüştür.

3.6. Hemşirelik Girişimi

Deney grubuna uygulanan BDT temelli psikoeğitim, İnteraktif Eğitim şeklinde araştırmacı tarafından grup eğitimi tarzında gerçekleştirilmiştir. BDT temelli psikoeğitimi uygulayan araştırmacı, Prof. Dr. Murad Atmaca tarafından 21 Aralık 2019–19 Ocak 2020 tarihinde verilen “Uygulamalı Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi” almış ve bu eğitim sonucunda katılım belgesi almıştır. Deney grubundaki bireylere birinci seansta, Batman Eğitim Araştırma Hastanesi kemoterapi ünitesi eğitim salonunda araştırmacı tarafından BDT Temelli Psikoeğitim programıyla ilgili brifing verilmiştir. Brifingin ardından deney grubundaki bireylere ön testler (Kişisel Bilgi Formu, KAAÖÖ, ÖKÖ) uygulanıp bireylerle BDT temelli psikoeğitim tarihleri belirlenmiştir. Deney grubundaki bireyler 8 kişilik 5 gruba ayrılmıştır. Eğitim her gruba haftada iki gün, farklı saatlerde olmak üzere toplam 4'er hafta boyunca grup eğitimi tarzında araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Her oturum ortalama 50 dakika sürmüştür. Farklı sebeplerle oturumları kaçıran ya da seanslara (gün/tarih olarak) uyamayan bireyler için telafi oturumları düzenlenmiştir. Eğitim; soru-cevap, form doldurma, rol play, vaka formülasyonu, ödev vb. teknikler interaktif tarzda uygulanmıştır. Deney grubunun BDT Temelli Psikoeğitim Uygulama Planı tablo 3.1'de belirtilmiştir. Kontrol grubundaki bireylere hiçbir müdahalede bulunulmamıştır. Araştırma süresi boyunca kontrol ve deney grubu rutin tedavi ve takiplerine devam etmiştir.

BDT Temelli Psikoeğitim Oturumlarının İçeriği

BDT temelli psikoeğitim oturumlarının içeriği literatür ekseninde araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (32, 78). BDT temelli psikoeğitim program oturumlarının konuları şu şekilde belirlenmiştir:

1. Oturum: Grup üyeleri arasında tanışma yapılarak empatik ve güvenli bir ortam sağlanmaya çalışılmıştır. Terapi sürecinin önemi, kuralları grup üyelerine belirtilmiştir. Bireylere araştırma, psikoeğitim hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmaya katılmak

isteyen bireylerle eğitimin günleri ve saatleri belirlenmiştir. Bireylere yazılı onam ve ön testler (Kişisel Bilgi Formu, KAAÖÖ, ÖKÖ) uygulanmıştır.

2. Oturum: Oturuma bireylerin duygudurum kontrolü ile başlanmıştır. Oturumun temel amacı öfke, ölüm anksiyetesi ve BDT ile ilgili brifing vermektir. Bugünkü oturum gündemi belirlenip açıklanmıştır. Öfke ve ölüm anksiyetesinin nedenleri, belirtileri ve yönetimi BDT çerçevesinde anlatılmıştır. Bireylerin öfke ve ölüm anksiyetesine yaklaşımı hakkında kendilerini ifade etmelerine imkan verilmiştir. Eğitimci oturumu özetlemiştir. Bir sonraki terapi oturumuna kadar bireylerin kendilerini gözlemlmeleri amacıyla “sizi öfkeleniren ve ölüm anksiyetesi uyandıran olaylar ve bu olaylar hakkında düşüncelerinizi yazınız” şeklinde ev ödevi verilmiştir.

3. Oturum: Oturuma bireylerin duygudurum kontrolü ile başlanmıştır. Ev ödevleri kontrol edildikten sonra önceki seans özetlenmiştir. BDT’nin omurgasını oluşturan A-B-C modeli tahta üzerinde örnekler, rol play ve formlarla anlatılmıştır (Düşünce-duygu-davranış arasındaki bağlantıların kavranması). ABC modeli ile öfke ve ölüm anksiyetesinin düşünce, duygu ve davranıştaki meydana getirdiği değişiklikler anlatılmıştır. ABC modeli ile öfkeyle ve ölüm anksiyetesiyle başa çıkabilme örnekleri tartışılmıştır.

4. Oturum: Oturuma bireylerin duygudurum kontrolü ile başlanmıştır. Bir önceki seansın ele alınması, ödev kontrolü yapılmıştır. Bu oturumdaki temel amaç bilişsel çarpıtma ve olumsuz otomatik düşünce kayıtlarının yapılmasıdır. Temel ve ara inanç, olumsuz otomatik düşünce, bilişsel çarpıtma kavramlarının tanımı örneklerle yapılmıştır. Bireylerin yaşadığı öfke ve ölüm anksiyetesine ait bilişsel çarpıtma ve olumsuz otomatik düşünceler ABC yöntemiyle ele alınmıştır. “Bir sonraki seansa kadar otomatik düşünce ve bilişsel hata kaydı formunu doldurmaları” şeklinde ödev verilmiştir.

5. Oturum: Oturuma bireylerin duygudurum kontrolü ile başlanmıştır. Bir önceki seansın ele alınması, ödev kontrolü yapılmıştır. Bu oturumdaki temel amaç bilişsel alternatif sağlama farkındalığı kazandırmaktır. Grup üyelerinin terapiye aktif katılımları sağlanarak yaşadığı öfke ve ölüm anksiyetesi duygusuna ilişkin bilişsel farkındalık sağlanarak alternatif düşünceleri tartışılmıştır. “Sizi öfkeleniren ve anksiyete uyandıran düşüncelerinizi farkedin, bunların yerine alternatif düşünceler sağlayınca oluşan yeni düşünce ve duygularınızı yazınız” şeklinde ev ödevi verilmiştir.

6. Oturum: Oturuma bireylerin duygudurum kontrolü ile başlanmıştır. Bir önceki seansın ele alınması ve ödev kontrolü yapılmıştır. Bu oturumdaki temel amaç nefes ve gevşeme egzersizlerinin öğretilerek bunların birey üzerindeki rahatlatıcı etkisinin fark

ettirilmesidir. Oturumda nefes (diyafram ve 3-3-6 nefesi) ve gevşeme egzersizleri (bilişsel ve kas gevşeme egzersizleri) uygulamalarla öğretilmiştir. Gündemin içeriği tartışıldıktan sonra ödev olarak bireylere nefes ve gevşeme egzersizleri verilmiştir.

7. Oturum: Oturuma bireylerin duygudurum kontrolü ile başlanmıştır. Bireylerin bilincini meşgul eden durumlar ele alınmıştır. Bireylerin geçen oturumlarda neler öğrendiği ve problem yaşadıkları durumların keşfi için geçen oturumlar ele alınmıştır. Bu oturumdaki temel amaç öfke ve ölüm anksiyetesini gerçek hayatta yaşıyor gibi seans içerisinde exposure uygulaması yapmaktır. Hayali maruz kalma (İmge) deneyleri (hastalığı tetikleyebilecek olumsuz olayları hayal ederek bu durumlarla nasıl başa çıkılacağı) ve uyum deneyleri (hastalığı tetikleyebilecek durumlara yavaş yavaş maruz kalarak duruma uyum sağlama) yapılmıştır. Gündem maddesi not edildi ve bireylere hayali maruz bırakma sırasında nefes alma ve gevşeme egzersizlerini kullanmaları söylenerek alıştırma ödevi verilmiştir.

8. Oturum: Oturuma bireylerin duygudurum kontrolü ile başlanmıştır. Grup üyelerinden kazanımlarını ve edindikleri becerileri paylaşmaları istenmiştir. Bireylerin problemleriyle başetmede hangi aşamaya geldikleri hususunda değerlendirme yapılmıştır. Program ile ilgili öneriler ve eleştirilere dair geri bildirimler alınmıştır. Bireylere son testler (Kişisel Bilgi Formu, KAAÖÖ, ÖKÖ) uygulanmıştır.

Tablo 3.1. BDT Temelli Psikoeğitim Uygulama Planı

1. Oturum: Hazırlık Oturumu *Bireylerle tanışma, grup üyelerinin tanışması *Psikoeğitim hakkında bilgilendirme yapma *Her bir oturumun aşamalarıyla ilgili bilgilendirme yapma * Eğitim grubunun kurallarını, günlerini belirtme *Ön testleri uygulama	4. Oturum: Temel ve Ara İnançlar, Olumsuz otomatik düşünceler ve bilişsel çarpıtmalar *Temel ve ara inançların keşfetme *Olumsuz otomatik düşünceleri keşfetme *Bilişsel çarpıtmaları saptama
2. Oturum: Öfke, Ölüm Anksiyetesi ve BDT'yi tanıma * Öfke, ölüm anksiyetesi ve BDT hakkında bilgilendirme yapma *Öfke nedir? *Oluş nedenleri, belirtileri nelerdir? *Gidiş ve sonlanışı nasıldır? *Yönetimi neleri içerir? * Anksiyete, ölüm anksiyetesi nedir? Anksiyete nedenleri ve belirtileri nelerdir? * Yönetimi neleri içerir?	5. Oturum: Bilişsel esneklik, Alternatif davranış ve kendine yönerge verme *Hatalı düşüncelere karşı bilişsel alternatifler sağlama *Alternatif davranış bulma *Öfke ve ölüm anksiyetesi duygusuna ilişkin bilişsel farkındalık sağlama.
3. Oturum: Temel A-B-C modeli *BDT'de düşünce süreci olan A-B-C modelini anlatma *ABC modeli ile öfkeyi tanıma ve öfke kontrolü *ABC modeli ile anksiyeteyi tanıma ve ölüm anksiyetesi ile başa çıkabilme.	6. Oturum: Nefes teknikleri ve gevşeme egzersizleri *Nefes teknikleri öğretme *Gevşeme egzersizleri öğretme 7. Oturum: İmgesel maruz bırakma ve alışma *İmgesel maruz bırakma *Alışma tekniği uygulama 8. Oturum: Son oturum *Eksik kalan sorunları gündeme alma *Değerlendirme yapma *Son testleri uygulama.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; kontrol altına alınmış öfke ölçeği puanı, ölüm kaygısı ölçeği puanıdır.

Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkeni, BDT temelli psikoeğitimidir.

Kontrol Değişkenleri

Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, yaşadığı yer, eğitim seviyesi, çalışıp-çalışmadığı, gelir seviyesi, teşhisi, hastalığın süresi, hastalığın evresi.

Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu		Deney Grubu		Test ve Önemlilik
	S	%	S	%	
Yaş					
18-33	2	5.0	1	2.5	$X^2=5.087$ $p=0.071$
34-49	13	32.5	23	57.5	
50-65	25	62.5	16	40.0	
Cinsiyet					
Kadın	28	70.0	27	67.5	$X^2=0.058$ $p=0.809$
Erkek	12	30.0	13	32.5	
Medeni durum					
Evli	5	12.5	6	15.0	$X^2=0.105$ $p=0.745$
Bekar	35	87.5	34	85.0	
Eğitim düzeyi					
Okur-yazar	24	60.0	19	47.5	$X^2=1.606$ $p=0.131$
İlköğretim	4	10.0	16	40.0	
Ortaöğretim ve üzeri	12	30.0	5	12.5	
Çalışma durumu					
Evet	7	17.5	3	7.5	$X^2=1.829$ $p=0.176$
Hayır	33	82.5	37	92.5	
Yaşanılan yer					
İl	26	65.0	30	75.0	$X^2=1.286$ $p=0.526$
İlçe	10	25.0	6	15.0	
Köy	4	10.0	4	10.0	
Gelir durumu					
Kötü	18	45.0	21	52.5	$X^2=4.258$ $p=0.119$
Orta	18	45.0	19	47.5	
İyi	4	10.0	0	0	
Tıbbi tanı					
Akciğer CA	5	12.5	7	17.5	$X^2=1.444$ $p=0.837$
Meme CA	13	32.5	16	40.0	
Kolorektal CA	9	22.5	6	15.0	
Prostat CA	2	5.0	2	5.0	
Diğer CA	11	27.5	9	22.5	
Hastalık süresi					
0-3 yıl	25	62.5	25	62.5	$X^2=0.216$ $p=0.975$
4-7 yıl	15	37.5	15	37.5	
Hastalık evresi					
1. evre	0	0	0	0	$X^2=1.772$ $p=0.621$
2. evre	10	25.0	6	15.0	
3. evre	19	47.5	24	60.0	
Terminal evre	11	27.5	10	25.0	

*Fisher's exact test, ki kare

Araştırma kapsamındaki deney ve kontrol grubundaki kemoterapi alan bireylerin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 3.2'de verilmiştir. Yapılan değerlendirme neticesinde deney ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşanılan yer, gelir durumu, tıbbi tanı, hastalık süresi, hastalık evresi tanıtıcı özellikler bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ve iki grup arasında homojenlik tespit edilmiştir ($p>0.05$, Tablo 3.2).

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 25.0 istatistik programı kullanılarak anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir. Bireylerin demografik ve tanıtıcı özellikleri ortalama ve yüzdelik değerlerle ifade edilmiştir.

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uyan veriler için kullanılan parametrik testler Tablo 3.3'tedir.

Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan Olan İstatistiksel Yöntemler

Kontrol ve deney grubundaki bireylerin Kişisel Bilgi Formu verileri	• Yüzdelik dağılım
	• Aritmetik ortalama
	• Chi-square testi
	• Standart sapma
Kontrol Altına Alınmış Öfke Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamalarının Kontrol ve Deney grubunda karşılaştırılması	• Bağımsız gruplarda t testi
Kontrol Altına Alınmış Öfke Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği ön test ve son test toplam puan ortalamalarının Kontrol ve Deney gruplarında karşılaştırılması	• Bağımlı gruplarda t testi

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi maksadıyla İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan onay (EK-6) ve çalışmanın yürütüldüğü kurumdan yasal izin (EK-7) alınmıştır. Araştırmaya alınan bireylere çalışmanın hedefi belirtilip, soruları cevaplanmıştır. Bireyler, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir alanda kullanılmayacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilme hakları olduğu konusunda bilgilendirilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce çalışmaya alınan hasta ve yakınları bilgilendirilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-8). Deney grubuna BDT'ye dayalı psikoeğitim verildikten sonra son test verileri toplanmış ve talep eden hastalara BDT'ye dayalı psikoeğitim kitapçığı verilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırma verilerinin toplandığı tarihin Covid-19 pandemisine denk gelmesi, toplumsal olarak kanser ve ölüm anksiyetesine verilen anlam psikoeğitim seanslarının yürütülmesini ve veri toplamayı güçleştirmiştir. Araştırmanın tek bir merkezde, sınırlı bir zaman aralığı ve evrende yapılması, araştırmanın zayıf noktasını oluşturmaktadır.



4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın hipotezleri ekseninde sunulmuştur.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	S	%	S	%
Yaş				
18-33	2	5.0	1	2.5
34-49	13	32.5	23	57.5
50-65	25	62.5	16	40.0
Cinsiyet				
Kadın	28	70.0	27	67.5
Erkek	12	30.0	13	32.5
Medeni durum				
Evli	5	12.5	6	15.0
Bekar	35	87.5	34	85.0
Eğitim düzeyi				
Okur-yazar	24	60.0	19	47.5
İlköğretim	4	10.0	16	40.0
Ortaöğretim ve üzeri	12	30.0	5	12.5
Çalışma durumu				
Evet	7	17.5	3	7.5
Hayır	33	82.5	37	92.5
Yaşanılan yer				
İl	26	65.0	30	75.0
İlçe	10	25.0	6	15.0
Köy	4	10.0	4	10.0
Gelir durumu				
Kötü	18	45.0	21	52.5
Orta	18	45.0	19	47.5
İyi	4	10.0	0	0
Tıbbi tanı				
Akciğer CA	5	12.5	7	17.5
Meme CA	13	32.5	16	40.0
Kolorektal CA	9	22.5	6	15.0
Prostat CA	2	5.0	2	5.0
Diğer CA	11	27.5	9	22.5
Hastalık süresi				
0-3 yıl	25	62.5	25	62.5
4-7 yıl	15	37.5	15	37.5
Hastalık evresi				
1. evre	0	0	0	0
2. evre	10	25.0	6	15.0
3. evre	19	47.5	24	60.0
Terminal evre	11	27.5	10	25.0

Tablo 4.1’de deney ve kontrol gruplarında bulunan katılımcıların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; deney grubunda bulunan katılımcıların %57.5’inin 34 ile 49 yaşları arasında, %67.5’inin kadın, %85’inin bekar, %47.5’inin okur yazar, %92.5’inin herhangi bir işte çalışmadığı, %75’inin İlde yaşadığı, %52.5’inin gelir durumunun kötü olduğu, %40’ının meme kanseri tanısının olduğu, %62.5’inin hastalık süresinin 0 ile 3 yılları arasında olduğu, %60’ının hastalık evresinin 3. evrede olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki bireylerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde ise; %62.5’inin 50 ile 65 yaşları arasında, %70’inin kadın, %87.5’inin bekar, %60’ının okur yazar, %82.5’inin herhangi bir işte çalışmadığı, %65’inin ilde yaşadığı, gelir durumunun %45’inin kötü diğer %45’inin orta olduğu, %32.5’inin meme kanseri tanısının olduğu, %62.5’inin hastalık süresinin 0 ile 3 yılları arasında olduğu, %47.5’inin hastalık evresinin 3. evrede olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Bireylerin Ön Test Kontrol Altına Alınmış Öfke Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ÖN TEST			
	Deney Grubu (s=40) ($\bar{X} \pm S.S$)	Kontrol Grubu (s=40) ($\bar{X} \pm S.S$)	*Test ve Önemlilik
Kontrol Altına			
Alınmış Öfke Ölçeği	18.32 $\pm$ 7.05	17.20 $\pm$ 4.66	t=-0.841
Toplam Puan			p=0.403
Ölüm Kaygısı Ölçeği	7.80 $\pm$ 1.36	8.22 $\pm$ 1.40	t=0.971
Toplam Puan			p=0.335

*Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.2’de deney ve kontrol grubunda bulunan katılımcıların BDT öncesinde kontrol altına alınmış öfke ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol altına alınmış öfke ölçeği toplam puan ortalaması deney grubunda 18.32 $\pm$ 7.05, kontrol grubunda ise 17.20 $\pm$ 4.66’dır. Her iki gruptaki bireylerin ön test kontrol altına alınmış öfke ölçeği puan ortalamalarının birbirine benzer olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir (p>0.05). Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların BDT öncesinde ölüm kaygısı ölçeği toplam puan ortalamaları

incelendiğinde; ölüm kaygısı ölçeği toplam puan ortalaması deney grubunda 7.80 ± 1.36 , kontrol grubunda ise 8.22 ± 1.40 'tır. Her iki gruptaki bireylerin ön test ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının birbirine benzer olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Bireylerin Son Test Kontrol Altına Alınmış Öfke Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SON TEST				
		Deney Grubu	Kontrol Grubu	*Test ve
		(s=40)	(s=40)	Önemlilik
		(X±S.S)	(X±S.S)	
Kontrol	Altına			
Alınmış Öfke Ölçeği		24.67±2.74	17.20±4.52	$t=-0.893$
Toplam Puan				$p=0.001$
Ölüm Kaygısı Ölçeği		6.72±0.98	8.00±1.45	$t=3.598$
Toplam Puan				$p=0.001$

*Bağımsız gruplarda *t* testi

Tablo 4.3'te deney ve kontrol grubundaki katılımcıların BDT sonrasında kontrol altına alınmış öfke ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol altına alınmış öfke ölçeği toplam puan ortalaması deney grubunda 24.67 ± 2.74 , kontrol grubunda ise 17.20 ± 4.52 'dir. BDT sonrası değerlendirmede, kontrol altına alınmış öfke ölçeği toplam puan ortalaması deney grubunda kontrol grubundan yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak önemlidir ($p=0.001$).

Tablo 4.3' te deney ve kontrol grubundaki katılımcıların BDT sonrasında ölüm kaygısı ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; ölüm kaygısı ölçeği toplam puan ortalaması deney grubunda 6.72 ± 0.98 , kontrol grubunda ise 8.00 ± 1.45 'tir. BDT sonrası değerlendirmede, ölüm kaygısı ölçeği toplam puan ortalaması deney grubunda kontrol grubundan düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak önemlidir ($p=0.001$).

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Bireylerin Ön Test ve Son Test Kontrol Altına Alınmış Öfke Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar		Ön Test	Son Test	*Test ve Önemlilik
		($\bar{X} \pm S.S$)	($\bar{X} \pm S.S$)	
Deney Grubu (s=40)	Kontrol Altına			
	Alınmış Öfke Ölçeği	18.32 $\pm$ 7.05	24.67 $\pm$ 2.74	$t=-3.491$
	Toplam Puan			p=0.001
	Ölüm Kaygısı Ölçeği	7.80 $\pm$ 1.36	6.72 $\pm$ 0.98	$t=2.666$
	Toplam Puan			p=0.011
Kontrol Grubu (s=40)	Kontrol Altına			
	Alınmış Öfke Ölçeği	17.20 $\pm$ 4.66	17.20 $\pm$ 4.52	$t=-1.306$
	Toplam Puan			$p=0.703$
	Ölüm Kaygısı Ölçeği	8.22 $\pm$ 1.40	8.00 $\pm$ 1.45	$t=1.778$
	Toplam Puan			$p=0.083$

*Bağımlı gruplarda t testi

Tablo 4.4'te deney grubundaki bireylere uygulanan BDT öncesi ve sonrası karşılaştırılmasında deney grubundaki bireylerin BDT sonrası kontrol altına alınmış öfke ölçeği toplam puan ortalaması ile ölüm kaygısı ölçeği toplam puan ortalaması BDT öncesine göre istatistiksel anlamda önemli farklılık göstermektedir ($p=0.001$). Deney grubunda kontrol altına alınmış öfke ölçeği toplam puan ortalamasında son testte ön teste nazaran artış olduğu belirlendi. Deney grubunda ölüm kaygısı ölçeği toplam puan ortalamasında son testte ön teste nazaran düşüş belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki bireylere uygulanan ön test ve son test karşılaştırılmasında ise kontrol grubundaki bireylerin son test kontrol altına alınmış öfke ölçeği toplam puan ortalaması ($p=0.703$) ile ölüm kaygısı ölçeği toplam puan ortalaması ($p=0.083$) ön teste göre benzer olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Kemoterapi alan bireylerde bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin öfke kontrolü ve ölüm anksiyetesine etkisini bulmak için yapılan bu araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Kanser müzmin ve öldürücü bir hastalık olmakla birlikte duygusal, ruhsal ve davranışsal reaksiyonlara neden olan ciddi bir problemdir (101). Kanser sürecini yaşayan bireyler, yaşantılarında oluşan belirsizlik nedeniyle anksiyete, korku, öfke, çaresizlik, gerginlik ve çökkünlük gibi olaylar yaşarlar (8, 49). Bu sorunların kanser ağrısını kötüleştirdiği, ağrı toleransını azalttığı, bireyin ızdırap çekmesini arttırdığı ve tedavisini olumsuz etkilediği görülmüştür (20,21). Psiko-onkoloji kanser hastalığında fizyolojik tedavinin bir tamamlayıcısıdır (92). DSÖ'nün yayınlamış olduğu Dünya Kanser Raporuna göre hastalara sunulan onkolojik bakımın psikososyal unsurlarının ulusal kanser bakım planının vazgeçilmez parçası olduğu ve psiko-onkolojik hizmetlerin tüm kanser tedavi birimlerinde sunulmasının elzemiyeti belirtilmiştir (102).

Kanser hastalarına yönelik psikolojik girişimler başta BDT ve Grup BDT olmak üzere psikoeğitim, destekleyici tedavi, problem çözme ve sosyal beceri eğitimi, farkındalık temelli yaklaşımlar gibi çeşitli tedavi seçeneklerini barındırır (93, 94). Kısa vadeli ve uygulanabilmesinin kolay oluşu, hastaların öz yeterliliğini artırması ve kanser hastalarında görülen çeşitli psikolojik problemler üzerindeki tesiri sebebiyle BDT kanser hastalarında çok yaygın uygulanır (29). Kanser hastalarında; duygusal sıkıntıları azaltmada, tıbbi yan etkilerle başa çıkmada, yaşam kalitesini artırmada psikolojik müdahalelerin özellikle BDT'nin etkili olduğunu birçok meta-analiz ve sistematik tarama çalışmaları kanıtlamıştır (95-98). BDT'yi kanserle ilgili ruhsal problemleri yönetmede etkili kılan iki temel bileşen vardır. Birincisi, depresyon, uykusuzluk ve anksiyete gibi psikolojik problemler için mevcut tedavi protokollerinin kanserde bulunan benzer psikolojik problemlere uyarlanmasıdır. İkincisi, BDT'deki normalleştirme, koordinasyon ve problem çözme teorisi gibi yaygın terapötik yaklaşımlar, kanser hastalarında uyumu sağlamasıdır. BDT'de problem çözme teorisi gibi yaygın terapötik yaklaşımlar, kanser hastalarında uyumu kolaylaştırır. BDT'deki kanserle ilgili müdahaleler, problem kavramsallaştırma, işlevsiz düşünce ve inançlarla ilgilenme gibi bilişsel müdahaleleri ve

davranışsal deney, problem çözme ve davranışsal aktivasyon gibi davranışsal müdahaleleri içerir (99).

Kanser tanılı bireylerle yapılan psikoterapötik müdahale çalışmalarında anksiyete, depresyon, duygusal sıkıntı düzeylerinin anlamlı olarak iyileştiği izlenmiştir. Kanser tanılı bireylerde görülen psikiyatrik bozukluklarda BDT'nin etkinliği birçok araştırmada incelenmiş ve faydaları kanıtlanmıştır (27-31). Yapılan ulusal ve uluslararası literatür taramasında kemoterapi alan bireylerde öfke kontrolü ve BDT, kemoterapi alan bireylerde ölüm anksiyetesi ve BDT araştırmalarına rastlanmamıştır. Çalışmamızın bulguları literatürde ilk olma niteliği taşır. Sonuçlar en benzer literatür ile tartışılmaya çalışılmıştır.

Öfke Kontrolü ile İlgili Bulguların Tartışılması: Araştırma bulguları incelendiğinde kemoterapi alan bireylerin ön test öfke kontrolü ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.2). Hem kontrol hem deney grubu kemoterapi alan bireylerin ön test öfke kontrolü ölçek toplam puan ortalamalarının düşük olduğu görülmektedir. Akgün Şahin Kemoterapi tedavisi alan hastalara verilen semptom kontrolü eğitiminin öfke ve stresle baş etme düzeylerine etkisi adlı çalışmada kemoterapi alan bireylerin ön test öfke kontrolü ölçek toplam puan ortalamalarının düşük olduğunu saptamıştır (109). Gündüz Sütcü meme kanseri hastalarıyla yaptığı araştırmada hastaların öfkelerini kontrol etme yerine daha çok bastırdıklarını tespit etmiştir (110). Hastalığın bir ceza olarak anlamlandırılması, uzun bir tedavi süreci gerektirmesi, nüksetmesi, günlük yaşama uyum sağlamada problemler ortaya çıkarması bunun nedeni olarak düşünülmektedir.

BDT temelli psikoeğitim sonrası deney ve kontrol grubunda bulunan bireylerin son test öfke kontrolü toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.3). Deney grubundaki bireylerin BDT sonrası öfke kontrolü ölçek toplam puan ortalaması, BDT öncesine göre istatistiksel anlamda önemli farklılık göstermektedir ($p=0.001$, Tablo 4.4). Bu bulguya dayanarak, deney grubu hastaların öfke kontrolü düzeyinin arttığı söylenebilir. Araştırmanın bulguları literatür bilgileriyle paralellik göstermektedir. Akgün Şahin Kemoterapi tedavisi alan hastalara verilen semptom kontrolü eğitiminin öfke ve stresle baş etme düzeylerine etkisi adlı araştırmasında psikoeğitim verilen deney grubunun öfke kontrol düzeyinin anlamlı şekilde arttığını bildirmiştir (109). Lipsey ve ark. yaptıkları meta analiz çalışmasında, BDT programının suçlular için etkili olup olmadığını belirlemek için 58 çalışmayı

incelemiş. BDT tabanlı programların öfke yönetimi, ilişki düzenleme ve problem çözmede yararlı olduğu gösterilmiştir (25). Görgü ve Sütçü 17 makale arasından yaptığı sistematik derlemede farklı örneklemlerde öfke sorununu azaltmada ve öfke kontrolünü arttırmada BDT grup terapisinin tüm çalışmalarda başarılı olduğunu belirtmiştir (26). Kontrol grubu bireylerde ise son testte ön teste göre öfke kontrolü ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

BDT temelli psikoeğitim programına katılan bireylerin öfke kontrolü toplam puan ortalamalarının girişim sonrası artması bunun yanında girişim uygulanmayan kontrol grubundaki bireylerin öfke kontrolü toplam puan ortalamalarında bir değişimin olmaması dikkate alındığında uygulanan girişimin öfke kontrolü toplam puan ortalamaları üzerinde olumlu etki oluşturduğu söylenebilir. BDT temelli psikoeğitim sonunda deney grubunda bulunan bireylerin öfke kontrolü toplam puan ortalamasındaki artış, araştırmanın hipotezlerinden ***“Hipotez 1. Kemoterapi alan bireylerde BDT temelli psikoeğitim öfke kontrolünü artırır”*** hipotezini onayladığı tespit edilmiştir. Araştırmamızın sonuçlarına göre BDT temelli psikoeğitimin kemoterapi alan bireylerin öfke kontrollerini arttırmak için etkin bir psikososyal uygulama olduğu belirtilebilir. Deney grubundaki bireylere uygulanan BDT temelli psikoeğitimin düşünsel müdahalesinde bir duygu olarak öfkenin; tanımının, belirtilerinin ve yönetiminin öğretilmesi, olay-duygu-düşünce-davranış arasındaki ilişkinin açıklanması, öfke anında olumsuz otomatik düşüncelerin tespiti, düşünce hatalarının incelenmesinin; ayrıca davranışsal müdahalede nefes-gevşeme egzersizleri ile imgesel maruz bırakma gibi BDT tekniklerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenlerle kemoterapi alan bireylerin öfke kontrol düzeyinin artmış olabileceği düşünülmektedir. Öfke ve anksiyete ile başetme, bu durumların bastırılması ve saklanması ile değil tanınması ile gerçekleşmektedir. Öfke ve anksiyete ile başetme, bireyin biyolojik ve fizyolojik yapısı, mantıklı ve mantık dışı inançları, içinde yaşadığı ortamı ve ailesi, kültür gibi çevresel etkenler ile ilişkisini tayin etmek elzemdir. Bireyler problem şeklinde idrak ettikleri durumları fark ettiklerinde, onların ziyanlarından kurtulabilir, öfke ve anksiyeteyi kendileri için yapıcı bir hale getirebilirler (22). Bilişsel-davranışçı müdahalede amaç bireyin öfke duygusunu yok etmek değil uygunsuz öfkeyi sistematik olarak bilişsel-davranışçı müdahalelerle azaltmak ya da kontrol altına almaktır (61-63). Öfke azaltma, kontrol etme hedefiyle uygulanan müdahaleler incelendiğinde çoğunlukla bilişsel-davranışçı müdahalelerin kullanıldığı ve bu müdahalelerin başarılı sonuçlar verdiği tespit edilmiştir (22-24, 30, 54-60).

Ölüm Anksiyetesi ile İlgili Bulguların Tartışılması: Araştırmamızda kemoterapi alan bireylerin ön test ölüm anksiyetesi ölçek puan ortalamalarının birbirine benzer olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.2). Hem kontrol hem deney grubu hastaların ön test ölüm anksiyetesi ölçek toplam puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Soleimani ve arkadaşlarının 12 makale arasından derlediği “Kanserli hastalarda ölüm kaygısı: sistematik bir gözden geçirme ve meta-analiz” çalışmasında ÖKÖ toplam puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu görülmektedir (111). Kurnaz’ın kanser hastalarıyla yaptığı çalışmasına göre kanser hastalarının %40.7’sinin ölüm kaygısı yaşadığı ve %34’ünün yaşanan ölüm kaygısını kanser hastalığına bağladığı görülmektedir (112). Cella ve Tross, kanser ve psikiyatri hastalarıyla yaptıkları çalışmada ölüm kaygısının kanser hastalarında psikiyatrik örneklemden daha yüksek düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (113). Toplumumuzda kanser hastalığına verilen anlam, kanserin ölümü çağrıştırması, tedavisinin mümkün olmadığı düşünülmesi bunun nedeni olarak düşünülmektedir.

BDT temelli psikoeğitim sonrası deney ve kontrol grubunda bulunan katılımcıların son test ölüm anksiyetesi toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.05$, Tablo 4.3). Deney grubundaki bireylerin BDT sonrası ölüm anksiyetesi ölçek toplam puan ortalaması, BDT öncesine göre istatistiksel anlamda önemli farklılık göstermektedir ($p=0.001$, Tablo 4.4). Bu bulguya dayanarak, deney grubu hastaların ölüm anksiyetesi düzeyinin azaldığı söylenebilir. Çam ve Gördeles Beşer “Akciğer kanseri olan hastaların ölüm anksiyetesine yönelik psikiyatri hemşiresinin girişimlerinin etkililiğinin incelenmesi adlı” araştırmasında deney grubundaki bireylerin ölüm anksiyetesi düzeylerinde girişimler sonucunda anlamlı düzeyde azalma meydana geldiğini bildirmiştir (114). Araştırmanın bulguları literatür bilgileriyle paralellik göstermektedir.

Kontrol grubu hastalarda ise son testte ön teste göre ölüm anksiyetesi ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

BDT temelli psikoeğitim programına katılan bireylerin ölüm anksiyetesi toplam puan ortalamalarının girişim sonrası azalması bunun yanında girişim uygulanmayan kontrol grubundaki bireylerin ölüm anksiyetesi toplam puan ortalamalarında bir değişimin olmaması dikkate alındığında uygulanan girişimin ölüm anksiyetesi toplam

puan ortalamaları üzerinde olumlu etki oluşturduğu söylenebilir. BDT temelli psikoeğitim sonucunda deney grubunda bulunan katılımcıların ölüm anksiyetesi toplam puan ortalamasındaki azalış çalışmamızın hipotezlerinden biri olan **“Hipotez 2. Kemoterapi alan bireylerde BDT temelli psikoeğitim ölüm anksiyetesini azaltır”** hipotezini kanıtladığı tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonuçlarına göre BDT temelli psikoeğitimin kemoterapi alan bireylerin ölüm anksiyetelerini azaltmak için başarılı bir psikososyal uygulama olarak kullanılabileceği ifade edilebilir. Deney grubundaki bireylere uygulanan BDT temelli psikoeğitimde anksiyete, ölüm anksiyetesi duygusuna ilişkin bilişsel farkındalık sağlama, olay-duygu-düşünce-davranış arasındaki ilişkinin açıklanması, kanser olayına verilen anlam ve bilişsel çarpıtmaların incelenmesinin, nefes-gevşeme egzersizleri gibi tekniklerin etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenlerle kemoterapi alan bireylerin ölüm anksiyetesinin azalmış olabileceği düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda “kanser” isminin bireylerde ekseriyetle ölümü çağrıştırdığı, kontrol kaybı hissine neden olduğu, acı çekme ve şekil bozukluğu beklentisi içine girmeye yol açtığı ve netice olarak anksiyete bozukluğuna neden olduğu tespit edilmiştir (71-73). Kanser, fizyolojik bir hastalık olmanın ötesinde ruhsal ve psikososyal açıdan birçok problemi barındıran müzmin bir durumdur. Kanser tanılı bireyler tanı, tedavi, nüks ve palyatif bakım dönemlerinde birtakım emosyonel, ruhsal, davranışsal tepkiler verirler. Bundan ötürü kanser tanılı bireylerin holistik tedavi ve bakımlarında, tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal boyutları da kapsayan tedavi planlanmalıdır (115). Kanser hastalarında yaşanan ölüm kaygısının da yer aldığı psikolojik problemler manevi sıkıntı ile baş edilmesi ihtiyacını da doğurmuştur (116). Kemoterapi alan bireylerde farmakoterapi ile beraber psikososyal müdahaleler hem yaşam kalitesini arttırmakta hem de gidişata uyumu arttırmaktadır (117).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kemoterapi alan bireylerde bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin öfke kontrolü ve ölüm anksiyetesine etkisini tespit etmek amaçlı yapılan araştırmadan çıkan sonuçlar şöyledir:

- BDT temelli psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubunda bulunan katılımcıların öfke kontrolü seviyelerinin kötü, ölüm anksiyetesi seviyelerinin orta düzeyde olduğu,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası deney grubunda bulunan kemoterapi alan bireylerin öfke kontrolü puanlarında kontrol grubunda bulunan bireylere nazaran artma olduğu,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası deney grubunda yer alan kemoterapi alan bireylerin ölüm anksiyetesi puanlarında kontrol grubunda bulunan bireylere göre azalma olduğu,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası grup içi mukayesede; deney grubunda bulunan kemoterapi alan bireylerin öfke kontrolü puanlarında ön teste oranla son test puanlarında artma olduğu,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası grup içi mukayesede; deney grubunda bulunan kemoterapi alan bireylerin ölüm anksiyetesi puanlarında ön teste göre son test puanlarında azalma olduğu,
- BDT temelli psikoeğitimin; kemoterapi alan bireylerin öfke kontrol düzeylerini arttırmada, ölüm anksiyetesi düzeylerini ise azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar ışığında;

- ✓ Kemoterapi alan bireylerin öfke kontrolü ve ölüm anksiyetesi becerilerini arttırmak hedefiyle tıbbi tedavinin yanında BDT temelli tekniklere dayalı psikoeğitim verilmesi,
- ✓ Yapılacak araştırmalarda, bilişsel davranışçı tekniklerle diğer tekniklerin öfke kontrolü ve ölüm anksiyetesi üzerindeki etkisinin karşılaştırılması,
- ✓ Öfke ve ölüm anksiyetesi ile başa çıkma eğitimlerinin etkilerini ve kalıcılığını değerlendirmek ve bireylerin ilerlemesini takip etmek için en az altı ay süreli takiplerin yapılması,

- ✓ Bu örnekleme benzer hastalara hizmet veren hemşirelerin; iletişim becerilerini kullanarak hastaların duygu, düşünce, algı ve kaygılarını dile getirmesini sağlaması, aktif dinlemesi ve lüzum halinde KLP hemşiresi ile eşgüdömlü çalışarak hastanın değerdendirmesini ve bakımını sağlaması,
- ✓ KLP hemşirelerinin çalıştırılmasının özendirilmesi, bu istihdamı sağlayacak KLP hemşirelerini yetiştiren sertifikasyon ve lisansüstü programların yaygınlaştırılması ve hemşirelerin düzene oryantasyonu, tavsiye edilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Özkan M, Akın S. Kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2017, 25(3): 177-92.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> Son Erişim Tarihi: 15 Aralık 2021.
3. İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S. *İç Hastalıkları Kitabı*, 2. Baskı. İstanbul, Güneş Kitabevi, 2005: 2052-74.
4. Özçelik G, Toprak D. Bitkisel tedavi neden tercih ediliyor? *Ankara Medical Journal* 2015, 15(2): 48-58.
5. Özdemir Ü, Taşcı S. Yorgunluk yaşayan kanserli bireylerde bütünlük sağlığı uygulaması: akupres. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 26 (3): 253-6.
6. Münevver T, Vural A, Evlice EY, Tamam L. Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2012, 21(3): 189-219.
7. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3(2): 343-67.
8. Öz F. Hastalık yaşantısındaki belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001, 12: 61-8
9. Crothers MK. The relationship between satisfaction with social support, affect balance and hope in cancer patients. *Psycho-Oncology* 2004, 23: 103-18.
10. Kökdemir H. Öfke ve öfke kontrolü. *Pivolka* 2004, 3: 7-10.
11. Douglas R, Dolnak DO. Treating patients for comorbid depression, anxiety disorders and somatic illnesses. *Journal of American Osteopathic Association* 2006, 106:1-8.
12. Soykan Ç. Öfke ve öfke yönetimi. *Kriz Dergisi* 2003, 11: 19-27.
13. Yılmaz M, Usluoğlu AK, Dişsiz G, Göçmen F, Alacacioğlu A. Kansere ilişkin tutumları (kansere damgası) ölçeği anketi toplum versiyonunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 20(2): 11.

14. Cho J, Smith K, Choi EK, Kim IR, Chang YJ, Park HY, Guallar E, Shim YM. Public attitudes toward cancer and cancer patients: A national survey in korea. *Psycho-Oncology* 2013, 22: 605–13.
15. Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2014, 28(2): 85-92.
16. Robb KA, Simon AE, Miles A, Wardle J. Public perceptions of cancer: a qualitative study of the balance of positive and negative beliefs. *BMJ open* 2014, 4(7).
17. Cesario SK, Nelson LS, Broxson A, Cesario AL. Sword of Damocles cutting through the life stages of women with ovarian cancer. *Oncol Nurs Forum* 2010, 37(5): 609-17.
18. Togluk S, Çuhadar D. The effect of death anxiety on psychosocial adjustment in individual with chronic obstructive pulmonary disease. *Indian J Palliat Care* 2021, 27: 358-66.
19. Aksu T, Okçay H. Perception of life and nursing approach to life. *Fırat Health Serv J* 2010, 5: 113-26.
20. Dedeli Ö, Karadeniz G. An integrated psychosocial-spiritual model for cancer pain management. *Ağrı* 2009, 21(2): 45-53.
21. Papila Ç. Kanserli hastada psikososyal problemler. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi* 2008, 62: 197-200.
22. Bilge A, Ünal G. Kanserli hastanın yakınlarının öfke ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005, 21 (2): 37-46.
23. Acker RV. Antisocial, aggressive and violent behavior in children and adolescents within alternative education settings: prevention and intervention. *Preventing Scholl Failure* 2007, 51: 5-10.
24. Yalom ID, Leszcz M. Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği. Tangör A, Karaçam Ö. (Çeviri editörleri) 1. Baskı, İstanbul: Pegasus Yayınları, 2018: 549-51.
25. Lipsey MW, Landenberger NA, Wilson SJ. Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders. *Campbell Systematic Reviews* 2007, 3(1): 6.

26. Görgü NS, Sütçü ST. İşlevsel olmayan öfkenin tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisi etkililiği: sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2015, 8(1): 129-43.
27. Badger T, Segrin C, Dorros SM, Meek P, Lopez AM. Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nursing Research* 2007, 56(1):44-53.
28. Classen CC, Kraemer HC, Blasey C, GieseDavis J, Koopman C, Palesh OG, Atkinson A, Dimiceli S, Stonisch Riggs G, Westendorp J, Morrow RG, Spiegel D. Supportive-expressive group therapy for primary breast cancer patients: a randomized prospective multicenter trial. *Psycho-Oncology* 2008, 17(5): 438-47.
29. Hernando- Fraquell C, Limonero JT, Gil F. Psychological intervention in patients with advanced cancer at home through Individual Meaning-Centered Psychotherapy-Palliative Care: a pilot study. *Support Care Cancer* 2020, 28(10): 4803-4.
30. Mannix KA, Blackburn IM, Garland A, Gracie J, Moorey S, Reid B, Standart S, Scott J. Effectiveness of brief training in cognitive behaviour therapy techniques for palliative care practitioners. *Palliat Med* 2006, 20: 579-84.
31. Semple CJ, Dunwoody L, Sullivan K, Kernohan WG. Patients with head and neck cancer prefer individualized cognitive behavioural therapy. *Eur J Cancer Care* 2006, 15: 220-7.
32. Oflaz F, Demiralp M. Cognitive behavioral therapy techniques and psychiatric nursing practice. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2007, 8:133-8.
33. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanser Nedenleri ve Sık Görülen Kanserler. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/kanser-nedenleri-ve-s%C4%B1k-g%C3%B6r%C3%BClen-kanserler.html> Son Erişim Tarihi: 13 Ağustos 2022
34. Witsch E, Sela M, Yarden Y. Roles for growth factors in cancer progression. *Physiology* 2010, 25: 85-101.
35. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/cancer.html> Son Erişim Tarihi: 30 Ağustos 2022

36. Neagu M, Constantin C, Popescu ID, Zipeto D, Tzanakakis G, Nikitovic D, Fenga C, Stratakis CA, Spandidos DA, Tsatsakis AM. Inflammation and metabolism in cancer cell-mitochondria key player. *Front. Oncol.* 2019, 9: 348.
37. Kopustinskiene DM, Jakstas V, Savickas A, Bernatoniene J. Flavonoids as anticancer agents. *Nutrients* 2020, 12(2): 1–25.
38. Zanoaga O, Braicu C, Jurj A, Rusu A, Buiga R, Berindan-Neagoe I. Progress in research on the role of flavonoids in lung cancer. *Int. J. Mol. Sci.* 2019, 20: 17.
39. Chiang AC, Massague J. Molecular basis of metastasis. *N Eng J Med* 2008, 359: 2814-23.
40. Irmak MK, Bilgin MG, Sızlan A. Hasta gözüyle kanser. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.* 2008, 7(2):167-72.
41. LRollin I, Berberich G. Psycho-oncology. *Dialogues Clin Neurosci* 2018, 20(1):13-22.
42. Global Cancer Observatory 2020. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf> Son Erişim Tarihi: 12 Ağustos 2022.
43. Siegel R, DeSantis C, Virgo K, Stein K, Mariotto A, Smith T. Cancer treatment and survivorship statistics. *CA Cancer J Clin.* 2012, 62(4): 220- 41.
44. Baykara Ö. Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016, 5(3): 154-65.
45. Sun J, Wei Q, Zhou Y, Wang J, Liu Q, Xu H. A systematic analysis of FDA-approved anticancer drugs. *BMC Systems Biology* 2017, 11(5): 87-102.
46. Mazzaferro S, Bouchemal K, Ponchel G. Oral delivery of anticancer drugs I: general considerations. *Drug Discov Today* 2013, 18(1-2): 25-34.
47. Aydın B. *Çocuk ve Ergen Psikolojisi*. Ankara, Nobel Basımevi, 2005.
48. Deffenbacher JL. Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Clin Psychol.* 1999, 55(3): 295-309.
49. Yürekli A. Kanserli hastanın psikolojik durumu. *Ege Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 1990, 6 (1): 57-63.

50. Bilgin N. *Sosyal Psikolojiye Giriş*, 3. Basım. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, 2000.
51. Morgan CT. Introduction to psychology. Çeviri: Karakaş S. *Psikolojiye Giriş*, 1. Baskı. Ankara, Hacettepe Psikoloji Bölümü Yayınları, 1999.
52. Özer AK. Sürekli öfke ve öfke ifadesi ölçeği ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994, 9 (31): 26-35.
53. Adana F, Arslantaş H. Ergenlikte öfke ve öfkenin yönetiminde okul hemşiresinin rolü. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2011, 12: 57–62.
54. Hazaleus SL, Deffenbacher JL. Relaxation and cognitive treatments of anger. *Counsult Clin Psychol.* 1986, 54(2): 222-6.
55. Deffenbacher JL, Story DA, Stark RS, Hogg JA, Brandon AD. Cognitive-relaxation and social skills interventions in the treatment of general anger. *J Couns Psychol* 1987, 34(2): 171-6.
56. Deffenbacher JL, McNamara K, Stark RS, Sabadell M. A comparison of cognitive-behavioral and process-oriented group counseling for general anger reduction. *J Counsel Dev* 1990, 69: 167-72.
57. Dykeman BE. The social cognitive treatment of anger and aggression in four adolescents with conduct disorder. *Journal of Instructional Psychology* 1995, 22(2): 194-200.
58. Deffenbacher JL, Dahlen ER, Lynch RS, Morris CD, Gowensmith WN. An application of Beck's cognitive therapy to general anger reduction. *COTR* 2000, 24(6): 689-97.
59. Deffenbacher JL, Huff ME, Lynch RS, Oetting ER, Salvatore NF. Characteristics and treatment of high anger drivers. *J Couns Psychol* 2000, 47 (1): 5-17.
60. Dykeman BE. Cognitive-behavioral treatment of expressed anger in adolescents with conduct disorders. *Education* 2001, 121(2): 298-300.
61. Sharkin BS. The measurement and treatment of client anger in counseling. *J Counsel Dev* 1998, 66: 361-5.

62. Trower P, Casey A, Dyden W. *Cognitive behavioral counselling in action*, 3rd ed. London, Sage Publications, 1998.
63. Wilde J. *Treat in Anger, Anxiety and Depression in Children and Adolescents: A Cognitive Behavioral Perspective*, USA, Taylor & Francis, 2013.
64. Tatlilioğlu K, Karaca M. A social psychological evaluation about anger. *IJSSR* 2013, 6: 1101-23.
65. Çınar M. Tanrı'ya bağlanma tarzı ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine bir araştırma. *İLTED* 2016, 45: 313- 38.
66. Yıldız M, Bulut BM. Ölüm kaygısı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiler. *Turkish Studies* 2017, 12(13): 659-76.
67. Tillich P. *The Courage to be*, New York, New Haven& London Yale University Press, 1952.
68. Sayar K. *Özgürlüğün Baş Dönmesi*, 4. baskı. İstanbul, Timaş Yayınları, 2013: 99-117.
69. İnce Z. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Ölüm Kaygısının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2011.
70. Mutlu E. İç Güzümlü ve Dış Güzümlü Dindarlık ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki Üniversite Öğrencileriyle Bir Çalışma. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi, 2013.
71. Yılmaz M, Dişsiz G, Göçmen F, Usluoğlu AK, Alacacioğlu A. Kansere ilişkin tutumları (kansere damgası) ölçme anketi-toplum versiyonu'nun Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 20(2): 99-106.
72. Karabulutlu EY, Karaman S. Kansere hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2015, 2(3): 271-84.
73. Heidari H, Mardani-Hamoooleh M. Cancer patients informational needs: qualitative content analysis. *J Cancer Educ.* 2016, 31(4): 715-20.

74. Okçin FA. Kanser sürecinde hastaya yaklaşım. İçinde: Can G (editör). *Onkoloji Hemşireliği*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: 925-31.
75. Çam O, Gümüş AB, Serap Y. Fiziksel hastalıklara verilen psikosoyal tepkiler. İçinde: Çam O, Engin E (editörler). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri, 2014: 601-38.
76. Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011, 12(1): 37-43.
77. Özdemir K. Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2014.
78. Türkçapar MH. *Bilişsel Davranışçı Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama*. 17. Baskı. İstanbul, Epsilon Yayınevi, 2018.
79. Bengisoy A, Özdemir MB, Erkıvanç F, Şahin S, İskifoğlu TÇ. Bilişsel davranışçı terapi kullanılarak yapılan araştırma makalelerinin içerik analizi 1997-2018. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2019, 9(54): 745-93.
80. Beck AT, Alford BA. *Depression: Causes and treatment*, 2. edth. University of Pennsylvania Press, 2009.
81. Özdel K. Dünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: teori ve uygulama. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2015, 8(2): 10-20.
82. Köroğlu E. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler*. 1. Basım Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2015.
83. Beck JS, Tompkins MA. Cognitive therapy. In: N Kazantzis, L L'Abate (eds). *Handbook of homework assignments in psychotherapy: Research, practice, and prevention*, New York, Springer, 2007: 51-65.
84. Authier J, Fix AJ. A step-group therapy program based on levels of interpersonal communication. *Small Group Behavior* 1977, 8(1): 101-7
85. Çam O, Dülgerler Ş, Çuhadar D. Psikoeğitim. İçinde: Çam O, Engin E (editörler). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri, 2014: 1039-47.

86. Çivitci A. *Grup Psikoeğitimi*. 2. Baskı Ankara, Pegem Akademi, 2018.
87. Tambağ H, Öz F. Grup psikoeğitiminin yaşlıların hemşirelik bakımında kullanılması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014, 1(3): 47-53.
88. Brown NW. *Psychoeducational groups: Process and practice*. Routledge, 2018.
89. Walsh J. *Psychoeducation. Encyclopedia of Social Work*. 2013.
90. Raison CL, Miller AH. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biol Psychiatry* 2003, 54: 283-94.
91. Bahar A. Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 10(1): 105-11.
92. Yazgı ZG, Yılmaz M. Onkoloji hastalarının yaşadığı psikososyal sorunlarla baş etmesinde hemşirenin rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2019, 4(1): 60-70.
93. Uitterhoeve RJ, Vernooij M, Litjens M, Potting K, Bensing J, De Mulder P. Psychosocial interventions for patients with advanced cancer -a systematic review of the literature. *Br J Cancer* 2004, 91: 1050-62.
94. Jacobsen PB, Jim HS. Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *Ca Cancer J Clin* 2008, 58: 214-30.
95. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 2013, 31:782-93.
96. Daniels S. Cognitive behavior therapy for patients with cancer. *J Adv Pract Oncol* 2015, 6: 54-6.
97. de la Torre-Luque A, Gambara HE, López E, Cruzado, JA. Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A meta-analysis. *Int J Clin Health Psychol* 2016, 16: 211-9.
98. Johnson JA, Rash JA, Campbell TS, Savard J, Gehrman PR, Perlis M. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy for insomnia (CBT-I) in cancer survivors. *Sleep Med Rev* 2016, 27: 20-8.

99. Moorey S, Watson M. Cognitive therapy, 3rd ed. In:JC Holland, WS Breitbart, PB Jacobsen, MJ Loscalzo, R McCorkle, PN Butow(eds). *Psycho-oncology*,New York, Oxford University Press, 2015: 458-70.
100. Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psychooncology* 2000, 9: 11-9.
101. Ateşçi F, Oğuzhanoglu N, Baltarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003, 14(2): 145-52.
102. Boyle P, Levin B. *World Cancer Reports 2008*, Lyon Cedex Press, 2008: 10.
103. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 9(1): 49-54.
104. Chase P, Gage J, Bonadonna R, Stanley K. The psychiatric consultation/liaison nurse role in case management. *Nurs Case Manag* 2000, 5(2): 73-7.
105. Ünal G, Çam O. Affektif bozukluklarda psikoterapötik girişimler ve psikiyatri hemşireliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 21: 175-87.
106. Spielberger D, Forgays DG, Forgays DK. Factor structure of the state-trait anger expression inventory. *JPA*1997, 69(3): 497-507.
107. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology* 1970, 82: 165-77.
108. Şenol C. Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölüm İlişkin Kaygı ve Korkular. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 1989.
109. Akgün Şahin Z. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalara Verilen Semptom Kontrolü Eğitiminin Öfke ve Stresle Baş Etme Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2012.
110. Gündüz Sütcü G. Tanı- Ameliyat Süreci Yakın Zamanlı Olan Meme Kanseri Hastalarının Öfke, Depresyon, Stresle Başa Çıkma ve Sosyal Destek Değişkenleri Açısından İncelenmesi. Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Psikoloji Bölümü, Uygulamalı Psikoloji Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2010.

111. Soleimani MA, Bahrami N, Allen KA, Alimoradi Z. Death anxiety in patients with cancer: A systematic review and metaanalysis. *EJON* 2020, 48: 7.
112. Kurnaz F. Kanser Hastalarının Ölüm Kaygısı ve Manevi Bakım Gereksinimleri: Çanakkale Örneği. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, 2022.
113. Cella DF, Tross S. Death anxiety in cancer survival: A preliminary crossvalidation study. *JPA* 1987, 51(3), 451-61.
114. Çam O, Gördeles Beşer N. Study of the efficacy of psychiatric nurses in their interventions with regard to the death anxiety of lung cancer patients. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2011, 27 (1): 37-46.
115. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AS, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Psychosocial problems in cancer and the importance of psychosocial oncology. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2014, 28(2): 85-92.
116. Eğlence R, Şimşek N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 5(1): 48-53.
117. Tünel M, Vural A, Evlice EY, Tamam L. Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Archives Medical Review Journal* 2012, 21(3):189-219.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Kişisel Bilgi Formu

Bu çalışma “Kemoterapi Alan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin Öfke ve Ölüm Anksiyetesine Etkisi”ni belirlemek amacı ile planlanmıştır. Çalışma sırasında verdiğiniz bilgiler, gizli kalacaktır. Sorulara doğru yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışmamızın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederim. Envanterlere vereceğiniz cevaplar, gizli tutulacak ve sadece bu araştırma için kullanılacaktır.

Olgu no:

1-Yaşınızı belirtiniz: () 18-33 () 34-49 () 50-65

2-Cinsiyetinizi belirtiniz: () Kadın () Erkek

3- Medeni durumunuzu belirtiniz: () Bekar () Evli

4- Yaşadığınız yeri belirtiniz: () İl () İlçe () Köy

5- Eğitim durumunuzu belirtiniz:() Okur-yazar () İlköğretim

() Lise () Lisans veya lisansüstü

6- Şu an herhangi bir işte çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır

7- Gelir durumunuzu belirtiniz: () Düşük () Orta () İyi

8-Teşhisinizi belirtiniz: () Akciğer CA () Meme CA ()Kolorektal CA

()Prostat CA ()Diğer ‘Belirtiniz’ ()

9- Hastalığınız ne kadar süredir devam ediyor?

() 0-3 yıl () 4-7 yıl

10- Hastalığınızın evresini belirtiniz:

() Evre I () Evre II () Evre III () Terminal Evre

EK-3. Kontrol Altına Alınmış Öfke Ölçeği

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
1. Öfkemi kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Başkalarına karşı sabırlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Soğukkanlılığımı korurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Davranışlarımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5.Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-4. Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)

(E) Evet Hayır

- ☐ ☐ 1.Ölmekten çok korkuyorum.
- ☐ ☐ 2.Zamanın böyle hızlı geçmesi bana çoğu zaman sıkıntı verir.
- ☐ ☐ 3.Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım.
- ☐ ☐ 4.Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm.
- ☐ ☐ 5.Ölümünden sonraki hayat beni büyük ölçüde kaygılandırır.
- ☐ ☐ 6.Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım.
- ☐ ☐ 7.Bir cesedin görüntüsü bana dehşet verir.
- ☐ ☐ 8.Çıkacak bir dünya savaşından söz edilmesi beni korkutur.
- ☐ ☐ 9.Acı çekerek ölmekten korkarım.

(H) ☐ ☐ 10.Ölmekten hiç korkmuyorum.

- ☐ ☐ 11.Gelecekte benim için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyorum.
- ☐ ☐ 12.Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum.
- ☐ ☐ 13.İnsanların ölüm hakkındaki konuşmaları beni tedirgin etmez.
- ☐ ☐ 14.Ölüm düşüncesi beni hiçbir zaman kaygılandırmaz.
- ☐ ☐ 15.Ölüm düşüncesi ara sıra aklıma gelir.

EK-5. Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi Katılım Belgesi



EK-6. Etik Kurul Onayı



EK-7. Batman İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı



EK-8. Aydınlatılmış Onam Formu

Sizi Doçent Doktor Funda KAVAK BUDAK tarafından yürütülen “Kemoterapi Alan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin Öfke ve Ölüm Anksiyetesine Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Araştırmayla ilgili bilgiler

Araştırmanın amacı: Bu araştırma kemoterapi alan bireylerde bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin öfke kontrolü ve ölüm anksiyetesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılacaktır.

Katılımcı sayısı: Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 80’ dir.

Araştırmaya katılım süresi: Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 4 hafta’dır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. Bir şahısa verilmeyecektir. Bu araştırma kapsamında herhangi bir ilaç veya tedavi yöntemi uygulanmayacaktır. Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Sabri TOĞLUK tarafından karşılanacaktır. Araştırma sırasında size ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcilerinize derhal bildirilecektir. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı verilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmeden bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım. **Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve tehdit altında kalmadan katılmayı kabul ediyorum.**

Katılımcının(Kendi elyazısı ile)

Adı:

Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının

Adı:

Soyadı:

İmzası:

EK-9. Ölçek Kullanım İzni



EK-10. Seanslarda Kullanılan Formlar

Öfke-Anksiyete Kayıt Formu

Öfkelendiğim & Ölüm anksiyetesi yaşadığım durum	Neden Olan Faktör	Neden Olan Kişi/Kişiler	Öfke&Anksiyete Seviyem (1-10 arası)

ABC Kaydı Formu

A (Öfke & Ölüm anksiyetesi oluşturan olay)	B (olayla ilgili inanç/düşünceler)	C (olayla ilgili duygu/davranışlar)

Otomatik Düşünce ve Bilişsel Hata Kaydı Formu

Öfkelendiğim olay & Ölüm anksiyetesi oluşturan olay	Otomatik Düşüncem	Duygum	Düşüncemdeki Bilişsel Hata

Eğitim Formu

1. OTURUM: Bilgilendirme- Ön test

Grup üyeleri ve liderin tanışması, empatik güvenli ortamın sağlanması (tek tek tanışma, şu andaki düşünce, hisler neler?), araştırmanın amacı, seansların süresi ve içeriğinin açıklanması. Onam formu ve ön testlerin doldurulması.

2. OTURUM: Öfke, Ölüm Anksiyesi ve BDT'yi tanıma

Öfke doyurulmamış isteklere, kişinin haksızlığa uğradığını düşündüğünde, benliğine saldırı olduğunu düşündüğünde ortaya çıkan hoş olmayan duygudur. Genetik, ortam, sosyokültürel, sosyal medya vb etmenlerden kaynaklanabilir (geleceğimiz, sosyal ortamlarımız nasıl olsun isterdiniz☺-☹). Öfke ve kaygı anında kalp atışları hızlanır, terleriz, ellerimiz titrer, yüz ve diğer kaslarımız gerilir. Öfke bir duygudur. Sebebi ise o an ki olaya verdiğimiz anlamdır. O halde önemli olan olay değil bizim ona verdiğimiz anlamdır (ABC).

Yönetimi? Sonlanımı? Öfke ve anksiyete ile başa çıkma, bu durumların bastırılması ve saklanması ile değil, tanınması ile gerçekleşmektedir. Öfke ve anksiyete ile başa çıkmada, bireyin biyolojik ve fizyolojik yapısı, mantıklı ve mantık dışı inançları, içinde yaşadığı ortamı ve ailesi, kültür gibi çevresel etkenlerle olan ilişkisini belirlemek önemlidir. Bir dakikalık öfke 40 yıl esarete sebep olabiliyor. Öfkesini kontrol edemeyen kişi vicdan, akıl ve şuur melekelerinin kontrolünden çıkıp, içindeki kuvve-i gadabiyeyi yıkıcı bir şekilde dışarı vurmaktadır. Meselâ trafikte hata yapan kişiye uygun dille yol göstermek yerine, öfke yoğunluğu ile kavga, küfür gibi sözlü veya fiilî şiddet göstermek, kişinin akıl ve şuur çizgisinin dışına çıkarak, başkalarına zarar vermesine sebep olur. Bu gibi durumlarda kişi hâdiseyi benliğine saldırı olarak algıladığında, şiddet daha çabuk ortaya çıkmakta; akıl ve şuur, nefsin kontrolünü sağladığında ise, şiddet eğilimi azalmaktadır. Öfke bastırılmamalı, kontrol edilmelidir. Görmezden gelinebilir, mantığa büründürülebilir, iyiye yorumlanabilir. Öfke ve kaygı en çok sahibine zarar verir. Demir pastan insan gamdan çürür. Öfke ve kaygı birçok hastalık sebebi ve hastalığı 1 den 100 e çıkarabilmektedir. Yarayı kaşındıkça yara büyür ve daha da kaşınır. Öfkelenmemeyi deneyin bakalım neler oluyor hayatımızda?

Öfke-Anksiyete kaydı formunun birer örnekle doldurulması ve ödev olarak gelecek haftaya kadar öfke-anksiyete yaşanan olay ile ilgili kayıtların tutulması ödevi.

3. OTURUM: ABC Modeli:

BDT'nin temel mantığı ruhsal bozuklukların birçoğunun altında yatan ortak mekanizma, hastanın ruhsal durumunu ve davranışlarını etkileyen şeyin çarpıtılmış ya da işlevsel olmayan düşünceler olduğudur... Başka bir deyişle; kendimiz, yakın ilişkilerimiz ve yaşadığımız dünyaya ilişkin verdiğimiz anlamlar, düşüncelerimiz, kurallarımız, beklentilerimiz, temel inançlarımız bizim yaşadığımız olayları nasıl algılayacağımızı, yaşadıklarımıza nasıl tepki vereceğimizi, ne hissedeceğimizi etkilemektedir. Duygularımızdan biz sorumluyuz, ancak beni kızdırdı, beni çıldırttı diyebiliyoruz... Bu işlevsel olmayan düşünceler işlevsel olmayan tepkilere, duygulara ve çoğunlukla da fizyolojik belirtilere (çarpıntı, terleme, titreme, nefes kesilmesi gibi) yol açar... Kişi bu düşüncelerini öncelikle fark edip, değiştirip gerçeğe daha yakın hale getirebilirse duyduğu sıkıntı azalmaya başlayacak, işlevsel olmayan davranışları azalacak ve fizyolojik uyarılmışlık tepkileri de normale dönecektir... İşlevsel olmayan düşüncelerin altında işlevsel olmayan inançlar yatar ki bunları modifiye etmek daha kalıcı iyileşmelere yol açar... ABC modeli tahtada örnekler üzerinden anlatılmıştır.

A Olay Yolun karşısında küfreden birisi var...

B Düşünce “Bana zarar verebilir” “Kimse bana küfür edemez” “Deli olabilir”

C Duygu ve davranış Korkma ve kaçma Öfke ve adama saldırma Normal duygulanım ve yoluna devam etme

A Olay Evde yalnız başına uzanırken arka odadan pencere sesi gelmesi...

B Düşünce “Rüzgar açmıştır, hava hafif rüzgarlı zaten” “Kedi girmiş olabilir” “Hırsız girdiyse...”

C Duygu ve davranış Normal duygulanım ve uzanmaya devam etme Hafif endişe ve doğrulama Korku, gardını alma

Katılımcılara bir olaya ilişkin düşünceleri, duyguları, davranışları ortaya çıkarmaya yardımcı olacak “Düşünce, Duygu, Davranış (ABC) Kaydı Formunun doldurtulup haftalık ödev olarak verilmesi.

4-7. OTURUM:

Öfke ve Ölüm Anksiyetesi ile Başetmede Bilişsel ve Davranışsal Teknikler

A- Olumsuz otomatik düşünceler:

Günlük zihnimize gelen düşünce: 10.000 İstemli: 5000 İstemsiz: 5000

Olumlu:2500 Olumsuz: 2500

Otomatik düşünceler: Anidirler... Telgraf ifadeleri gibi kısa ve kesiktir... Kendiliğinden ortaya çıkarlar, yönlendirilmiş düşünce ürünü değildirler... Kişi farkında değildir, fakat eşlik eden duygu fark edilebilir... Otomatik düşünceler İncelemeksizin doğru kabul edilirler... Otomatik düşünceler ile ilgili en önemli ipuçlarından biri, yoğun duygulanımın yaşandığı esnada ortaya çıkmasıdır, İstemsizdirler... Tedavi bilince yakın bu düşüncelerin ele alınmasıyla başlar... Hastaya bunları yakalaması değerlendirmesi ve değiştirmesi öğretilir... «Kalp krizi geçiriyorum, kimse beni kurtaramaz, ölüyorum» «Bayılacağım» «Ölümcül bir hastalığım var» «Pis su sıçrayacak ve temizleyemeyeceğim» «Namazım kabul olmayacak» «Her şey kötü gidecek»

B- Bilişsel hatalar:

Ya hep-ya hiç diye düşünme: Her şey siyah ya da beyaz olarak görülür, griler yoktur... Her türlü deneyim iki uç kutupta düşünülür... Bir şey ya tam olmuştur, ya da hiç olmamıştır... «Kendimi iyi hissediyorum, hiçbir şey kötüye gitmeyecek» «Kendimi kötü hissettim, hiç düzelemeyeceğim» «Mükemmel değilsem, başarısızım demektir»...

Felaketleştirme: Diğer ihtimalleri hesaba katmadan gelecekle ilgili olumsuz öngöründe bulunma... Küçük kanıtlardan yola çıkarak sonuçların nereye varacağını düşünme... «Yarınki sınav çok kötü geçecek, dersten kalacağım, okuldan atılacağım» «Çok mutsuz olacağım» «İş göremez hale geleceğim» «Kolum uyuşuyor, felç olacağım, beni hastaneye yetiştiremeyecekler»

Etiketleme: Daha mantıklı olacak kanıtları göz ardı ederek kendine ve diğer insanlara etiket yapıştırma ve durumu bu etikete göre analiz etme... «Ben bir tutunamayanım» «Beceriksizin tekiyim» «Yaptığım iş aptalca» «O iyi biri değil, işe yaramaz» «Fırsatçı adamın teki» «Arkadaşın çok bencil bir insan» «Çocuğum tembel»

Olumsuz odaklanma Olumsuzları büyütme... Olumsuz tek bir ayrıntı, bütünün içinden ayıklanarak açığa çıkarılır ve buna odaklanılarak resmin bütünü görülmez hale gelir... «Ortalama notlar alıyor olmam yetersizliğimin kanıtı»

Kurbağaların yarışı hikayesi

Bir gün kurbağaların yarışı varmış. Çok yüksek bir kulenin tepesine çıkılacaktı. Etrafta da pek çok seyirci kurbağa varmış. Yarış başlamış, kimse kulenin tepesine çıkılacağına inanmıyormuş. «Zavallılar, başaramayacaklar». Başlangıçta hepsi çıkmak için çaba sarfederken teker teker bırakmaya başlamışlar, bunun üzerine «zavallılar, başaramayacaklar» sesleri daha gür çıkmaya başlamış, fakat bir tanesi inatla, yılmadan çabalamaya devam ediyormuş.ve çıkmayı başarmış. Tüm kurbağalar şaşkınlık içinde nasıl başardığını sormaya gittiklerinde sağır olduğunu farketmişler...

Zihinsel filtre (seçici soyutlama): Olayları bağlamından kopararak küçük detaya odaklanma ve durumun daha belirgin özelliklerini ihmal etme... Tabloyu bir bütün olarak değerlendirmek yerine tek olumsuz duruma takılma... Eldeki bilginin sadece küçük bir kısmına bakarak yargıya varılır. Deliller yok sayılarak veya ihmal edilerek duruma bakışta kişinin yanlılığı pekişir... Yaptığı konuşma çok beğenilen birisinin eleştiren tek kişiye odaklanarak kendini kötü hissetmesi «konuşmam bir işe yaramadı» diye düşünmesi... Diğer dersleri pekiyi olan öğrencinin orta olan notuna takılarak sınıfta kalabileceğini düşünmesi gibi... «Sınavdan düşük not aldım demek ki boşa kürek çekiyorum.

Zihin okuma: Diğer olasılıkları dikkate almadan başkalarının aklından geçenleri bildiğine inanma... Diğer insanların ne düşündüğünü bildiğimize ve onların da bizim ne düşündüğümüzü bildiklerine inanma... «Bu konuyla ilgili hiçbir şey bilmediğimi düşünüyor» «Benim kendine güvensiz, psikolojik sorunları olan bir olduğumu anladı» «Benden hoşlanmadı»«Benden sıkıldı» «Sormaya gerek yok, ne söyleyeceğini tahmin ediyorum» «Beni beğenmedi» «Beni önemsemiyor»

Aşırı genelleme: Bir ya da birkaç ipucundan hareketle daha genel yorumlara ulaşılır... Kişinin bir veya birkaç olaya bağlı olarak tüm durumları kapsayan sonuçlar çıkarması... «Sevgilim beni terketti, hiç kimse sevmiyor beni zaten» «Yemeği yaktım, zaten elimden bir şey gelmiyor, beceriksizin tekiyim» «Beni hiç takdir etmiyorlar» «Erkeklerle

güvenilmez» «Hep terkedileceğim» «Kimse beni desteklemiyor» «Bu tür şeyler hep benim başıma gelir» Nereye elimi atsam kurutuyorum.

- Otomatik düşünce ve bilişsel hata kaydı formunun doldurulması.

C- Nefes ve gevşeme egzersizleri:

- Hafif bir müzik ya da hoşnutluk verici görsel işaretlerin olması önemlidir... Egzersizlere başlamadan önce, gevşeme işlemleri açıklanmalıdır... Hasta derin bir nefes alarak ve yavaşça vererek eğitime başlar. Bunu germe egzersizleri izler. Hasta her kas grubunu yaklaşık 10 sn. gergin tutar, bu arada terapist gerginlik ve gevşeme arasındaki farkı hissetmesine yardımcı olur: «Şimdi ellerinizdeki sıcaklığı fark edin.» «Şimdi gerginliğin omuzlarınızdan aşağı süzülüp kaybolduğunu hissedin» Hasta ellerden başlayarak sırasıyla kollarını, omuz, göğüs ve ayağına kadar olan kas gruplarını çalıştırır...
- Diyafram nefes egzersizi
- Rahat bir pozisyonda oturun.
- Sağ elinizi göğüs boşluğunuza, sol eli karın boşluğunuzun üzerine alın.
- Karnınızı bir balon gibi şişirecek şekilde 3 saniye boyunca burundan nefes alın.
- Karnınızı bir balon gibi şişirdikten sonra nefesinizi 3 saniye boyunca tutun.
- Ardından nefesinizi yine burnunuzdan yavaş bir şekilde toplamda 6 saniyede verin. Bunun için 6 ya kadar sayabilirsiniz.

8. OTURUM: Geri bildirimler- Son test

Bu oturumda, tüm oturumların genel olarak özetlenmesi, öfke kontrolü ve anksiyete farkındalığının ele alınması, grup çalışmasının değerlendirilmesi, son test amaçlı ölçeklerin uygulanması faaliyetleri gerçekleştirilmiştir.

Öfke hakkında bilmeniz gereken 10 şey

1- Bu dünyanın olayları sizi öfkelenndirmiyor. Sıcak düşünceleriniz öfkenizi yaratıyor. Gerçekten olumsuz bir olay olduğunda bile duygusal tepkinizi belirleyen ona yüklediğiniz anlamdır. Öfkenizden sorumlu olduğunuz düşüncesi kesinlikle sizin yararınızaadır. Çünkü bu size nasıl hissetmek istediğiniz hakkında kontrol sağlama ve özgürce seçim yapma fırsatı verir. Eğer böyle olmasaydı, duygularınızı kontrol etmekte çaresiz olacaktınız; duygularınızın çoğu, sizin kontrolünüzde olmayan bu dünyanın her dış olayına çözümsüz olarak bağlı olacaktı.

2- Çoğu zaman öfkeniz size yardımcı olmayacak. Sizi hareketsizleştirecek ve hiçbir üretken amaç olmaksızın düşmanlığınızda donup kalacaksınız. Yaratıcı çözümler için aktif aramanızı vurgularsanız daha iyi hissedersiniz.

3- Öfke yaratan düşünceler çoğunlukla çarpıtmalar içerir. Bu çarpıtmaları düzeltmek öfkenizi azaltır.

4- Kesinlikle öfkeniz birinin haksız davrandığı ya da bir olayın adil olmadığı inancınız yüzünden oluştu. İşin içinde fazlaca kötü niyet ve davranışta kasıt algılıyorsanız öfkenin de şiddeti artacaktır.

5- Eğer dünyayı diğer insanların gözünden görmeyi öğrenirseniz, onların bakış açısıyla kendi davranışlarının haksız olmadığını fark ettiğinizde genellikle şaşıracaksınız.

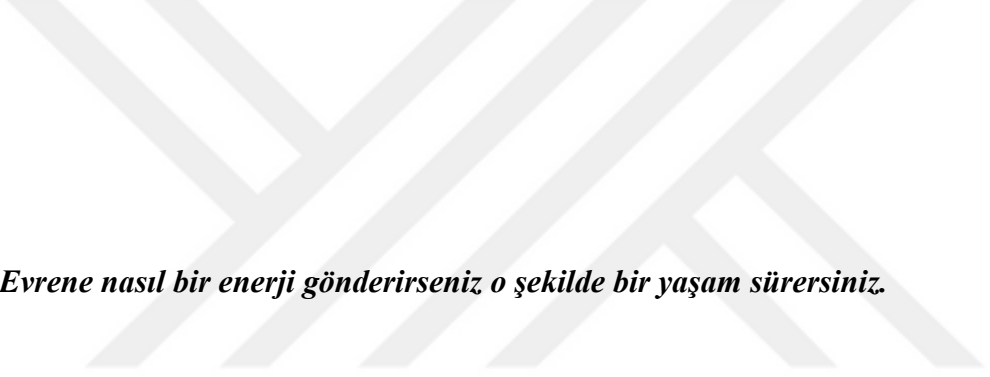
6- Diğer insanlar genelde cezanızı hak etmediğinizi düşünürler. Bu yüzden, intikam, onlarla etkileşiminizde, olumlu bir hedef başarmanıza pek yardımcı olmayacaktır.

7- Öfkenizin büyük bir kısmı insanlar sizi eleştirdiğinde, size katılmadığında, istediğiniz gibi davranmadığını gördüğünüzde özgüven kaybına karşı savunmanızı içerir. Çünkü sadece olumsuz çarpıtılmış düşünceleriniz özgüveninizi kaybetmenize neden olabilir.

8- Hayal kırıklığınız her zaman sizin gerçekçi olmayan beklentilerinizden ortaya çıkar.

9- Kızgın olamya hakkınız olduğunda ısrar etmek sadece çocukluktur. Tabi ki hakkınız var! Önemli konu, öfkeli hissetmek sizin yararınıza mı? Öfkenizden siz ya da dünya gerçekten yararlanacak mı?

10- Öfkeye çok nadiren ihtiyacımız var. Aslında bu tatsız sinirlilikten kendinizi kurtardığınızda, daha fazla lezzet, huzur ve üretkenlik hissedeceksiniz. Özgürlüğü ve aydınlığı tadacaksınız (David Burns İyi Hissetmek *Psikonet* 2020)



Evrene nasıl bir enerji gönderirseniz o şekilde bir yaşam sürersiniz.